

Mesa redonda: "Cirugía en los hospitales comarcales"

Atención al politrauma en hospitales comarcales

Attention to polytraumatized in regional hospitals

D. Palomo Torrero

Hospital de Serranía de Ronda. Málaga.

RESUMEN

Se va a analizar la situación actual de los hospitales comarcales de Andalucía, en referencia a la atención del paciente politraumatizado. Para ello se ha realizado una encuesta telefónica para valorar la situación actual.

Palabras clave: hospital comarcal, politraumatizado.

ABSTRACT

The current situation of the regional hospitals of Andalusia will be analyzed, in reference to the care of the polytraumatized patient. To this end, a telephone survey has been conducted to assess the current situation.

Keywords: district hospital, polytraumatized.

CORRESPONDENCIA

Daniel Palomo Torrero
Hospital Serranía de Ronda
29400 Ronda (Málaga)

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Palomo Torrero D. Atención al politrauma en hospitales comarcales. Cir Andal. 2018;29(3):255-257

MESA REDONDA XV REUNIÓN DE LA ASAC

En la mesa sobre hospitales comarcales de la XV Reunión de la ASAC que ha tenido lugar los días 20 al 22 de junio en Ronda (Málaga) se ha hablado sobre la situación actual de la atención del paciente politraumatizado en hospitales comarcales.

Desde el 2004 se dispone en la página web de la junta de Andalucía ([enlace](#)) del proceso asistencial integrado de atención al trauma grave, dónde se intenta organizar y estructurar la asistencia al trauma grave.

A pesar de ser muy completo, como es normal, no se puede plantear todas las posibles actuaciones ni adaptarlas a los diferentes hospitales de Andalucía. Para resolver esto, se puso en marcha la creación de los comités del trauma grave en cada hospital para ver sus propias características e intentar adaptar la asistencia al trauma grave a las características demográficas, de ubicación y de estructura de los diferentes hospitales.

En esta mesa se quiere esbozar las características principales de todos los hospitales comarcales de Andalucía en relación a la atención al politraumatizado.

Actualmente disponemos de diecisiete hospitales comarcales distribuidos en las ocho provincias de Andalucía (**Figura 1**).

Se ha realizado un encuesta telefónica a los diecisiete hospitales para preguntar su situación e intentar llegar a una series de reflexiones.



Figura 1

Distribución de los hospitales comarcales en Andalucía.

La primera pregunta: **"¿Dispones de comité del trauma grave en tu hospital?"** sólo el 59% de los hospitales tenía comité frente a un 41% que no lo tenían.

La segunda pregunta: **"¿Cuántas veces se han reunido en el último año?"** De los hospitales que tenían comité, se habían reunido al menos una vez, más del 85% de estos hospitales.

La tercera pregunta: **"¿Disponéis de un protocolo adaptado a vuestro hospital?"** sólo el 20% no lo disponía frente al 80% que sí.

La cuarta pregunta de la encuesta: **"¿Qué papel tiene el cirujano en el caso de tener una actuación ante un politrauma?"** En casi el 88% de los casos no se avisa al cirujano en primera instancia y sólo cuando se le necesita.

La quinta pregunta: **"¿Cuál es el tiempo medio de traslado al hospital de referencia?"** El 52% se encontraba a más de una hora del hospital de referencia, frente a un 24% de hospitales de entre veinte o treinta minutos de distancia y otro 24% entre los treinta minutos a una hora de distancia.

La sexta pregunta: **"¿Cuántos pacientes politraumatizados habéis trasladado en el último año al hospital de referencia?"** El 47% de los centros participantes en la encuesta había trasladado entre uno a cinco pacientes, un 12% a ninguno, un 24% entre seis y diez pacientes y un 17% más de diez pacientes.

La séptima pregunta: **"¿Cuántos pacientes politraumatizados habéis tenido que asistir y/o operar, porque no da tiempo de ser derivados al hospital de referencia?"** Un 17% contestó a ningún paciente y el resto a uno o más pacientes.

Por último, la octava pregunta fue: ¿en tu opinión, la derivación o traslado de pacientes al hospital de referencia es motivo de situaciones conflictivas?. Sobre un escala del uno al cinco, siendo uno ningún problema y cinco muchos problemas, hay gran dispersión de opiniones (**Figura 2**).

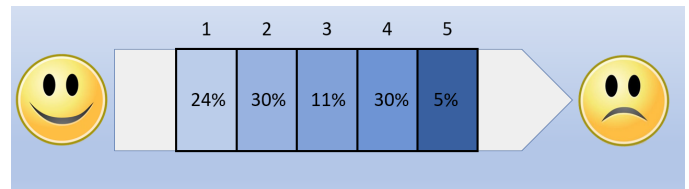


Figura 2

Escala motivo de situaciones conflictivas.

REFLEXIONES SOBRE LA ATENCIÓN AL POLITRAUMA EN LOS HOSPITALES COMARCALES.

Para terminar, se realizan una serie de reflexiones sobre la atención del politrauma en los hospitales comarcales.

1) Después de casi catorce años de tener una guía del proceso asistencial integrado de atención al trauma grave, un porcentaje elevado (cerca del 41%) de hospitales comarcales no disponen de un comité de trauma grave para ver y adaptar los posibles problemas de la atención a estos pacientes.

2) De los hospitales que disponen de una comisión, se han reunido en el último año al menos un vez más del 80%.

3) La guía del proceso asistencial integrado, atención al trauma grave, recoge la organización básica de la asistencia y los principales algoritmos de actuación al politraumatizado, pero como es lógico es difícil de prever todo.

4) En el 88% de los hospitales el cirujano es llamado cuando se le necesita como viene en la guía de atención al trauma grave. Lo que es importante es tener un personal bien formado que diagnostique de forma rápida y avisar al cirujano en caso de necesitarlo.

5) Más del 50% de los hospitales comarcales de Andalucía se encuentra a más de una hora de traslado del hospital de referencia, eso sin tener en cuenta que hay que añadirle el tiempo desde que llega la ambulancia o el helicóptero para trasladar al paciente.

6) En relación con los conflictos a la hora de trasladar los paciente al hospital de referencia, creemos que no depende de la distancia con el hospital de referencia, sino más bien con las relaciones interpersonales entre los cirujanos del hospital emisor y el receptor, así cuando existe una buena relación suele haber menos problemas. Es importante establecer vías de relación entre los hospitales para mejorar estos conflictos.

BIBLIOGRAFÍA

1. O'Connor RE, Tinkoff GH. Out-of-hospital trauma triage criteria as predictors of trauma center resource allocation. Acad Emerg Med, 2001 May; Vol. 8 (5), 516-7.

2. Rogers FB, Osler TM, Shackford SR, Morrow PL, Sartorelli KH, Camp L, Healey MA. A population-based study of geriatric trauma in a rural state. *J Trauma*, 2001 Apr; Vol 50 (4), 604-9.
3. Nathens AB, Jurkovich GJ, Maier RV, Grossman DC, MacKenzie EJ, Moore M, Rivara FP. Relationship between trauma center volume and outcomes. *JAMA*, 2001 Mar 7; Vol 285 (9), 1164-71.
4. Liener UC, Bruckner UB, Strecker W, Steinbach G, Kinzl L, Gebhard F. Trauma severity dependent changes in AT III activity. *Shock*, 2001 May; Vol 15 (5), 344-7.