



XXIIè Congrés Nacional Català d'URGÈNCIES I EMERGÈNCIES

Urgències, tots a una!

Tarragona, 16 i 17 d'abril de 2015 Centre Tarraconense El Seminari



IMPLANTACIÓN DEL CÓDIGO PROPIO TCE 113 EN EL SUH. HACIA UNA ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Emma Mora Mellado; Mar Sánchez Álvarez; Alfons López Petchamé
Corporació Sanitaria Parc Taulí, Urgències

INTRODUCCIÓN

En mayo de 2011 se implantó en el SUH el código TCE 113. Se consideró que había cierto tipo de pacientes que requerían de una actuación inmediata por parte de medicina intensiva y neurología que sufrían cierta demora en la atención especializada al no cumplir los criterios propios del código PPT112 ,al tener un TCE puro. Se diseñó el código propio TCE 113 activable desde triaje siguiendo un algoritmo que incluye pacientes con TCE puro cuyo GCS es igual/inferior a 13.

OBJETIVOS

Determinar qué efecto ha tenido la implantación del protocolo código TCE: número de activaciones durante 2013, perfil del paciente ,tiempo medio activación del código desde triaje, tiempo de permanencia en urgencias, destino y perfil etiológico.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo descriptivo. Base de datos actividad asistencial Iris-View.

RESULTADOS

En 2013 se activaron 34 códigos TCE113 desde triaje. Del total anual de visitas, 0.03% es código TCE puro (cada 11 días se activó el código promedio). Perfil del paciente: varón de 62 años (prevalencia con mujeres 2:1). Tiempo medio entrada-activación del código 4 minutos. Tiempo medio estancia en urgencias 12.7h (1h45' los casos más graves), el destino del paciente es: ingreso (el 40% en UCI), alta domiciliaria (44.11), alta voluntaria (2.9%) y defunción (8.8%). Etiológicamente destaca solamente un 2.9% por accidente de tráfico mientras que caídas casuales (44.11%) y caídas por efecto de drogas/alcohol (20.58%) son las más frecuentes con lesiones intracraneales asociadas.

CONCLUSIONES

El código propio TCE 113 supone una mejora del tiempo de atención puerta-diagnostico al movilizar desde la llegada a los profesionales adecuados (sobre todo neurología) para los pacientes que se incluyen en el algoritmo de actuación. Optimiza de los recursos humanos disponibles y una mayor calidad asistencial para el paciente puesto que el 40% de los ingresos se producen directamente a UCI por lesiones intracraneales importantes en menos de 2h