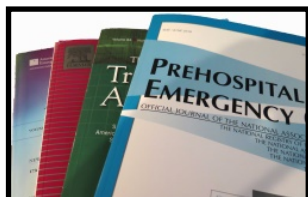




Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας από IPHMI



Κρατώντας σας ενημέρους με την τρέχουσα βιβλιογραφία και τις μελέτες για την
Επείγουσα Προνοσοκομειακή Αντιμετώπιση

V. 1.4

1. **Βελόνα θωρακοστομίας: η αλλαγή του μήκους της βελόνας και του σημείου παρακέντησης, έχει επίπτωση στο θεραπευτικό αποτέλεσμα;** Weichenthal LA, Owen S, Stroh G, Ramos J. *Prehosp Disaster Med* 2018;33:237-244.
2. **Νοσηρότητα και θνησιμότητα που συνδέονται με τις προνοσοκομειακές κλήσεις «απλής βοήθειας για κινητοποίηση».** Leggatt L, Van Aarsen K, Columbus M, Et al. *Prehosp Emerg Care* 2017;21:556-562.
3. **Οι προνοσοκομειακοί διασώστες ως μια νέα πηγή βοήθειας για τις γυναίκες που βιώνουν βία από το σύντροφο τους.** Sawyer S, Coles J, Williams A, Williams B. *J Interpersonal Violence* 2018
4. **Η υποτίμηση κατά την διαλογή των τραυματισμών που σχετίζονται με πυροβόλα όπλα σε μεγάλη μητροπολιτική περιοχή.** Lale A, Krajewski A, and Friedman LS. *JAMA Surg.* 2017 May 1;152(5):467-474

1.Βελόνα θωρακοστομίας: η αλλαγή του μήκους της βελόνας και του σημείου παρακέντησης, έχει επίπτωση στο θεραπευτικό αποτέλεσμα; Weichenthal LA, Owen S, Stroh G, Ramos J. *Prehosp Disaster Med* 2018;33:237-244.

Η παρακέντηση με βελόνα θωρακοστομίας (ΒΘ) για την υποψία πνευμοθώρακα υπό τάση, συνήθως εκτελείται στο προνοσοκομειακό περιβάλλον. Αυτή η μελέτη εξετάζει εάν η θέση (μεσοκλειδική γραμμή vs. μεσομασχαλιαία γραμμή), το μήκος και η διάμετρος του καθετήρα, καθώς και το χρονοδιάγραμμα της παρακέντησης είχε σαν αποτέλεσμα την αύξηση της επιβίωσης.

Διεθνές Ινστιτούτο Ιατρικής Προνοσοκομειακής

Η μελέτη διεξήχθη από το προνοσοκομειακό σύστημα της Κεντρικής Καλιφόρνιας. Κατά τη διάρκεια της μελέτης σε 305 τραυματίες χρειάστηκε να γίνει παρακέντηση θώρακα με βελόνα, σύμφωνα με τα τοπικά πρωτόκολλα. Η ομάδα "πριν" αποτελείται από 169 ασθενείς στους οποίους η θωρακοκέντηση έγινε στην μεσοκλειδική γραμμή, με ενδοφλέβιο καθετήρα 14 gauge που ήταν τουλάχιστον 5,0 εκατοστά σε μήκος. Η δεύτερη ή «μετά» ομάδα αποτελούνταν από 136 ασθενείς που αποσυμπιεστήκαν χρησιμοποιώντας καθετήρα 10G IV που είχε μήκος τουλάχιστον 9,5 CM στα 5^ο μεσοπλευρίο διάστημα στη μέση μασχαλιαία γραμμή. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι στην πρώτη ομάδα οι ασθενείς είχαν αποσυμπιεστεί μόνο μετά την αρχική "σταθεροποίηση" στη σκηνή και μετά την τοποθέτηση στο όχημα μεταφοράς, ενώ στην δεύτερη ομάδα οι ασθενείς είχαν αποσυμπιεστεί στη σκηνή, ενώ ταυτόχρονα διεξαγόταν η αρχική σταθεροποίηση. Η θνησιμότητα των ασθενών και στις δύο ομάδες ήταν 79%. Αυτό το ποσοστό θνησιμότητας είναι κάπως υψηλότερο από άλλες μελέτες, αλλά είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι σχεδόν τα δύο τρίτα (59%), των ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη αντιμετωπίστηκαν ενώ ήταν σε τραυματική καρδιακή ανακοπή. Η μελέτη επίσης περιλαμβάνει τόσο αμβλέα όσο και διατιτραίνοντα τραύματα. Οι ασθενείς στην ομάδα της μέσης μασχαλιαίας προσπέλασης, είχαν χαμηλότερο ISS (injury severity score) και όπως σημειώνεται από τους συγγραφείς η παρακέντηση έγινε πιο συχνή μετά την εκπαίδευση σχετικά με αυτή την προσέγγιση. Θετική έκβαση ήταν πιο συχνή σε ασθενείς που είχαν χαμηλότερο ISS και οι οποίοι είχαν βελτίωση στην κλινική κατάσταση μετά την θωρακοκέντηση. Δεν εντοπίστηκαν επιπλοκές σε καμία από τις δύο ομάδες ως άμεσο αποτέλεσμα των παρακέντησης.

Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης είναι σχετικά μη αναμενόμενα, δεδομένου ότι τρεις μεταβλητές της θωρακοκέντησης άλλαξαν, και κάθε μια από αυτές αναμενόταν να βελτιώσει το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Οι προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι οι βραχύτεροι καθετήρες και η τοποθέτηση τους στη μεσοκλειδική γραμμή αδυνατούν να εισέλθουν στη θωρακική κοιλότητα σε ποσοστό μέχρι και 60%. Επιπλέον, η εκτέλεση της παρακέντησης νωρίτερα στη διαδικασία διαχείρισης αναμένεται να βελτιώσει τη δυνητική επιβίωση. Παρά την πραγματοποίηση αυτών των αλλαγών στη διαχείριση των ασθενών της δεύτερης ομάδας, το αποτέλεσμα και στις δύο ομάδες ήταν το ίδιο. Δυστυχώς, δεν παρέχονται πληροφορίες σχετικά με τους προνοσοκομειακούς χρόνους ή το συγκεκριμένο χρόνο από την άφιξη στη σκηνή μέχρι την παρακέντηση. Δεν προκαλεί έκπληξη ότι η επιβίωση ήταν καλύτερη σε εκείνους τους ασθενείς που είχαν χαμηλότερο ISS (λιγότερο σοβαροί τραυματισμοί) και σε εκείνους τους ασθενείς που είχαν θετική κλινική απάντηση στην αποσυμπίεση. Αυτή η μελέτη μας παρέχει μικρές νέες χρήσιμες πληροφορίες και καλύτερη καθοδήγηση στην προνοσοκομειακή διαχείριση των ασθενών μας με τραύμα.

2. Νοσηρότητα και θνησιμότητα που συνδέονται με τις προνοσοκομειακές κλήσεις «απλής βοήθειας για κινητοποίηση». Leggatt L, Van Aarsen K, Columbus M, Et al. Prehosp Emerg Care 2017;21:556-562.

Κάθε μέρα, οι επαγγελματίες διασώστες ανταποκρίνονται σε κλήσεις για άτομα που χρειάζονται βοήθεια για κινητοποίηση. Πολλές από αυτές τις κλήσεις δεν οδηγούν σε θεραπεία ή μεταφορά σε νοσοκομείο. Το αιτούν άτομο απλά σηκώνεται από τους διασώστες ή επικουρείται για να βρει μια πιο βολική θέση. Αυτές οι κλήσεις συχνά αναφέρονται, και κωδικοποιούνται ως "lift Assist". Είναι πιθανό η ανάγκη για αυτό το είδος της βοήθειας να αντιπροσωπεύει ένα δορυφόρο γεγονός για κάποια συγκαλυμμένη νόσο, όπως λοίμωξη, ή ελάττωση στη λειτουργική κινητικότητα του ατόμου. Η πρόκληση για τους επαγγελματίες διασώστες είναι να προσδιοριστεί η συγκεκριμένη φύση ή αιτία για την αδυναμία του ατόμου να κινητοποιηθεί και η ανάγκη για μεταφορά του ασθενή για περαιτέρω αξιολόγηση.

Για αυτή τη μελέτη, οι συντάκτες εξέτασαν όλες τις κλήσεις «lift assist» από έναν ενιαίο οργανισμό παροχής προνοσοκομειακής βοήθειας κατά τη διάρκεια περιόδου ενός έτους και οι οποίες ήταν 804 από τις ληφθείσες 42.055 κλήσεις (1,9%). Οι εκθέσεις των διασωστών των ασθενοφόρων διασταυρώθηκαν με τα τοπικά ιατρικά αρχεία νοσοκομείων για να προσδιορίσουν τους ασθενείς που είχαν επισκεφτεί τα Τμήματα Επειγόντων περιστατικών, είχαν εισαχθεί στο νοσοκομείο ή είχαν πεθάνει στο νοσοκομείο, μέσα σε δεκατέσσερις ημέρες από την κλήση τους για απλή υποβοήθηση μετακίνησης.

