

ATENCIÓN TRAUMATOLÓGICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE PRIMER NIVEL DEL CENTRO PERACAMPS DE BARCELONA DURANTE EL AÑO 1990

V. Amargós, M. Balaguer, L. Lage, E. Skaf, L. Valero, E. Violan
Servicio de Urgencias del Centro Peracamps. Barcelona.

Introducción

El Servicio de Urgencias del Centro Peracamps, es un servicio acreditado como de primer nivel, que funciona las 24 horas del día. Se halla ubicado en el distrito de Ciutat Vella, concretamente en el Barrio del Raval de la ciudad de Barcelona.

Dicho barrio tiene una población censada de 101.000 habitantes (padrón 1986), siendo una de las zonas más deprimidas de la ciudad.

El servicio tiene una tradición importante en el distrito. Se halla a pocos metros de dos áreas básicas de salud, Raval y Gótic, y equidistante de dos Hospitales de tercer nivel de referencia, Hospital Clínico y Hospital del Mar.

La función de un servicio de urgencias de primer nivel es la de actuar como centro de refuerzo de los servicios de urgencias de tercer nivel, especialmente, en nuestro caso, del Hospital del Mar.

Durante el año 1990 se atendieron 34.851 urgencias, de las cuales (19.519 (56,01 %) fueron patologías traumatológicas.

Material y métodos

Este trabajo se ha efectuado por el personal médico y de enfermería del servicio de urgencias del Centro Peracamps. Se han analizado el 97,20 % del total de asistencias efectuadas durante el año 1990.

Esta recogida exhaustiva de datos se ha podido efectuar ya que en el servicio, desde hace tres años, se realiza una monitorización de la calidad asistencial, en la que se valoran diversos parámetros de la historia clínica, curso de enfermería y seguimiento de protocolos. Además se codifican en tiempo real todos los diagnósticos que presentan los pacientes mediante el código internacional de la OMS CIM-9-MC.

Todos estos ítems se han introducido en un programa informático creado a tal efecto, que analiza los diferentes parámetros obteniéndose unos informes que han sido la base de este trabajo.

Resultados

El 67 % de los enfermos que presentan patologías traumatológicas han sido hombres y el 33 % mujeres.

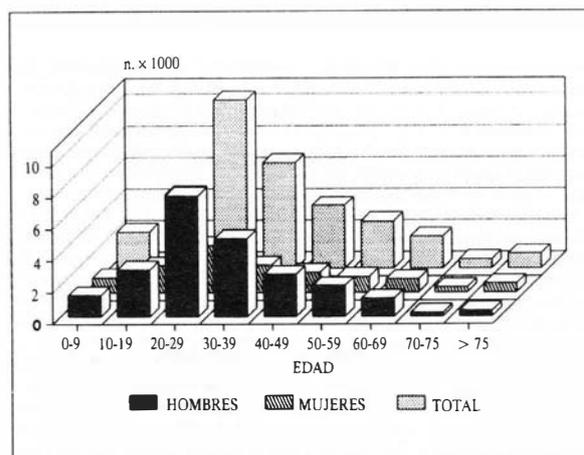


Fig. 1. Distribución por edad y sexo.

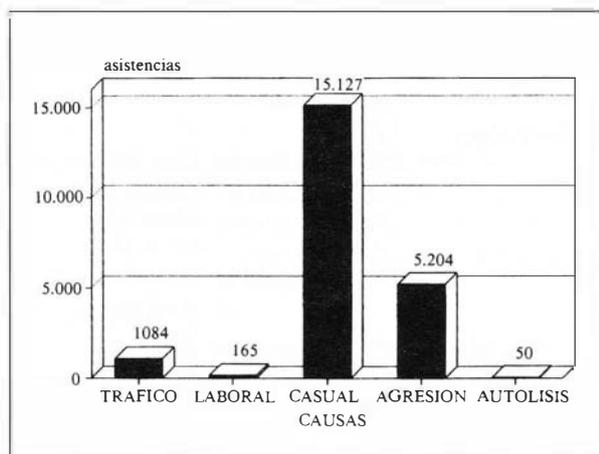


Fig. 2. Causa de las lesiones.

