

# PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS INGRESADOS POR GUARDIA CENTRAL DEL SANATORIO ALLENDE.

## EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF ENROLLED POLYTRAUMATIZED PATIENTS FOR THE CENTRAL GUARD OF SANATORIO ALLENDE.

*AUTORES: Pi Rosas Lucas, Aguirre Griselda, Rodriguez Javier<sup>1</sup>*

### RESUMEN

Este estudio muestra los registros de ingreso de pacientes politraumatizados al servicio de Guardia Central del Sanatorio Allende Nueva Córdoba. El objetivo fue caracterizar el perfil epidemiológico de paciente politraumatizados que fueron ingresados por el servicio de guardia central del Sanatorio Allende. Material y Método: estudio descriptivo de corte transversal, retrospectivo. Resultados: En base a los datos obtenidos de pacientes ingresados por servicio de guardia del Sanatorio Allende Nueva Córdoba en el periodo comprendido desde Mayo hasta Agosto de 2018, en la modalidad de ingreso, la mayoría lo hizo a través del servicio de emergencia con tabla de raquis y collar cervical. Las lesiones que mas predominaron fueron los traumatismos de cráneo, traumatismo de miembros inferiores y superiores. La resolución de más alto porcentaje fue la de ingreso a internado general.

*Palabras claves:* Politrauma, lesión, valoración, perfil epidemiológico. Enfermería.

### *Summary:*

This study shows the records of the entrance of polytraumatized patients to the Central Guard service of the Sanatorium Allende Nueva Córdoba. The objective was to characterize the epidemiological profile of polytraumatized patients who were admitted by the central guard service of Sanatorium Allende. Material and Method: descriptive study of cross section, retrospective. Results: Based on the data obtained from patients admitted by the guard service of the Sanatorium Allende Nueva Córdoba in the period from May to August

2018, in the entry modality, the majority did it through the emergency service with a table of rachis and cervical collar. The injuries that most prevailed were the head injuries, traumatism of the lower and upper limbs. The resolution with the highest percentage was the admission to general boarding school.

*Keywords:* polytraumatized, assement, epidemiological profile. Nursing.

### INTRODUCCIÓN

Este estudio muestra los registros de ingreso de pacientes politraumatizados al servicio de Guardia Central del S. Allende Nueva Córdoba. Se puede definir al paciente politraumatizado cómo todo herido con lesiones orgánicas múltiples producidas en un mismo accidente y con repercusión circulatoria y/o ventilatoria que conlleve riesgo de vida.i

Una de las varias clasificaciones de pacientes politraumatizados puede ser la siguiente:

\*LEVE: paciente cuya herida y/o lesiones no representan un riesgo importante para su salud mediata (no existe riesgo de muerte o incapacidad permanente o transitoria).

\*MODERADO: paciente que presenta lesiones y/o heridas que deben ser tratadas en el transcurso de 24 a 48hs de sufrido el accidente

\*GRAVE: paciente presenta lesiones traumáticas graves que deben ser tratadas inmediatamente con alto riesgo de muerte y/o lesiones irreversibles. (Presenta lesiones de origen traumático, que afecta a dos o más de los siguientes sistemas: nervioso, respiratorio, circulatorio, musculo esquelético, digestivo o urinario, de los cuales uno de ellos puede comprometer la vida.)ii, iii

<sup>1</sup> *Enfermeros de Guardia Central de Sanatorio Allende Nva. Cba.*

Existen diversos criterios para incluir a un paciente en la categoría de politraumatizado:

*\*Criterio fisiológico de gravedad:* -Trauma score revisado - Escala de coma de Glasgow.

*\* Criterios anatómicos de gravedad:*

- Tórax inestable - Fx abierta o deprimidos de bóveda craneal - Lesiones penetrantes de cabeza, cuello, tronco y parte proximal de los MI - Amputación traumática - Dos o más fracturas en fémur o humero - Fx con sospecha de compromiso vascular - Fx de pelvis - Parálisis o paresia de miembros - Quemaduras de más del 10% de la superficie corporal, lesiones por inhalación o inmersión prolongada, combinadas con el traumatismo.