Διεθνές Ινστιτούτο Ιατρικής Προνοσοκομειακής

Πολλά άτομα είχαν πολλαπλές κλήσεις "lift Assist". Η μέση ηλικία για τα άτομα που ζητούν "lift Assist" ήταν 74,8 χρόνια. Οι συγγραφείς βρήκαν 169 επισκέψεις σε τμήματα επειγόντων (21%), 93 εισαγωγές στο νοσοκομείο (11,6%) και 9 θανάτους (1,1%), εντός δεκατεσσάρων ημερών από την αρχική "lift Assist" κλήση. Από τους 93 ασθενείς που εισήχθησαν στο νοσοκομείο, 71 (76%), είχαν στη συνέχεια εισαχθεί σε γηροκομεία ή ενισχυόμενες εγκαταστάσεις διαβίωσης και δεν επέστρεψαν στην αρχική τους κατοικία. Οι συγγραφείς εντόπισαν ότι 113 αρχειακές καταγραφές των διασωστών ήταν ελλιπείς, στο 14% έλειπε τουλάχιστον η καταγραφή ενός ζωτικού σημείου, ενώ στο 24,8%, έλειπαν τουλάχιστον δύο ζωτικά σημεία. 44 από 160 προνοσοκομειακά διαγράμματα για διαβητικούς ασθενείς (27,5%) δεν περιελάμβαναν εξέταση γλυκόζης.

Οι "Lift Assist" κλήσεις μπορεί να είναι πρώιμοι δείκτες καταστάσεων που απαιτούν ολοκληρωμένη ιατρική αξιολόγηση και θεραπεία. Σε αυτή τη μελέτη, η προχωρημένη ηλικία (ηλικιωμένος πληθυσμός) διαπιστώθηκε ότι ήταν ένας δείκτης τόσο για την ανάγκη επίσκεψης σε Τμήμα Επειγόντων και την εισαγωγή στο νοσοκομείο μέσα σε δεκατέσσερις ημέρες από μια κλήση "lift assist". Ο πληθυσμός που πραγματοποιεί αυτές τις κλήσεις θα πρέπει να αξιολογείται με το ίδιο επίπεδο φροντίδας με αυτούς που ζητούν συγκεκριμένη ιατρική βοήθεια, καθώς η ανάγκη για απλή υποβοήθηση μετακίνησης μπορεί να υποκρύπτει συγκεκριμένη παθολογία. Σε αυτές τις κλήσεις, οι επαγγελματίες διασώστες θα πρέπει να πάρουν πλήρες ιστορικό και να κάνουν φυσική εξέταση ψάχνοντας για υποκείμενη παθολογία καθώς και να συμπληρώσουν στο ειδικό έγγραφο το πλήρες σύνολο των ζωτικών σημείων, συμπεριλαμβανομένης της γλυκόζης στο αίμα και της θερμοκρασίας, όταν ενδείκνυται.

3. Οι προνοσοκομειακοί διασώστες ως μια νέα πηγή βοήθειας για τις γυναίκες που βιώνουν βία από το σύντροφο τους. Sawyer S, Coles J, Williams A, Williams B. J Interpersonal Violence 2018

Η βία από τους συντρόφους (ΒΑΣ) έχει τεράστιες επιπτώσεις στις γυναίκες σε όλο τον κόσμο. Οι επαγγελματίες διασώστες συχνά παρατηρούν σημάδια ΒΑΣ άμεσα μέσα στα σπίτια των ασθενών έχοντας μια πρώτη ευκαιρία στην έγκαιρη αναγνώριση των ΒΑΣ. Επιπλέον, τα θύματα συχνά επιλέγουν να μην μεταφέρονται σε τμήματα επειγόντων περιστατικών. Ως εκ τούτου, ο κύκλος της βίας συνεχίζεται για αυτά τα θύματα. Υπάρχει ακόμα μια γενικότερη έλλειψη εκπαίδευσης στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, παρά το γεγονός ότι προηγούμενη έρευνα έχει δείξει διασύνδεση με την εκπαίδευση και την πρώιμη αναγνώριση των θυμάτων, που θα μπορούσε να έχει συνέπεια την αυξανόμενη αναγνώριση και παραπομπή των θυμάτων και μειωμένα ποσοστά ΒΑΣ παγκόσμια. Αυτή η μελέτη είναι η πρώτη τεκμηριωμένη με κατευθυντήριες οδηγίες που έχει σχεδιαστεί για παραϊατρικό προσωπικό και αφορά την αναγνώριση και αναφορά ασθενών με ΒΑΣ.