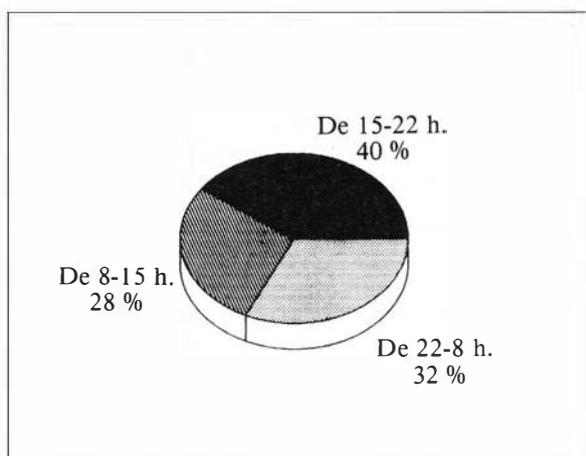


Fig. 3. Turnos enfermería/distribución horaria.

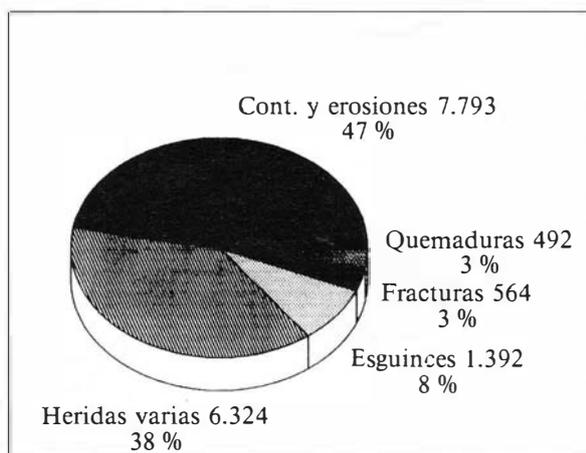


Fig. 4. Patologías Traumatólicas año 1990.

Lo que también se corresponde con las estadísticas censales del distrito. Tan sólo en las últimas décadas de la vida el porcentaje se invierte, explicable por la mayor longevidad de las mujeres.

La edad media de los pacientes ha sido de 25 años. Por ser un servicio de urgencias de primer nivel se atiende también a niños (0-10 años), que fueron durante 1990, 2.515 lo que corresponde al 7,21 % del total de enfermos visitados durante este período. (Fig. 1).

Las causas de las lesiones fueron en 15.127 (77,50 %) *casuales* (accidentes domésticos, caídas en la vía pública..), 1.084 (6,06 %) *accidentes de tráfico* de ellos 693 eran de moto, 165 (0,84 %) *accidentes laborales* y 50 *intentos de autolisis* (0,25 %). (Fig. 2).

Para analizar la afluencia horaria de los enfermos al Centro lo efectuamos en base a los tres turnos de enfermería (mañana, tarde y noche). El turno con mayor número de enfermos con patologías traumatológicas es el de tarde (15-22 h.) con un 40 % del total de enfermos, seguido del de noche (21,30-7-45 h.) con el 32 % y el de mañana (7,45-14,30 h.) con el 28 % del total. (Fig. 3).

Los meses en que acuden más enfermos con patología traumática coincide con los meses de mayor afluencia de pacientes al servicio que son los de junio, y agosto, pero siempre se mantiene el mismo porcentaje entre medicina y traumatología.

Se han clasificado las patologías siguiendo el código de la OMS CIM-9-MC, como antes ya se ha mencionado y los resultados obtenidos han sido los siguientes (Fig. 4):

Traumatismos superficiales sin alteración de la superficie cutánea (contusiones): Se han atendido 7.793. De ellas, 5.822 (74,71 %) fueron especificadas, siendo principalmente de cara, cuero cabelludo y mano. El resto 1.971 (25,29 %) fueron sin especificar, utilizando el código diagnóstico que existe a tal efecto etiquetado como «Contusiones y erosiones varias».

