



TRASLADO INTERHOSPITALARIO DE TRAUMAS PEDIÁTRICOS POR UNA UNIDAD DE TRANSPORTE PEDIÁTRICO EN UNA REGIÓN INSULAR.

López García, M; Ruíz Gámez, CM; Sharluyan Petrosyan, A; Salas Ballestín, A; Chocano
González, E; Sanz Ruiz, I; Fernández De La Ballina, A; Brandstrup Brandstrup, K.

DECLARAMOS NO TENER CONFLICTOS DE INTERESES

INTRODUCCIÓN

Trauma grave pediátrico: primera causa de mortalidad y morbilidad en pacientes **> 1 año** en países desarrollados.

Traslado precoz a centros de referencia es esencial para disminuir la morbimortalidad.

OBJETIVO

Analizar la casuística de pacientes trasladados por trauma por una unidad de transporte pediátrico insular especializada.



MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis descriptivo de las complicaciones ocurridas durante los traslados externos registradas prospectivamente en una unidad de transporte especializada entre 2010- 2021.

Variables

Sexo
Edad
Tipo de trauma
Escalas: ITP, GSC
Tipo traslado
Tiempos de traslado
Tratamiento
Pronóstico



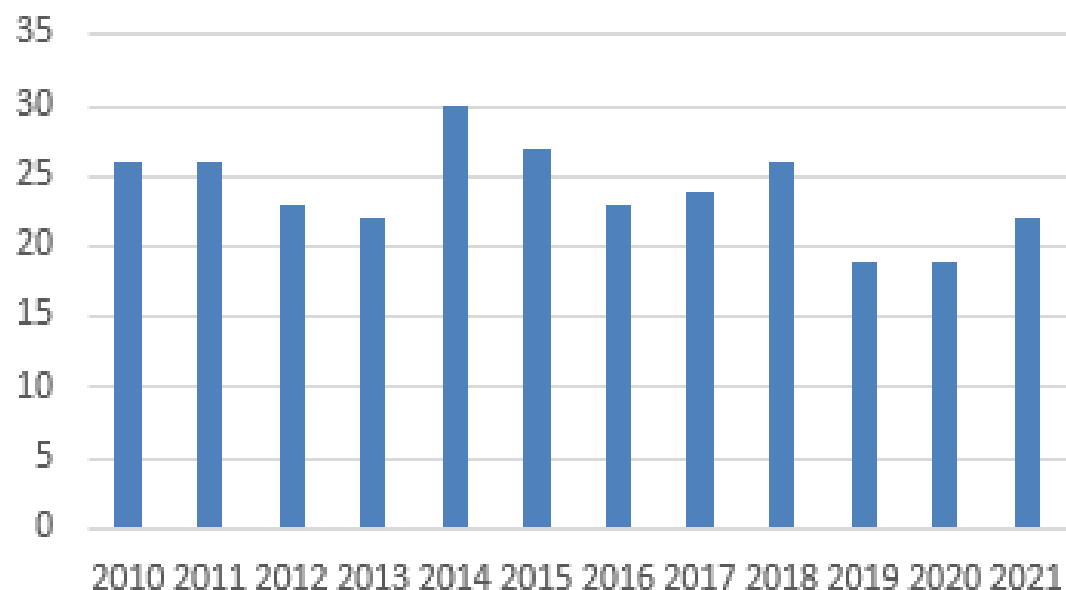
RESULTADOS I

n = 287

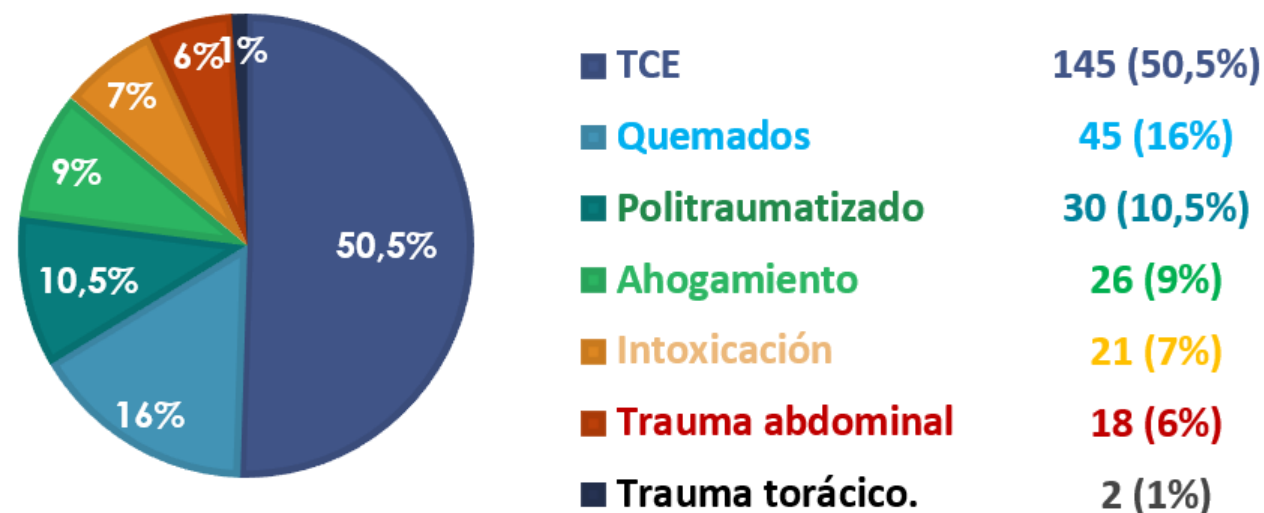
62% Varones

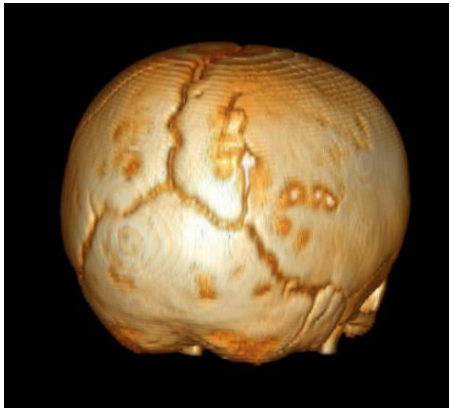
Mediana edad: 3 años (IC95% 2,66-3,44).

Distribución por años

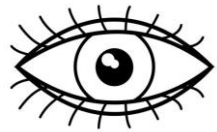
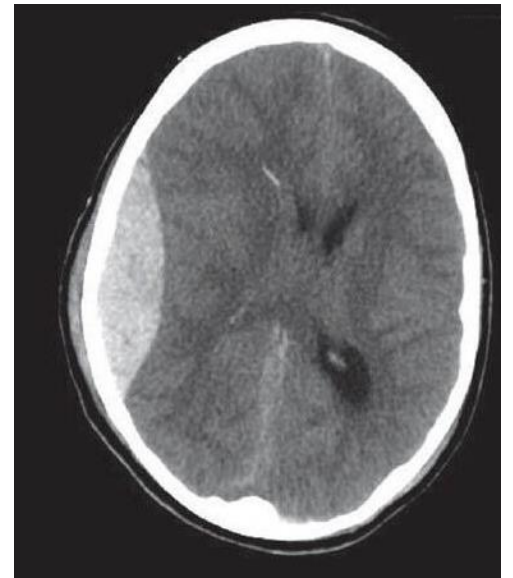
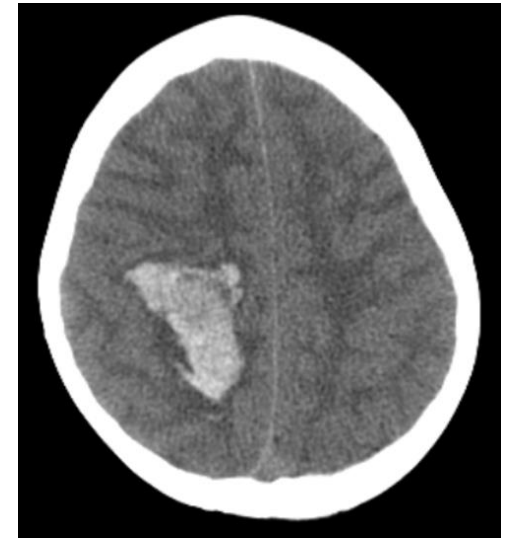


