

Plan de Urgencias de Traumatología del Area de Salud de Soria.

Análisis prospectivo del tratamiento aplicado en los Centros de Salud en la Patología enviada de forma urgente

Dres. A. López-Baissón López*, J. Arce Carrascoso**, R. Martín Martín**, L. Lapuerta Irigoyen**,
A. García Gil**, J.C. Sanz Lacruz***

Resumen

En Enero de 1989 se puso en marcha, en el Area de Salud de Soria, un Plan de Control de Calidad y Formación Continuada para las urgencias de Traumatología, dado que dichas urgencias, constituyen alrededor de un 30 % de las urgencias totales del Hospital de Soria y, en cerca del 80 % de los casos son de carácter leve (datos de un estudio epidemiológico realizado en 1988). El plan consta de los siguientes puntos: protocolización del diagnóstico y tratamiento de urgencia de las patologías más frecuentes, establecimiento de objetivos según unos indicadores evaluados mediante un sistema informatizado (cumplimentación de los protocolos, frecuentación y estimación del porcentaje de casos leves enviados de forma urgente), y control de los mismos mediante sesiones clínicas periódicas (cada tres meses) en los Centros de Salud.

En estas sesiones se comentan los indicadores y se realiza una sesión clínica con un especialista a partir de las historias clínicas de los casos enviados a lo largo de esos tres meses desde el Centro de Salud. De este modo se realiza una formación continuada de carácter práctico.

El primer objetivo fijado a los Centros de Salud es la cumplimentación de los protocolos de tratamiento, siendo el objeto de esta comunicación. En ella se analiza el porcentaje de casos que acuden a urgencias hospitalarias sin haber recibido el tratamiento según el protocolo. Tras una primera sesión en los Centros (Mayo-Junio de 1989) se observa en el tercer trimestre de 1989 una diferencia significativa ($p < 0.02$) a favor de los centros organizados (en los que funciona el plan desde Abril de 1989) con respecto a los no organizados.

Palabras clave

Control calidad, urgencias, Traumatología.

Introducción

Desde el 15 de Enero de 1989 funciona un plan de urgencias de Traumatología en el área de salud de Soria, basado en la elaboración de protocolos de exploración y tratamiento de las urgencias más frecuentes, de forma que con 8 protocolos se cubre el 80 % de las urgencias traumáticas (según un estudio epidemiológico del año 1987)¹. Los protocolos se orientan al establecimiento de la gravedad de la lesión (más que a un diagnóstico definitivo de la misma) y a un tratamiento de urgencia (en general, crioterapia, vendaje compresivo e inmovilización con férula de escayola). Los protocolos se complementan con un vídeo, elaborado por los autores, en el que se escenifica la exploración, el vendaje y la inmovilización de cada una de las regiones anatómicas protocolizadas. Los casos considerados leves se tratan en el Centro de Salud, fijándose el plazo de una semana para una nueva revisión y se establece un sistema de envío fluido al centro hospitalario (en un máximo de 48 horas) para los casos que sigan presentando patología significativa. La retroalimentación hacia la asistencia primaria se efectúa mediante sesiones clínicas trimestrales, moderadas por un especialista, con comentario de los indicadores y de una selección de los casos enviados por el centro de salud durante ese período. Los objetivos son un mejor tratamiento inicial de las urgencias traumáticas y una disminución en el envío urgente de patología leve hacia el Hospital.

Material y Métodos

Durante el tercer trimestre de 1989 se encuentran en funcionamiento, como Centro de Salud organizado, 10 de los 14 centros en que se halla dividida la provincia (12 rurales y 2 urbanos) y 9 de ellos entran a formar parte del

Correspondencia: Servicios de *Traumatología, **Urgencias y ***Dirección. Hospital del Insalud. 42002 SORIA.