Del total de traumatismos superficiales 2.359 (30,7 %) presentaron afectación articular.

Heridas: Estas han sido 6.324. De ellas el 30,22 % fueron de manos y dedos de las manos, el 21,51 % de la cara, el 20,27 % de los pies y tobillos y el 18 % miscelánea.

Esguinces: Se han visitado 1.392 pacientes que presentaban esta patología. De ellos el 73,49 % fueron de las extremidades inferiores y dentro de este alto porcentaje más de la mitad (62,03 %) lo fueron de tobillo. Del resto el 10,5 % correspondía a la muñeca, el 5 % a la zona intercostales y el 11 % a otros territorios.

Fracturas: Durante este período se diagnosticaron 564 fracturas. De ellas 154 eran de metacarpo y 145 de los dedos de las manos, es decir el 53,01 % del total de fracturas fue de la mano. El resto se dividió entre un 12 % de carpo, un 8 % de hombro, un 3 % de fémur y un 25 % de miscelánea, donde también incluimos los polifracturados.

Quemaduras: Se atendieron 492 enfermos que presentaban quemaduras de diversa extensión y profundidad, el 40 % eran de las manos, el 30 % de la cara, 25 % eran múltiples (extensión inferior al 20 %) y el 5 % los consideramos grandes quemados (extensión superior al 20 %). (Tabla 1).

No hemos analizado aquellas patologías no traumáticas del aparato locomotor como las afectaciones inflamatorias o degenerativas, aunque también las atendemos.

Por ser el nuestro un servicio de urgencias de primer nivel los destinos posibles al alta del paciente son los siguientes:

- Control y seguimiento por el Traumatólogo de cupo, cirujano o médico de cabecera.
- Visita sucesiva en el servicio de urgencias. (Enfermos sin cobertura asistencial, control yesos, curas...)
- Traslado al Hospital de Referencia de tercer nivel para tratamiento quirúrgico u ortopédico.

De todos los enfermos que presentaban patologías traumatológicas atendidos durante 1990 (19.519), sólo necesitaron ser trasladados al Hospital de Referencia de tercer nivel 342. Lo que corresponde al 1,75 % del total de enfermos traumatológicos atendidos.

Los traslados siempre se efectuaron con el paciente debidamente estabilizado, curado e inmovilizando en el caso de fracturas y con el máximo de exploraciones complementarias (Radiología, EKG,...). Casi siempre se contactó telefónicamente con el médico de guardia que tenía que recibir al paciente para informarle de la situación (Fig. 5).

Tenemos establecidos dos tipos de traslados.

1. Transporte sanitizado secundario urgente: Fue necesario para 158 pacientes cuyas patologías eran las siguientes:

Heridas: Se trasladaron 69 (43,65 %) enfermos que presentaban heridas graves. Estas eran principalmente en las manos y dedos, se asociaban a afectación tendinosa, vascular, nerviosa o amputaciones. El resto lo formaban una amplia miscelánea entre la que cabe destacar las heridas de la cara con afectación ósea del macizo facial.

TABLA 1. Patologías

Patología	N.º casos	Porcentaje
Contusiones	7.793	
	5.822 Especificadas	Cara 34 % Cabeza 32 % Mano 20 % Otras 14 %
	1.971 Sin especificar	Constusiones y erosiones varias
Heridas	6.324	Manos y dedos 30,22 % Cara 21,51 % Pies y tobillos 20,27 % Otras 18 %
Esguinces	1.392	Extremidad inf. 73,50 % Tobillo 62,03 % Muñeca 10,5 % Intercostal 5 % Otros 11 %
Fracturas	564	Mano 53,01 % Carpo 12 % Hombro 8 % Fémur 3 % Otras 25 %
Quemaduras	492	Manos 40 % Cara 30 % Múltiples 25 % Grandes quemados 5 %

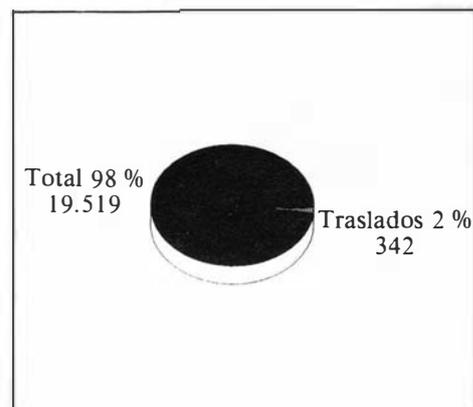


Fig. 5. Traslados al Hospital de referencia.