Η μελέτη αυτή περιγράφει την ανάπτυξη μιας ολοκληρωμένης, με βάση τη συναίνεση, κατευθυντήριας γραμμής που επικεντρώνεται στην διαχείριση των ασθενών με ΒΑΣ από τον επαγγελματία διασώστη. Οι συγγραφείς χρησιμοποίησαν σαν βάση τις κλινικές συστάσεις για τους επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης στη διαχείριση των ασθενών με ΒΑΣ από την παγκόσμια οργάνωση υγείας (WHO). Παράλληλα, δεν χρησιμοποιήθηκαν συστάσεις που δεν είναι κατάλληλες για το προνοσοκομειακό περιβάλλον. Οι συντάκτες χρησιμοποίησαν τη μέθοδο πολιτικής Delphi για να έχουν τη συναίνεση από επιτροπή εμπειρογνομόνων στην Αυστραλία. Συνολικά 42 συμμετέχοντες παρέιχαν συναίνεση σχετικά με το σχέδιο κατευθυντήριας γραμμής. Επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων νοσηλευτών, εμπειρογνώμονες της έρευνας, εμπειρογνώμονες παροχής υπηρεσιών παρέιχαν συναίνεση σε τρεις γύρους. Οι τροποποιήσεις σημειώθηκαν σε όλες τις πτυχές του πρωτοκόλλου από κάθε γύρο στο επόμενο με τη μέθοδο του ερωτηματολογίου που παρέχει το μεγαλύτερη δυνατότητα για να επιτευχθεί συναίνεση.

Τέσσερα τμήματα συμπεριλήφθηκαν στην τελική κατευθυντήρια γραμμή: αναγνώριση, ανταπόκριση, αναφορά και καταγραφή. Το πρώτο τμήμα (αναγνώριση) απαριθμεί τους δείκτες ΒΑΣ

Διεθνές Ινστιτούτο Ιατρικής Προνοσοκομειακής

συμπεριλαμβανομένης της αναγνώρισης των συναισθημάτων και των συμπεριφορών που συνδέονται και με διανοητικές διαταραχές υγείας όπως η κατάθλιψη, η διέγερση, η απόσυρση, οι αυτοκτονικές σκέψεις και η κατάχρηση φαρμάκων ή οινοπνεύματος. Οι πρόσθετοι δείκτες περιλαμβάνουν τα ανεξήγητα χρόνια ιατρικά συμπτώματα, το σωματικό τραύμα και τη σεξουαλική βία. Επιπλέον, συμπεριλήφθηκε ένας επιπλέον δείκτης που επικεντρώνεται στην διάπραξη ΒΑΣ από τους άνδρες, τη χρήση του φόβου ή της βίας ως μέσο ελέγχου. .

Η δεύτερη ενότητα (ανταπόκριση) προσδιόρισε τις προτιμώμενες μεθόδους συζήτησης με ΒΑΣ ασθενείς. Προτάθηκε μια διαδικασία συζήτησης τριών βημάτων. Το πρώτο βήμα είναι να εξασφαλιστεί ότι ο ασθενής είναι σε εγρήγορση και σε ένα ασφαλές, ιδιωτικό περιβάλλον. Ο ασθενής θα πρέπει να αισθάνεται άνετα και ότι δεν υπάρχει επικείμενη φυσική απειλή. Το δεύτερο βήμα είναι να διεξαχθεί μια συζήτηση με εστίαση σχετικά με το φόβο και τις ανησυχίες για την ασφάλεια και όχι τις συμπεριφορές των ασθενών. Η συζήτηση θα πρέπει να είναι ανοικτή, έμμεση και να μην περιέχει κρίση. Οι εμπειρογνώμονες τόνισαν την ανάγκη για εκπαίδευση με βάση τις δεξιότητες που παρέχονται από τους ειδικούς εκπαιδευτικούς για να διασφαλίσουν ότι οι συζητήσεις είναι ευαίσθητες και κατάλληλες.