*\*Criterios de riesgo basados en el mecanismo lesional:* - Caída de más de 3 metros de altura. - Atropello de peatón o ciclista. - Accidente de motociclista. Causas más frecuentes son:- Siniestros de tránsito.- Accidentes domésticos (niños con mayor frecuencia) - Accidentes laborales - Heridas de armas blancas o armas de fuego.iv

Debemos conocer el mecanismo lesional y si es posible los antecedentes del paciente, patologías previas, medicación habitual y última comida. Conociendo el mecanismo lesional podemos proceder en distintos tipos de lesiones en base a la dirección del impacto y la clase de accidente. Conceptualmente hay cuatro factores que influyen en la morbimortalidad de los pacientes politraumatizados:

*\* Gravedad de la lesión.*

*\* Factor del huésped. (Patología asociada)*

*\* Tiempo transcurrido entre el accidente y la atención.*

*\* Calidad de atención.*

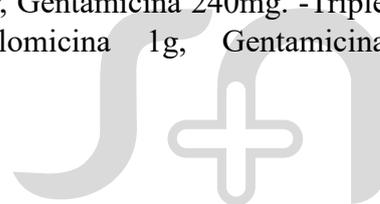
Los síntomas y signos dependen del órgano o sistema comprometidos en el trauma además de la severidad del daño. Las lesiones, signos y síntomas que se pueden presentar en estos pacientes son: hemorragias, compromiso de conciencia, dolor, fractura, pupilas (midriáticas, mióticas, anisocóricas). En el tórax: neumotórax, hemotórax, dolor, fracturas costales (simples y expuestas) bradipnea / taquipnea. En la zona abdominal: dolor, hemorragias, irritación peritoneal, signos de sangrado digestivo. En las extremidades: luxaciones, fracturas expuestas y cerradas, heridas y hemorragia.

Cuando se atiende un paciente politraumatizado se debe valorar y tratar en primer lugar las urgencias vitales, asegurar la vía aérea, realizar y mantener control respiratorio y circulatorio. Al ingreso al servicio de guardia el enfermero realiza los siguientes cuidados: \* Cambio de collar cervical y tabla de raquis, \* Administración de oxígeno según saturación, \* Monitorización electrocardiográfica y saturometría, \* Instalar vía periférica de grueso calibre en lo posible, \* Extraer muestras de sangre para análisis, \* Control de hemorragia de consideración.

La aplicación del collar cervical y tabla de raquis, es con el fin de inmovilizar las regiones cervicales y lumbosacras por precaución de posibles fracturas y hasta realizar los estudios de rutina correspondientes y de acuerdo al tipo de traumatismo (entre otros Radiografías, Resonancia magnética nuclear, Tomografía Axial Computada).

La administración de Oxígeno y el control de la permeabilidad de vía aérea es muy importante ya que dependiendo de cómo se encuentra la saturación el oxígeno, se suministrará O<sub>2</sub> por el método más adecuado (cánula nasal, máscara de Venturi o máscara de reservorio). Otro estudio complementario de laboratorio que indica el nivel de oxígeno en sangre son los resultados de gases arteriales y/o venosos.

La monitorización electrocardiográfica, significa que se debe realizar un Electrocardiograma completo al ingreso y conectar al monitor multiparamétrico, para controlar frecuencia cardíaca, trazados de ritmo y otras alteraciones.v La instalación de una Vía Periférica, se debe realizar con catéter del mayor calibre posible, para poder administrar, si fuera necesario, gran cantidad de fluidos en poco tiempo (sueros, plaquetas, sangre, medicación, etc.). Por protocolo institución las primeras vías de elección para acceso venoso periférico son: vena ante cubital y venas del antebrazo. Si no fuera posible el acceso periférico, se debe tener en cuenta el venoso central, ya sea en yugular Interna, subclavia y en último caso femoral. vi, vii Es importante resaltar los diferentes esquemas de antibióticos que pueden ser utilizados bajo prescripción médica: -Doble Esquema: Cefalomicina 1gr, Gentamicina 240mg. -Triple Esquema: Cefalomicina 1g, Gentamicina



240mg y Penicilina 2400000 unidades, por vía endovenosa.viii

Según la aplicación del protocolo de la institución, los analgésicos más utilizados están basados en la aplicación del modelo conocido como “ La Escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS)” basado en la clasificación según valoración numérica del dolor manifestada por paciente con del 1 al 10, siendo 1 el dolor más leve y 10 el más intenso.ix Por lo consiguiente el esquema analgésico aplicado será el basado en la Escalera de acuerdo a la severidad de dolor manifestada por el paciente. La analgesia recomendada será 1º Escalón (dolor leve): No opioides +/- coadyuvantes  
2º Escalón (dolor moderado): Opioides débiles +/- No opioides +/- coadyuvantes  
3º Escalón (dolor severo): Opioides fuertes +/- No opioides +/- coadyuvantes  
Esquema N°1: Recomendación de Analgesia según severidad del dolor.x

Las muestras de sangre para analítica en el laboratorio son para control del medio interno del paciente en general.

