



EDITORIAL

## ¿Cómo mejorar la asistencia al trauma pediátrico

### How can we improve the care of paediatric trauma?



María Isabel Iglesias-Bouzas\* y Ana Serrano González

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España

Los traumatismos en pediatría constituyen la primera causa de muerte e incapacidad en los niños mayores de un año. En la actualidad, la etiología más frecuente son las precipitaciones y las caídas, representando el 53% en una serie de 330 niños con trauma ingresados en los últimos 8 años en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCIP) del Hospital Infantil Niño Jesús de Madrid. Siguen por orden de frecuencia los atropellos (20%), los accidentes deportivos (10%) y los accidentes de tráfico (9%), entre otros muchos mecanismos lesionales. La mortalidad oscila entre el 6-15% según las diferentes series, produciéndose en el momento del accidente o en los 4 días siguientes, fundamentalmente por hipoxia y hemorragia, siendo muy poco frecuentes los fallecimientos más tardíos (5%).

El pronóstico de la enfermedad traumática depende de varios factores, como la gravedad y la energía del trauma, la edad del paciente, y la calidad y precocidad de los cuidados administrados. Estos últimos son los factores modificables. En los últimos años se han producido mejoras en el conocimiento de la enfermedad traumática y en la formación del personal sanitario en manejo del niño traumatizado grave, sin embargo, en España, la falta de un sistema regulado y estructurado con centros de referencia para trauma grave pediátrico, implica que en ocasiones la atención se realice en centros sin equipos multidisciplinares entrenados, sin protocolos de actuación bien definidos y actualizados, además de exponer al profesional médico de forma muy ocasional a esta enfermedad.

A la pregunta de ¿cómo mejorar o continuar mejorando la asistencia al trauma pediátrico? se responde que, por

supuesto, con más y mejor formación de todos los profesionales que tanto a nivel extrahospitalario como hospitalario, puedan atender en alguna ocasión a niños traumatizados. El plan de actuación ante un traumatizado grave requiere una rápida valoración de las lesiones y la instauración de las medidas adecuadas de soporte vital. Puesto que el factor tiempo es esencial, es deseable un abordaje sistemático, que pueda ser practicado fácil y rápidamente. Para ello los cursos de atención inicial al trauma pediátrico (AITP) han sido y son un referente a la hora de extender la formación a una población importante de profesionales, sistematizando la atención inicial del paciente politraumatizado en un entorno de enseñanza práctica, mediante simulación. Estudios como el publicado en este número de ANALES DE PEDIATRÍA por Ibañez Pradas y Pérez Montejano<sup>1</sup>, cuyo objetivo fue medir el impacto de un programa formativo en trauma pediátrico en la calidad de la asistencia inicial extrahospitalaria, son muy valiosos, además de necesarios. Primero porque no hay muchos estudios hasta la fecha y segundo porque pueden ayudar a tomar medidas en cuanto a variar o intensificar los programas formativos. Las conclusiones del mencionado estudio deben ser tomadas con cautela, como señalan los autores (dado el carácter retrospectivo del estudio, la falta de datos acerca de si los profesionales que atendieron los casos de ambas cohortes habían recibido formación o no y el tiempo transcurrido entre los periodos señalados) si bien, hacen pensar en cuestiones como a quién dirigir esta formación, cómo institucionalizarla, cada cuanto tiempo debería «refrescar» un profesional estos conocimientos, como complementar este tipo de formación con otros recursos docentes, cuestiones sobre las que también reflexionan los autores del citado artículo. Cabe mencionar, por ejemplo, el proyecto TRAUMACAT<sup>2</sup> en el que una estrategia estructurada en proyectos colaborativos, y basada en la

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mabigl@yahoo.com](mailto:mabigl@yahoo.com) (M.I. Iglesias-Bouzas).

participación de diferentes organizaciones promocionando la aplicación de un número concreto de buenas prácticas en la atención inicial del traumatizado grave, demostró ser eficaz consiguiendo mayor cumplimiento de los indicadores clínicos de correcto manejo del paciente politraumatizado tras la intervención formativa.

Además de las mejoras obtenidas tras cualquier estrategia de formación, resulta indiscutible que el número de pacientes atendidos es un factor fundamental a la hora de mantener los conocimientos y las habilidades necesarias para el manejo de una determinada enfermedad, por lo que resulta vital buscar una mayor y más eficaz organización de la atención de los pacientes pediátricos con trauma grave.