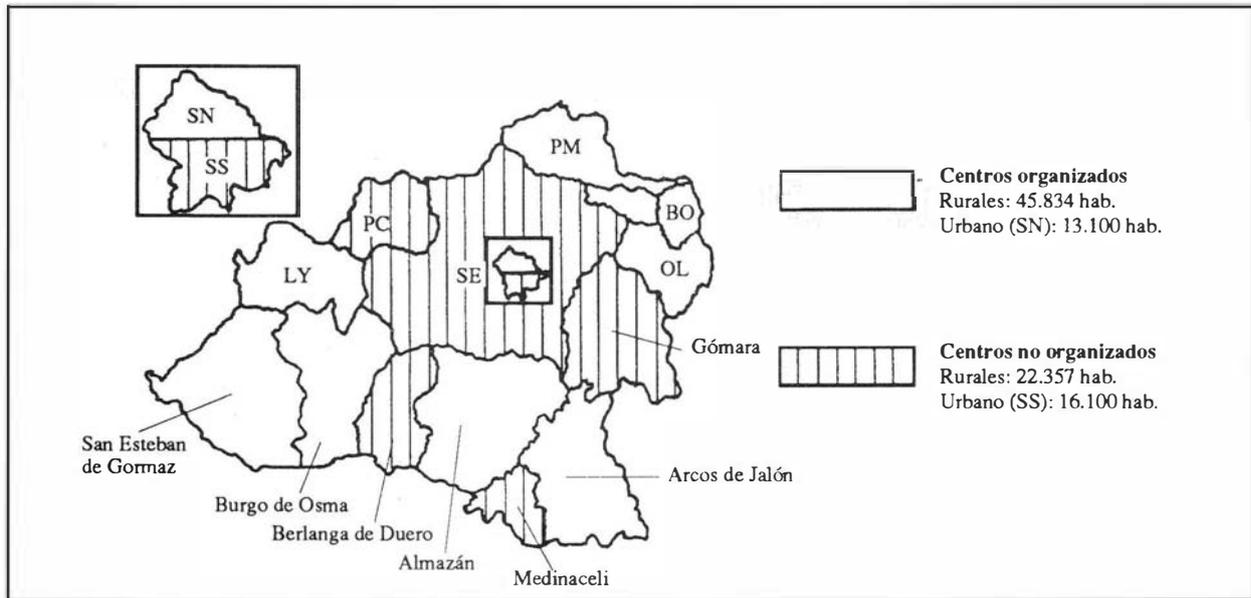


Figura 1. Características geográficas del área (Censo 1981)

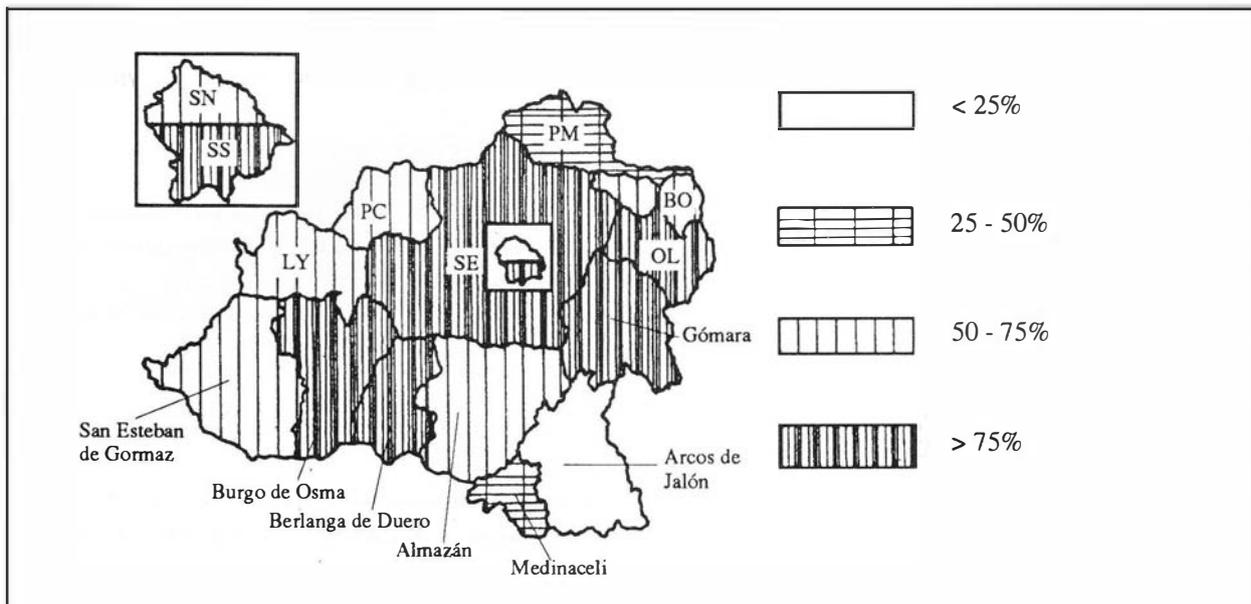


Figura 2. Urgencias sin tratamiento previo en los Centros de Salud (porcentaje)

plan. En la figura 1 se exponen de forma gráfica las características geográficas y de población del área.