El control de hemorragia que se debe tener en todo momento se debe a que, la hemorragia es la principal complicación que puede llevar a la muerte, después de un itraumatismo importante. Los puntos a valorar para realizar dicho control, entre otros son: valorar el nivel de conciencia (utilizar escala de Glasgow), observar la coloración de la piel, controlar y valorar la frecuencia cardíaca y presión arterial, verificar en todo momento la aparición de hemorragia visible.

Es muy necesario realizar una exploración física completa, sin descuidar la temperatura y exposición corporal al medio ambiente, ya que por lo general, estos pacientes sufren de hipotermia. Si es necesario desvestir al paciente recuerde cuidar y proteger el pudor y la intimidad del mismo.

La valoración secundaria consiste en la valoración y el análisis de posibles lesiones en forma céfalo caudal, desde la cabeza a los pies, mediante la vista, el oído y el tacto, incluyendo la valoración de signos vitales. Se inicia una vez que se haya realizado la valoración primaria y resuelto los principales problemas vitales. En

ésta fase es cuando se valora la necesidad de colocar sonda naso gástrica, catéter urinario, etc.xi,xii

El presente trabajo de investigación fue realizado en el Sanatorio Allende de Nueva Córdoba, por enfermeros profesionales del servicio de guardia central, dicho servicio cuenta con atención médica las 24hs del día, los 365 días del año. Con guardias activas de las principales especialidades médicas tales como Ginecología, Pediatría, Oftalmología, Cirugía General, Cardiología y Traumatología. Cuenta también con los servicios de Laboratorio y Diagnóstico por imagen. Está equipado con 11 boxes de los cuales 7 cuentan con panel de oxígeno y aspiración central y uno destinado a Shock Room con monitor multiparamétrico, ECG, equipo de ARM, desfibrilador, tensiómetro y aire comprimido. El cuidado de enfermería está a cargo de enfermeros profesionales en su totalidad en grupos de dos o tres por cada turno. El objetivo fue caracterizar el perfil epidemiológico de paciente politraumatizados que fueron ingresados por el servicio de guardia central del Sanatorio Allende.

## **MATERIAL Y METODO**

### *Tipo de estudio*

El trabajo de investigación fue descriptivo, de corte transversal, retrospectivo.

### *Población*

Estuvo constituida por todos los pacientes politraumatizados que fueron atendidos en la guardia central en el periodo de Abril a Octubre del corriente año (2018)

### *Criterios de inclusion*

Todo paciente mayor de 18 años que tenga 2 o más órganos o sistemas comprometidos que ingresen al Servicio de Guardia Central del Sanatorio Allende, Nueva Córdoba en el periodo Mayo/Agosto año 2018.

### *Criterio de exclusión*

Paciente menor de 18 años que ingresa a la guardia central del Sanatorio Allende

### *Instrumento*

Fue una tabla de volcado de datos que considero las siguientes dimensiones: Tipo de politrauma (leve, moderado, grave)-Tipo de cobertura (obra social, ART, particular)-Sexo (femenino o masculino)-Etiología: automovilístico, caída,

agresión física, aplastamiento, lesión laboral.

### Técnica

Recolección de datos a través de fichas que nos permitan clasificar y evaluar las condiciones en la que estos se encuentran y así poder llevar a cabo la inclusión en el trabajo epidemiológico a realizar.

Fuentes: secundaria

## RESULTADOS

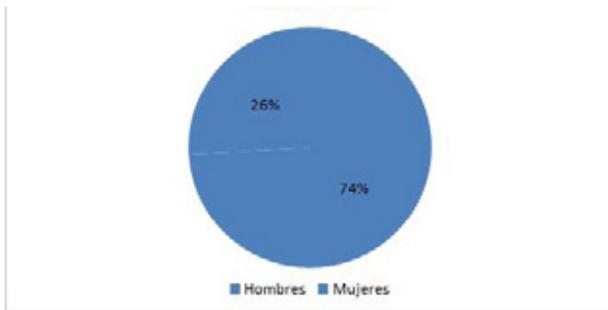


Figura N° 1: Distribución de la población estudiada según sexo.

Se puede inferir según datos obtenidos que en un 74% la población es masculina y el resto femenina en los pacientes atendidos en Guardia Central por politraumatismo.