Patologías que motivaron el traslado





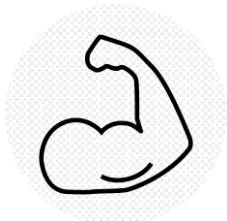
TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO (TCE)



Glasgow



Coma



Scale

89% ≥ 14

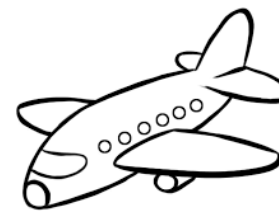
7% ≤ 8

POLITRAUMATISMO (PT)

73% ÍNDICE DE TRAUMA PEDIÁTRICO ITP -> **45,5% < 8.**

	+2	+1	-1
Peso	>20	10 a 20	<10
Vía aérea	Normal	Sostenible	Insostenible
TAS	>90 o pulso radial palpable	50-90 pulso femoral palpable	<50 o pulsos ausentes
SNC	Despierto u obnubilado	Pérdida de conocimiento	Coma o descerebrado
Herida	No	Menor	Mayor o penetrante
Fractura	No	Cerrado	Expuesta o múltiple

RESULTADOS II



Total.

75,6%

24,6%

**Mediana tiempo
estabilización.**

25 min
(IC95% 5-45)

20min
(IC95% 5 – 35).

40min
(IC95% 10 – 70).

**Mediana duración
global.**

2:15h
(IC95% 2:05 - 2:25)

1:50h
(IC95% 1:44 – 1:56).

4:25h
(IC95% 4:09 – 4:41).

RESULTADOS III

55% ingreso UCIP
2 casos en UCIN



Tratamiento	%	TIPO
SOPORTE RESPIRATORIO	25%	24% Ventilación mecánica convencional (VMC). 1% Ventilación no invasiva (VMNI).
SOPORTE HEMODINÁMICO	5%	Drogas vasoactivas.
TERAPIA HIPEROSMOLAR TCE	16%	SSH 3%, Manitol.

Vías	%
VIA VENOSA CENTRAL (VVC)	10%
VIA ARTERIAL	2,5%
INTRAÓSEA	2%

Más intervenciones terapéuticas en **traslados aéreos** respecto terrestres:
IOT: 30% – 8,3%
VVC: 20% – 1,3%
Intraósea: 3% – 0,9%.

RESULTADOS IV: COMPLICACIONES



Hemodinámica (35%)
20% HIPOTENSIÓN ARTERIAL

7%.



Hipotermia (40%)



2 exitus en hospital emisor
y ninguno in itinere

Extubación accidental (2 casos).

CONCLUSIONES

- N: 287.
- Predominio de traslados terrestres: TCE (50,5%), quemado (16%) y politraumatismo (10,5%).
- 25% precisó soporte respiratorio con VMI (24%) o VMNI (1%).
- Destacaron los TCE con una escala Glasgow ≥ 14 (89%) y politraumatizados ITP >8 (54,5%). Seguramente, en los traslados primarios la gravedad de los pacientes sea mayor.
- En los pacientes estables se recogió en un porcentaje menor al deseado el ITP.
- En los traslados aéreos se objetivó mayor soporte respiratorio (30%) y hemodinámico (5%).
- Tiempos de traslado: mayor en el aéreo (mediana 4:25h) frente al terrestre (1:44h).
- Se detectaron complicaciones durante el traslado en el 7%.