La muestra está constituida por toda la patología traumática enviada de forma urgente desde los centros de salud (excluyendo accidentes de tráfico) al servicio de urgencias del hospital durante el tercer trimestre de 1989. Como indicadores se utilizan: a) La frecuentación por mil habitantes y trimestre, b) La aplicación de un tratamiento previo al envío de la urgencia en los centros de salud, y c) Una estimación de la gravedad de los casos enviados de forma urgente al Hospital desde los centros mediante u

algoritmo informático basado en el tipo de lesión, en el destino de la urgencia y en la necesidad o no de actuación del especialista.

En el presente trabajo se analizan los resultados obtenidos en la aplicación del tratamiento en los centros según el protocolo, dado que, junto con la informatización de los registros, constituye el primer objetivo que se ha marcado a los centros. Para ello se divide la muestra en dos grupos: centros que forman parte del plan y centros que no han formado parte hasta la fecha. Se utiliza χ^2 como prueba de significación.

	Sin tto	Con tto	?	
Centros org.	174 (189)	83 (71)	17 (15)	(274)
Centros no org.	147 (132)	37 (49)	8 (10)	(192)
	(321)	(120)	(25)	(466)

Chi² (con 2 grados de libertad) = 8,53 (significativo para p<0,02)

Tabla I. Tratamiento previo en Centro de Salud: Tabla de contingencia.

Resultados

Se detallan de forma gráfica en la figura 2 y en la tabla I.

Discusión

En una breve revisión de la bibliografía reciente^{2,3,4,5}, centrada en estudios sobre la demanda de urgencias en Atención Primaria, se observa lo siguiente:

- La demanda urgente por traumatismos constituye entre el 25-35 % de las urgencias de los Centros de Salud.
- Los envíos urgentes al hospital de tal patología forman del 60 al 80 % de los desvíos globales de los Centros de Salud.

Esta divergencia es explicada en estos trabajos por dos hechos:

- Ausencia de métodos diagnósticos (en especial, radiología).
- Inadecuación de los métodos terapéuticos.

Tratando de responder a estas afirmaciones, objetivadas en los trabajos mencionados y confirmadas en las conversaciones previas con los Centros de Salud, hemos puesto en marcha en el área de salud de Soria un Programa de Control de Calidad y Formación Continuada, basado en los principios de Control de Calidad en los Servicios de Salud resumidos por Donabedian en una publicación reciente⁶. Las bases del programa las hemos expuesto de forma concisa en la introducción.

Con respecto al empleo de la radiología en las urgencias traumáticas, consideramos un "auténtico matar moscas a cañonazos" el empleo que, con frecuencia, se hace de la misma ("Hagamos algunas pruebas por si acaso"), en concordancia con Newell y Turner (1985)⁷. Estamos en contra de la radiografía rutinaria y sistemática ante casi todo traumatismo (confirmada en el estudio epidemiológico de urgencias ya mencionado en la intro-

ducción). El empleo de la radiología (como de cualquier otra técnica diagnóstica) para descartar en vez de para confirmar una lesión, aparte de la radiación yatrogénica (niños de corta edad con historias de varios centímetros de espesor en sobres de radiografías, por ejemplo) y del derroche de medios, no evita los errores diagnósticos y, de hecho, los hace más graves por la falsa sensación de seguridad que proporciona que, en muchos casos, sustituye a una exploración cuidadosa. Mediante un filtro informático de errores que explora nuestra base de datos extrayendo los casos que vuelven a urgencias por la misma patología, hemos detectado algunos errores diagnósticos, debidos a fracturas no diagnosticadas en el primer momento (6 en el segundo trimestre y sólo 1 en el tercer trimestre: todas ellas con estudio radiográfico en urgencias). Sin embargo, en todos los casos el tratamiento fue correcto (vendaje compresivo e inmovilización), aunque no así la información. Es especialmente demostrativo el caso de un paciente que fue diagnosticado de esguince de tobillo del que fue informado que no debía preocuparse. Afortunadamente fue tratado con vendaje compresivo e inmovilización, ya que volvió a los dos días y, al revisar sus radiografías, se apreció una fractura bimalleolar y de un metatarsiano.