Figura N° 2: Distribución de la población estudiada según edad

El porcentaje de 44.44 % de adultos joven coincide con el porcentaje de la población de adulto mayor atendida. Siendo la población de adultos mayores la de menor porcentaje con un 11.11%.

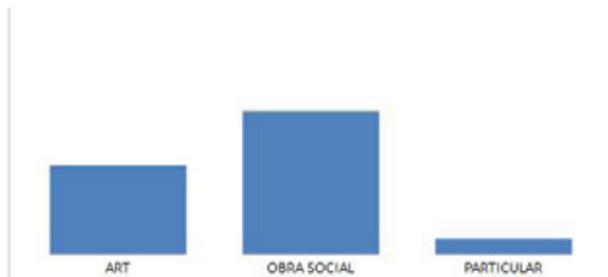


Figura N°3: Distribución de la población estudiada según cobertura médica.

Por las características institucionales de cobertura, solo se atienden pacientes derivados o que llegan trasladados por el servicio de emergencia, de los estudiados, el 94 % de los pacientes tenían obra social o cobertura por ART (Asegura de Riesgo de Trabajo).

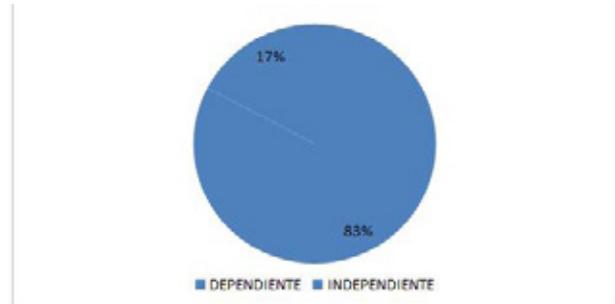


Figura N°4: Distribución de la población estudiada según tipo de ocupación.

Según la población estudiada el mayor porcentaje 83% trabaja en forma dependiente siendo solo el 17 % independiente.

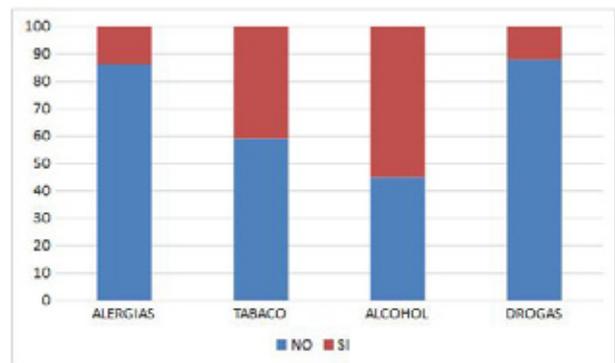


Figura N° 5: Distribución de la población estudiada según alergias y tipo de sustancias tóxicas de consumo.

Los resultados demuestran que mayor consumo de sustancias tóxicas corresponde a la ingesta de alcohol en un 55%, siendo también significativo los fumadores 41% y el 11% se reconocen consumidores de drogas. Por su parte el 12 % de los pacientes expresa algún tipo de alergia conocida.

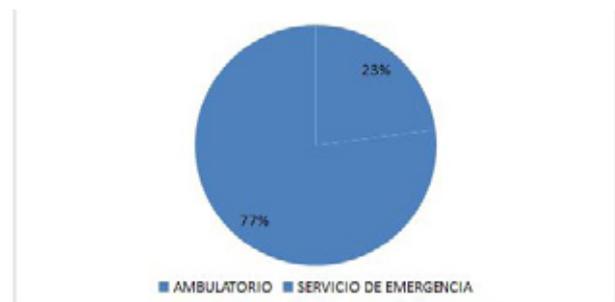


Figura N° 6: Modalidad de ingreso a la guardia de la población estudiada.



En cuanto a la modalidad de ingreso al servicio de guardia el mayor porcentaje corresponde al 77% que es el derivado a la institución por servicio de emergencia y un 23% ambulatorio, ingresa por sus propios medios.

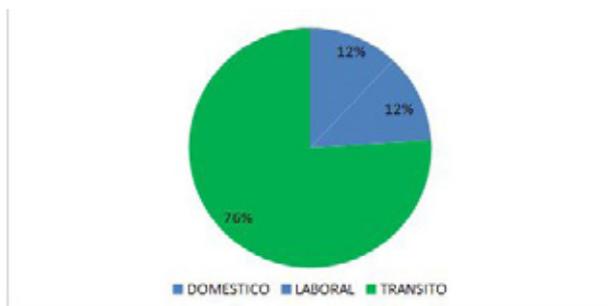


Figura N° 7: Distribución de la población estudiada según tipo de accidente ocurrido.