Politraumatizados: Se atendieron y trasladaron posteriormente 50 pacientes (31,55 %), presentando en más de dos terceras partes traumatismos craneales de diversa consideración.

Quemaduras: Se efectuó la primera asistencia y cura y posteriormente se trasladaron 30 enfermos (18,9 %), todo ellos por la extensión y la profundidad de las quemaduras eran tributarios de unidad de grandes quemados.

Miscelánea: 5,75 %.

2. Transporte no urgente: Esta modalidad de transporte fue utilizada por 184 enfermos cuyas patologías fueron las siguientes:

Heridas: Eran el 52 % del total de enfermos trasladados. De ellos dos terceras partes eran heridas de cuero cabelludo, algunas asociadas a traumatismo craneal leve. En nuestros protocolos está definido que ante cualquier traumatismo craneo-encefálico se debe remitir el paciente al neurocirujano para valoración y tratamiento si procede.

Fracturas: Fueron el resto de enfermos. De ellas el 39 % eran de extremidad inferior, todas necesitaban tratamiento quirúrgico. El resto lo componían una amplia miscelánea.

Conclusiones

Como se recoge en múltiples trabajos publicados en los últimos años acuden a las urgencias de los hospitales de tercer nivel muchos enfermos con patologías que por sus características no requieren ser atendidos en ellos, haciendo que se demoren las asistencias de los que sí precisan de los servicios especializados, de la alta tecnología y del gran número de recursos humanos de los que en ellos se disponen.

Son numerosas las referencias de cómo aumenta la demanda de asistencias de urgencias, sin que muchas

de las consultas requieran cuidados hospitalarios, sino que corresponde a una mal atendida continuidad asistencial una vez pasado el horario habitual de visitas o a una excesiva demora en las visitas concertadas.

Posiblemente la alternativa a este masivo uso de las urgencias hospitalarias es que la asistencia primaria asuma un buen número de ellas. Pero mientras eso no se consiga es necesario organizarse para que este gran número de casos no lleguen a las urgencias de los hospitales de tercer nivel.

Por ello la creación de servicios de urgencias de primer nivel puede dar soluciones paliativas a este problema. Ya que actúan como refuerzo y filtro de los servicios de urgencias de tercer nivel de su sector. Son servicios más pequeños con una atención más personalizada en la que la adecuación de recursos y personal pueden solventar un número muy elevado de asistencias. En nuestro caso tan sólo el 2 % del total de asistencias requirieron ser trasladadas a hospitales de nivel superior.

Bibliografía

1. Anuari Estadístic de la Ciutat de Barcelona, 1988. Servei d'Estadística del Ajuntament de Barcelona.
2. Casas X, y Casas M. L'atenció de les Urgències a la Ciutat de Barcelona. Gas. Sanit. Barc, 1984; 13: 16-22.
3. Martínez Moreno JL, Vaquero Martín FJ. Urgencias traumatológicas asistidas en un hospital general durante el año 1982; Rev. Ortop. Traum. 28 IB, n° 2, 1984.
4. Morales JJ, Garreta JL. Urgencias traumatológicas asistidas en el Hospital de Bellvitge durante el año 1989: Emergencias Vol 3, Enero-Febrero 1991.
5. Botia F. Origen de las Urgencias Hospitalarias. Estudio retrospectivo. Todo Hospital, 1989; 61: 31-35.
6. Keithk, Bocka J. Emergency Departament Revisits. Ann Emerg Med 1989; Set 18(9) 964-968.