Por tanto, para los casos considerados leves, se ha diseñado una metódica de información basada en tres principios, inspirados en el Manual de Atención Primaria de Salud de P. Pritchard (1970)⁸:

- a) Informar al paciente de que su lesión no presenta gravedad, no intentar convencerle de que no tiene nada.
- b) Aplicar el tratamiento del protocolo exponiendo que, en caso de que presentara una lesión más grave (pequeña fractura, etc), el tratamiento inicial sería el mismo.
- c) Citarle a revisión en su Centro de Salud para una nueva exploración a la semana e insistiendo en que si continúa intranquilo, vuelva de nuevo a urgencias.

Es decir, en los traumatismos de pequeña violencia, que constituyen el 80 % de la patología traumatológica atendida en nuestro servicio de urgencias hospitalario, proponemos el siguiente método de actuación (con excepción de los de mano y cadera, en los que la exploración clínica puede ser menos concluyente y en los que una demora de una semana puede tener consecuencias graves en algunos casos):

- Exploración cuidadosa según los protocolos entregados para llegar a un diagnóstico de gravedad.
- En los considerados leves, tras información al paciente según los principios expuestos y contando con su consentimiento, se aplica crioterapia y, normalmente, vendaje compresivo con algodón y férula de escayola si se considera oportuno (desaconsejamos el vendaje elástico simple con venda adhesiva, ya que en un primer momento no proporciona una correcta compresión, siendo uno de los motivos de retorno precoz a urgencias a consecuencia del desarrollo de un

edema muy doloroso). Con ellos se combate al principal responsable del dolor inicial y del retardo en la curación de los traumatismos leves: la intensa reacción inflamatoria.

- Se citan a revisión a los 7 días (y no más) y se realiza una nueva exploración. Si persiste una patología significativa se envía al centro hospitalario (o se vuelve a enviar si fue visto de forma urgente en el hospital) mediante un sistema de citación urgente diferida, de forma que en un máximo de 48 horas sean vistos de nuevo en el hospital.

Por otra parte, se ha dotado a los centros de salud con todo el material necesario para el tratamiento según los protocolos y se les ha entregado un vídeo en el que se escenifica de forma gráfica por regiones anatómicas, tanto la exploración como la realización de vendajes e inmovilizaciones.

Conclusión

Los resultados significativos obtenidos tras una primera salida a los centros de salud en Mayo y Junio indican que, proporcionando medios simples y con formación y coordinación suficientes, se puede realizar un tratamiento correcto de los traumatismos en los centros de salud.

Esperamos que, continuando con las sesiones clínicas periódicas, en un futuro próximo, se limite la frecuentación

por patología leve en el servicio de urgencias hospitalario, en especial cuando algunos centros se encuentran entre 70 y 100 Km. del hospital de referencia.

Bibliografía

1. LÓPEZ-BAISSÓN LÓPEZ A, PASTOREIXARTS: *Urgencias de Traumatología en el medio rural*. Control de Calidad Asistencial, 1988; 3: 41.
2. RUIZ ESTEBANA, LÓPEZSOMOZAM, MARTÍN PÉREZ C, SÁEZ GARCÍA JM, TORRES TORRES A. *Urgencias en un centro de salud rural. Estudio de 2 años de experiencia*. Atención Primaria, 1985; 2: 265-268.
3. VELÁZQUEZ M, ALAMO A, MIRAFLORES JL, FRIEYRO JE. *Urgencias en Asistencia Primaria: estudio retrospectivo de 1.000 casos*. Atención Primaria, 1984; 1: 179-184.
4. JIMÉNEZ RUBIO D, CASANOVAS RIGALL X, MALQUÉS GALÁN A, SANCHO SORIANO N, PEÑA MARTÍNEZ MJ, FIGUERAS MARIMONT J, GIL PINILLA JM. *Utilización de los servicios de urgencia hospitalarios por la población de un centro de atención primaria*. Atención primaria, 1988; 5: 314-317.
5. BARRIO C, CAMP L, COSCOLLAR B, GONZÁLEZ CA, NEBOT M, PORTA I, SANTANA B, TAMBORERO G, SANS L. *La demanda de urgencias en Atención Primaria en los centros docentes de medicina familiar y comunitaria de Barcelona*. Atención Primaria, 1985; 2: 139-145.
6. DONABEDIAN A., *Institutional and Professional Responsibilities in Quality Assurance*. Quality Assurance in Health Care, 1989; 1: 3-11.
7. NEWELLRLM, TURNER JG: *Orthopaedic Disorders in General Practice*. London. Butterworths & Co. Ltd. 1985.
8. PRITCHARD P: *Manual de Atención Primaria de Salud*. 1ª Ed. Madrid. Díaz de Santos Eds. 1986.