

ACCIDENTES DE TRÁFICO. NUEVE MESES DEL «061» DE SEVILLA

P. Gordillo Fernández, A. Yáñez Castizo

Diplomados en Enfermería. Equipos de Emergencias Sanitarias «061» de Sevilla

Resumen

Tras la revisión de 2.503 historias clínicas, que comprenden el período abril-diciembre de 1992, se activó a los equipos de emergencias en 501 ocasiones para asistir accidentes de tráfico (1 de cada 5). De ellos más de 1/3 correspondieron a jóvenes entre 16 y 25 años. El día de mayor siniestrabilidad es el viernes y el intervalo horario más frecuente entre las 21 y 24 horas. Respecto a las traumatismos predomina el TCE seguido de los de MM.II siendo estos últimos donde mayor número de fracturas se producen.

Palabras clave: Accidentes de tráfico. Urgencias.

Introducción

En España mueren anualmente 9.300 personas por accidentes de tráfico, de las cuales 1/3 corresponden a individuos menores de 25 años y además resultan heridos más de 170.000 (un 30 % de ellos graves). El 65 % de las muertes se producen en el transcurso de la 1.ª hora y el 60 % antes de tener la posibilidad de ingresar en el hospital, a esto se la ha llamado «la hora vital» en la que pueden llegar a disminuirse tanto la muerte como la paraplejia en un 25 %.

Pero si además pudiéramos obviar el sufrimiento humano que conlleva el accidente de tráfico y cuantificásemos el coste económico subsiguiente, observaríamos que alcanza un gasto del 2 % del PIB. Estos da-

tos justifican por sí solos la creación de equipos móviles precoces, coordinados y activos en el lugar del accidente.

En este estudio se pretende divulgar las actuaciones realizadas en accidentes de tráfico por los Equipos de Emergencias Sanitarias del 061 de Sevilla en sus 9 primeros meses de funcionamiento (abril-diciembre de 1992).

Nuestro protocolo de actuación se basa en:

- Valoración y estabilización del paciente «in situ».
- Evacuación y transporte en el medio óptimo para la continuidad del tratamiento «in itinere».
- Revisión y análisis que permitan la formación continuada.

Objetivos

- Establecer patrones de riesgo y población diana.
- Divulgar la actuación de enfermería en el medio prehospitalario (accidentes de tráfico).
- Revisión de nuestros sistemas de recogida de datos para constatar la validez de los mismos.

Material y método

El material se ha extraído de los archivos del Centro de Comunicaciones de Urgencias (CCU) de Sevilla, revisando un total de 2.503 historias clínicas de las que 501 han sido accidentes de tráfico siendo éstas la base de nuestro trabajo.

Hemos establecido los siguientes parámetros de estudio:

- Edad
- Sexo
- Tipo de accidente

Correspondencia: Pablo Gordillo. Centro Coordinador de Urgencias 061. Edificio Quirúrgico. 4.ª planta. Avda. Menéndez Pelayo, s/n. Sevilla.

- Día de la semana
- Hora
- Valoración del Glasgow
- Tipo de traumatismos
- Fracturas abiertas y cerradas
- Localización de heridas
- Canalización de vías, inmovilizaciones, etc.

La metodología utilizada fue la revisión y anotación de los datos para su posterior proceso informático en una base de datos (Dbase-3 plus). Los gráficos han sido realizados con el programa Harward Grafic.

Resultados

Relación edad-sexo. (Figura 1)

Hemos dividido las edades en intervalos de 10 años excepto entre los 0-15 y 59-99 debido a su baja incidencia.

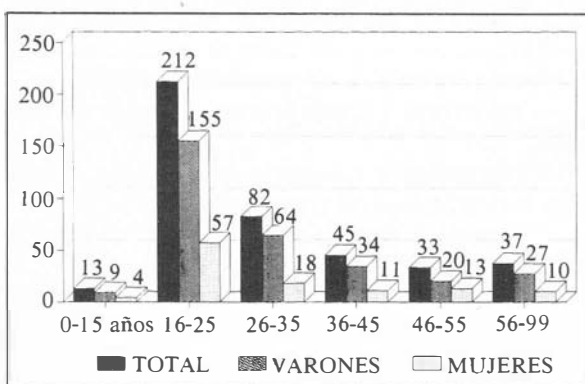


Figura 1. Relación edad/sexo

El hecho más significativo es que entre los 16 y 25 años se triplica el número de accidentes (212) de los cuales 155 fueron varones y 57 mujeres. A su vez de estos 155 casos de varones el 82 % iban en motocicleta y el 17 % en automóvil.

De las 57 mujeres de este grupo de riesgo el 76 % conducían motocicletas y el 24 % automóviles.

Tipo de accidente. (Figura 2)

La mayor incidencia corresponde a motoristas con un 45 % sobre el total de accidentes. Los de coche suponen el 35 % mientras que los atropellos el 17 % (generalmente personas mayores).