En nuestro medio la ausencia de una estructura regional con centros de referencia de trauma, debería ser suplida estableciendo criterios a cumplir por los hospitales de derivación como: 1) existencia de equipos multidisciplinares entrenados; 2) protocolos asistenciales bien establecidos y actualizados que incorporen conceptos actuales como programas de cirugía de control de daños y protocolos de transfusión masiva, y 3) experiencia suficiente, es decir volumen de pacientes atendidos.

Resulta fundamental la existencia de una colaboración estrecha entre los sistemas prehospitalarios y hospitalarios. Consensuar criterios de triaje, definir criterios de derivación al hospital terciario diferentes al criterio de proximidad y permitir la activación del equipo multidisciplinar de atención al trauma hospitalario por parte de los equipos extrahospitalarios en las fases iniciales de la atención al paciente. La comunicación directa entre ambos medios, permite que la asistencia al paciente desde el momento inicial sea un continuo, así como la anticipación de determinados cuidados a nivel hospitalario en función de la situación fisiopatológica detectada inicialmente.

Para la mejora de la calidad asistencial a nivel hospitalario es muy importante el concepto de «Equipo de Atención al Trauma» siendo bien conocido el impacto que tiene en el resultado final en cuanto a mortalidad, complicaciones y costes<sup>3</sup>. El equipo debe ser multidisciplinar, incluyendo médicos de urgencias, intensivistas, cirujanos, personal de enfermería, personal auxiliar, técnicos de radiodiagnóstico, radiólogos y personal de banco de sangre. El equipo debe ser coordinado por un líder con amplios conocimientos en trauma pediátrico, con formación o experiencia en comunicación, toma de decisiones, técnicas de reanimación y manejo cardiocirculatorio en situaciones críticas. Cada integrante del equipo debe conocer su papel y haberse

entrenado en este enfoque multidisciplinar. Para este tipo de entrenamiento resulta muy útil la formación en entornos de simulación y los simulacros hospitalarios realizados de forma periódica.

Es necesario además auditar la calidad de la asistencia realizada a nivel hospitalario no solo en términos estadísticos con porcentajes de resultados (mortalidad, complicaciones, etc.) si no también analizando cada intervención del equipo multidisciplinar con un *debriefing* conjunto para reflexionar acerca de la atención prestada y detectar posibles retrasos o errores en la atención inicial. Son de gran ayuda para esto los sistemas de videograbación, activados en el momento de la entrada del paciente en el box vital donde va a ser atendido.

Además de todo esto la mejora en la calidad pasa por invertir en investigación en trauma y por conocer la enfermedad traumática en pediatría a nivel global, en todo el país. Aunque existen registros<sup>4</sup> a nivel local en algunos hospitales, sería deseable la existencia de un registro nacional estandarizado y de alta calidad metodológica que permita describir la enfermedad traumática en pediatría desde la epidemiología hasta la clínica, los procesos asistenciales y los resultados. Este registro de pacientes traumáticos será fundamental tanto a la hora de evaluar la calidad asistencial como de implementar sistemas de mejora de la misma.

En resumen: formación continua de los profesionales, organización de la derivación a hospitales de referencia, comunicación directa entre los servicios extrahospitalarios y hospitalarios, entrenamiento de los equipos multidisciplinarios, evaluación sistemática de los resultados y un registro que permita monitorizar la realidad del trauma en pediatría en España.

## Bibliografía

1. Ibáñez Pradas V, Pérez Montejano R. Calidad asistencial en la atención inicial al trauma pediátrico. *An Pediatr (Barc)*. 2017;87:337-42.
2. Navarro S, Koo M, Orrego C, Muñoz-Vives JM, Rivero M, Montmany S. Estudio para la mejoría de la atención hospitalaria inicial del paciente politraumatizado: proyecto TRAUMACAT. *Med Clin (Barc)*. 2014;143:25-31.
3. Alted López E. ¿Están cambiando nuestros paradigmas en la enfermedad traumática? *Med Intensiva*. 2015;39:375-82.
4. Chico-Fernández M, Llompert-Pou JA, Guerrero-López F, Sánchez-Casado M, García-Sáez I, Mayor-García MD, et al. Epidemiología del trauma grave en España. Registro de TRAuma en UCI (RETRAUCI). Fase piloto. *Med Intensiva*. 2016;40:2327-47.