Το τρίτο τμήμα της κατευθυντήριας γραμμής (αναφορά) απαριθμεί τις τοπικές υπηρεσίες παραπομπής που το παραϊατρικό προσωπικό μπορεί να συστήσει στους ασθενείς προφορικά ή/και μέσω έντυπων υλικών και μπορεί να συμπεριλάβει συμβουλευτική, αστυνομία, νομικές συμβουλές, το σχεδιασμό της ασφάλειας και των καταλυμάτων έκτακτης ανάγκης. Τέλος, το τμήμα αρχείων ανέφερε την κατάλληλη τεκμηρίωση των ΒΑΣ περιπτώσεων στο αρχείο του ασθενούς, που τροποποιήθηκαν εκ νέου από τις συστάσεις του WHO για την τεκμηρίωση, ώστε να συμπεριλάβει την κατάλληλη τεκμηρίωση των τραυματισμών, της αστυνομικής παρουσίας και της διαβεβαίωσης της εμπιστευτικότητας.

Οι περιορισμοί αυτής της μελέτης περιλαμβάνουν τη χρήση της συναίνεσης των εμπειρογνομώνων και όχι εμπειρικά στοιχεία, καθώς και την έλλειψη συμμετοχής των ΒΑΣ ασθενών. Επιπλέον, ενώ η κατευθυντήρια γραμμή συνιστά μια κατάλληλη μέθοδο συζήτησης με τους ασθενείς, δεν μπορεί να διασφαλίσει ότι η συζήτηση είναι ευαίσθητη και κατάλληλη.

Οι συστάσεις από αυτή τη μελέτη αποτελούν την πρώτη ολοκληρωμένη, με βάση τη συναίνεση κατευθυντήρια γραμμή για τους επαγγελματίες διασώστες (και στην πραγματικότητα για όλο το ανταποκρινόμενο ιατρικό προσωπικό) για την ανταπόκριση σε ΒΑΣ ασθενείς στο προνοσοκομειακό περιβάλλον. Οι διασώστες μπορούν να διαδραματίσουν καίριο ρόλο στην αναγνώριση και παραπομπή των ΒΑΣ περιστατικών με αποτέλεσμα την αύξηση των ποσοστών παραπομπής για τα θύματα και την πιθανή πρόληψη περαιτέρω περιστατικών. Ενώ οι διασώστες αλληλεπιδρούν συστηματικά με τα θύματα της ΒΑΣ και παρέχουν εξειδικευμένη ιατρική φροντίδα και μεταφορά στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, σπανίως είναι προετοιμασμένοι να παρέχουν οι ίδιοι οδηγίες προς τις υπηρεσίες παραπομπής και αντ' αυτού στηρίζονται στο προσωπικό του τμήματος επειγόντων περιστατικών για να παρέμβουν για λογαριασμό του ασθενούς. Οι συστάσεις από αυτή τη μελέτη παρέχουν ένα περίγραμμα για να ακολουθήσει η ανάπτυξη ενός σχεδίου αντιμετώπισης για τα θύματα των ΒΑΣ που δεν μεταφέρονται. Περαιτέρω έρευνα είναι απαραίτητη για να προσδιοριστεί εάν η έγκαιρη παρέμβαση από το παραϊατρικό προσωπικό παρέχει το επιθυμητό αποτέλεσμα της μείωσης των περιστατικών ΒΑΣ.

4. Η υποτίμηση κατά την διαλογή των τραυματισμών που σχετίζονται με πυροβόλα όπλα σε μεγάλη μητροπολιτική περιοχή. Lale A, Krajewski A, and Friedman LS. JAMA Surg. 2017 May 1;152(5):467-474

Τα κριτήρια προνοσοκομειακής διαλογής των τραυματιών έχουν σχεδιαστεί για να διασφαλίζουν ότι κάθε ελαφρά τραυματισμένος ασθενής ή οποιοσδήποτε ασθενής που ενδέχεται να έχει σοβαρούς τραυματισμούς μεταφέρεται σε κέντρο τραύματος. Πολλαπλές μελέτες έχουν δείξει όφελος επιβίωσης για τους ασθενείς που αντιμετωπίζονται σε κέντρο τραύματος σε σχέση με ένα μη εξειδικευμένο κέντρο. Το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών (CDC) δημοσιεύει τις «κατευθυντήριες γραμμές για τη διαλογή των τραυματισμένων ασθενών», οι οποίες διευκρινίζουν ποιοι ασθενείς θα πρέπει να μεταφέρονται κατά προτίμηση σε ένα κέντρο τραύματος. Τα ανατομικά κριτήρια που απαιτούν μεταφορά σε κέντρο τραύματος περιλαμβάνουν διατιτραίνον τραύμα εγγύς στο γόνατο ή τον αγκώνα.