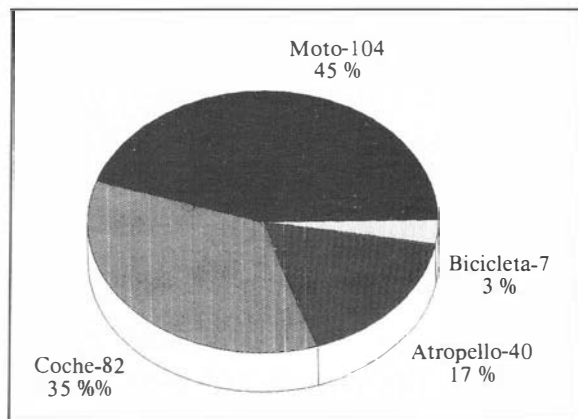


Figura 2. Tipo de accidente

Día de la semana. (Figura 3)

El viernes con 87 accidentes y el sábado con 78 son los días con mayor siniestrabilidad.

Hemos de destacar que nuestro campo de actuación en UVI-móvil abarca unos cronos de llegada al lugar de 20 minutos máximo por lo que la incidencia en domingo, día aprovechado por la familia para salir al campo o playa, con 54 casos, se vería notablemente incrementado si contabilizáramos los accidentes producidos en carretera, fuera del ámbito urbano y periferia.

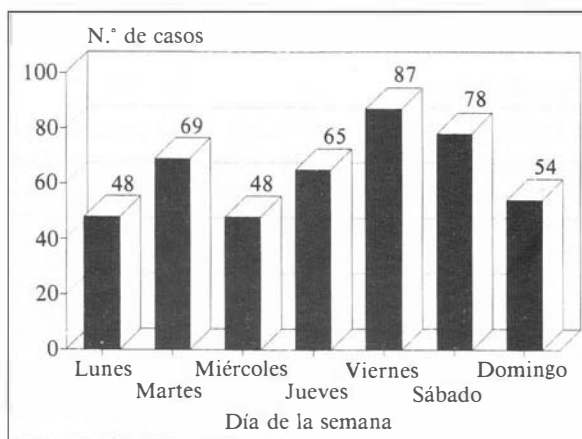


Figura 3. Día de la semana.

Hora. (Figura 4)

Es entre las 21 y las 24 horas con 79 intervenciones el intervalo horario con mayor tasa de accidentes.

Significativo es observar como entre la 1 y 4 de la madrugada no disminuye proporcionalmente el número de accidentes respecto del volumen de circulación en esas horas. Las causas hay que buscarlas en la ingesta de alcohol y no respetar las normas de circulación.

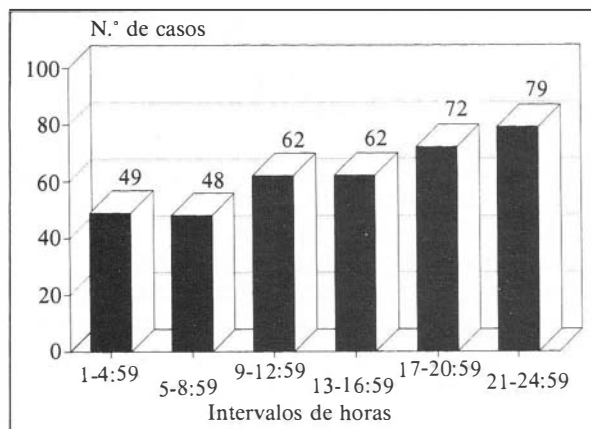


Figura 4. N.º accidentes por intervalos de horas.

Tipo de traumatismo. (Figura 5)

El traumatismo más frecuente es el TCE con 134 casos asistidos. Hemos de destacar como en el TCE se ha englobado tanto el traumatismo craneal como el encefálico.

Respecto a los traumatismos de columna que podían llevar asociado una lesión espinal nos encontramos con 16 casos de T. cervical, 37 de dorsal y 3 de lumbo-sacro.

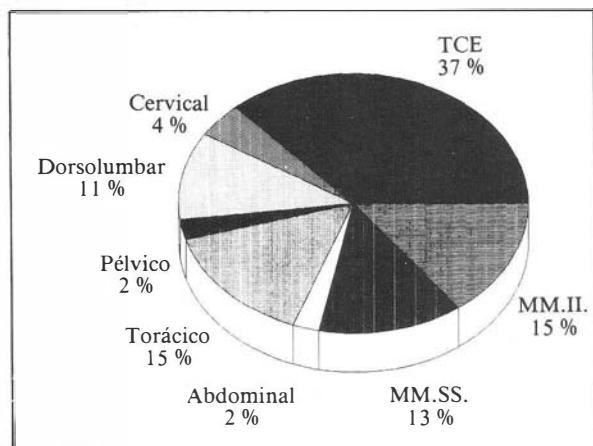


Figura 5. Traumatismos.

Cabe recordar que son las secciones medulares a nivel cervical las que producen en su mayoría tetraplejia mientras que a nivel dorsal y lumbar producen paraplejia.

A su vez los traumatismos en miembros inferiores (MM.II) suman 54 casos al igual que los torácicos. Respecto al resto de traumatismos destacan los de miembros superiores (MM.SS) con 54 casos y los de abdomen y pelvis con 9 cada uno.

A todos estos traumatismos se les aplicó la inmovilización preventiva más adecuada en espera de ser confirmada tras radiología una posible fractura en el medio hospitalario.

Fracturas. (Figura 6)

Se contabilizan en este apartado las fracturas diagnosticadas «in situ». El mayor porcentaje corresponden a las de MM.II con 68 casos de las que 54 eran cerradas y 14 abiertas. Le siguen en frecuencia las de MM.SS con 36 casos (33 cerradas y 3 abiertas). Todas las fracturas faciales asistidas eran abiertas (10) mientras que todas las de pelvis fueron cerradas. De las 7 craneales 4 eran cerradas y 3 abiertas.

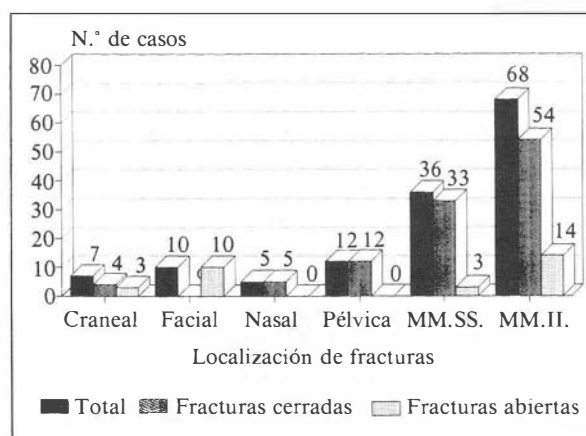


Figura 6. Fracturas.

Añadir que para las inmovilizaciones el equipo cuenta con férulas neumáticas tetracamerales, colchón de vacío así como collarines cervicales, tabla espinal y camilla de tijeras que facilita una correcta evacuación y transporte.

Heridas. (Figura 7)

El mayor número de heridas se localizaron a nivel de cara y cráneo con 64 y 67 casos respectivamente.

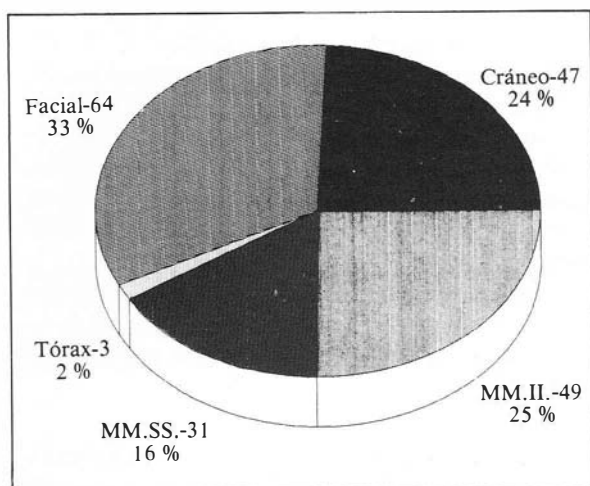


Figura 7. Heridas.

Las heridas en MM.II en número de 49 suponen el 25 % del total mientras que las de MM.SS con 31 contabilizan el 16 %.

Glasgow

Un parámetro que nos puede servir para establecer estadios de gravedad y evolución en nuestro medio es la escala de Glasgow. En ella se valora la respuesta motora (de 1 a 6), respuesta verbal (de 1 a 5) y la apertura de ojos (de 1 a 4). De esta forma la puntuación mínima sería de 3 y la máxima de 15.

A nuestra llegada al lugar del accidente valoramos:

- 16 casos de Glasgow igual a 3
- 22 entre 4 y 7

- 11 entre 8 y 11
- 334 entre 12 y 15.

Discusión

Consideramos de vital importancia el comienzo de la asistencia sanitaria «in situ» tanto por las vidas que se pueden salvar como por la gran cantidad de secuelas que se evitan. En esta nueva forma de asistencia prehospitalaria la Enfermería juega un papel incuestionable con el inicio de cuidados y aplicación de técnicas propias de nuestra carrera profesional. Es de destacar por ejemplo como el 30 % de los pacientes precisaron la canalización de vías venosas en el propio lugar del accidente.

Así mismo Enfermería también interviene directamente en el rescate e inmovilización del accidentado, en su valoración inicial y seguimiento y en la aplicación de técnicas (no específicamente nuestras) en caso de varias víctimas, etc.

Agradecimiento

Al personal del Centro de Comunicaciones por su colaboración en el archivo de historias clínicas.

Bibliografía

- E. Alted López. Atención al paciente politraumatizado. Medicina Intensiva Práctica.
- Teresa G. González. Llegar a tiempo. Tráfico N.º 85. Febrero 1993.
- G. Riancho Ocejo. Revisión de los casos de traumatismos asistidos por el S.A.M.U. del Excmo. Ayto. Bilbao. Vol. 4, N.º 6. Noviembre-diciembre 1992.