Αυτή είναι μια πενταετής αναδρομική μελέτη ανασκόπησης των ασθενών στο Cook County, Illinois (πόλη του Σικάγου), οι οποίοι υπέστησαν τραυματισμό από πυροβόλο όπλο. Οι συντάκτες εξέτασαν συγκεκριμένα τους ασθενείς που είχαν υποτιμηθεί κατά τη διαλογή, που σημαίνει ότι ενώ πληρούσαν τα κριτήρια διαλογής για μεταφορά σε κέντρο τραύματος, αντ' αυτού μεταφέρθηκαν σε ένα μη εξειδικευμένο κέντρο. Ο πληθυσμός μελέτης περιέλαβε επίσης εκείνους τους ασθενείς που μεταφέρθηκαν σε κέντρο τραύματος, αφού πρώτα αντιμετωπίστηκαν σε άλλο, μη εξειδικευμένο κέντρο.

Κατά τη διάρκεια της πενταετούς περιόδου 9.886 τραυματισμοί που σχετίζονται με πυροβόλο όπλο συνέβησαν στο Cook County. Υπήρχαν 2842 ασθενείς (28,7%), οι οποίοι έλαβαν φροντίδα σε μη εξειδικευμένο κέντρο και 7044 ασθενείς (71,3%), οι οποίοι έλαβαν φροντίδα σε κέντρο τραύματος. Εκείνοι που έλαβαν θεραπεία σε ένα μη εξειδικευμένο κέντρο ήταν λιγότερο σοβαρά τραυματισμένοι αν και 884 (31,1%) πληρούσαν τα ανατομικά κριτήρια για τη μεταφορά σε κέντρο τραύματος. Από τους 4934 κατοίκους της κομητείας Κουκ που πληρούσαν τα ανατομικά κριτήρια διαλογής, περίπου 1 στους 6 αντιμετωπίστηκαν σε μη εξειδικευμένο κέντρο. Οι νότιες και δυτικές περιοχές του κομητείας Κουκ είναι οι περιοχές με τη μεγαλύτερη πιθανότητα οι ασθενείς τους να αντιμετωπίζονται σε μη εξειδικευμένο κέντρο. Για όσους είναι εξοικειωμένοι με τη γεωγραφική κατανομή των κέντρων τραύματος στο Σικάγο, δεν υπήρχε κέντρο τραύμα στο νότιο τμήμα της πόλης το 2009-2013, περίοδος που ερευνάται από αυτό το άρθρο. Οι συγγραφείς σημειώνουν ότι οι ασθενείς που έλαβαν θεραπεία σε μη εξειδικευμένα κέντρα ήταν λιγότερο πιθανό να πεθάνουν σε σχέση με τους ασθενείς που έλαβαν θεραπεία σε κέντρο τραύματος. Αυτό οφείλεται στο ότι στα κέντρα τραύματος αντιμετωπίζονται πολύ πιο σοβαρά τραυματισμένοι ασθενείς με υψηλότερο κίνδυνο θανάτου. Μια βασική διαπίστωση της μελέτης είναι ότι λιγότεροι ασθενείς πέθαναν κατά τη διάρκεια των πρώτων 24 ωρών σε κέντρο τραύματος έναντι μη εξειδικευμένων κέντρων.

Αυτή η μελέτη είχε εκπληκτικά αποτελέσματα. Απέδειξε ότι η υποκατάταξη των ασθενών τραύματος παρουσιάζεται ακόμη και σε ένα σημαντικό αναπτυγμένο, αστικό προνοσοκομειακό σύστημα. Οι λόγοι για αυτό είναι άγνωστοι αλλά είναι πιθανό λόγω ενός συνδυασμού της διαλογής από τους διασώστες και των ασθενών που μεταφέρονται σε λάθος νοσοκομείο με ιδιωτικό όχημα πριν από την άφιξη ασθενοφόρου στη σκηνή. Επιπλέον η απόσταση στο κοντινότερο κέντρο τραύματος θα μπορούσε να διαδραματίσει έναν παράγοντα, ιδιαίτερα στο Σικάγο όπου δεν υπήρχε κανένα κέντρο τραύματος στη νότια πλευρά της πόλης κατά την διάρκεια αυτής της μελέτης. Η μελέτη καταδεικνύει την ανάγκη για συνεχή βελτίωση της ποιότητας και της αυτοαξιολόγησης όλων των συστημάτων τραυματιών.