En cuanto a la incidencia de tipo de accidente ocurrido el mayor porcentaje son accidentes de tránsito con el 76%, le siguen con 12 % los domésticos y los laborales respectivamente.

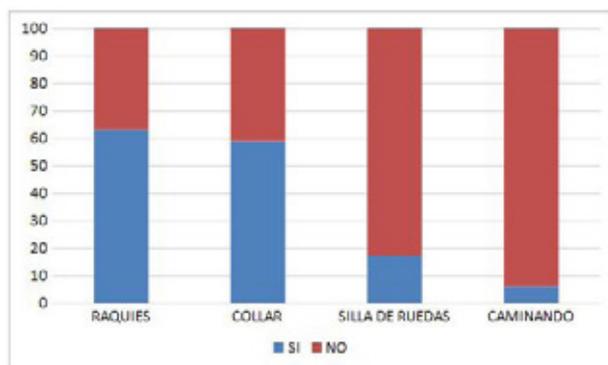


Figura N°8: Condiciones de ingreso al servicio de la guardia central de la población estudiada.

Respecto al ingreso de los pacientes el 62% tenía tabla de raquis, el 58% con collar cervical, un 18% necesitó silla de ruedas y solo un 5% por sus propios medios sin ayuda de ningún dispositivo.

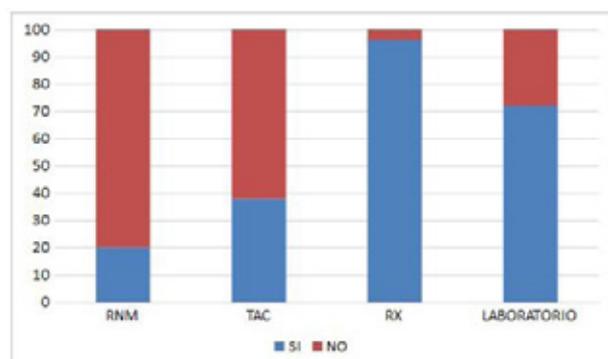


Figura N° 9: Distribución de la población estudiada según tipo de estudios solicitados al ingreso

Según los datos obtenidos se realizó la solicitud de placa Radiográfica al 98 % de los pacientes atendidos, siguiéndole en frecuencia los que recibieron análisis de laboratorio en un 72% y en menor medida la solicitud de estudios complejos como TAC (Tomografía Axial Computada) un 38% y RNM (Resonancia Nuclear Magnética) un 20%.

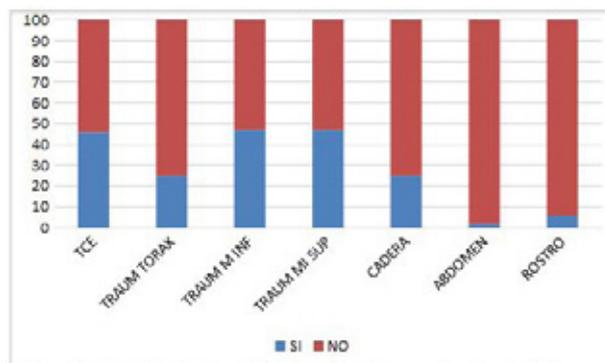


Figura N° 10: Distribución de la población estudiada según tipo de lesiones sufridas.

El tipo de lesiones con mayor predominio fueron Traumatismo Cráneo Encefálico, Traumatismo de miembro inferior y miembros superiores siendo los porcentajes de cada uno 46%. Las fracturas de cadera y trauma de tórax representaron un 25 % para cada lesión. Las lesiones con menor frecuencia de presentación son las de abdomen 2 % y rostro 5%.

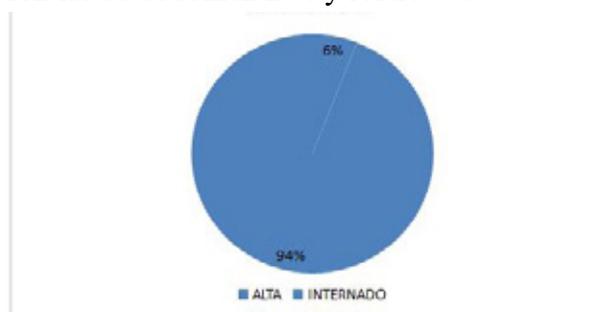


Figura N° 11: Distribución de la población estudiada según Resolución final.

Un porcentaje de 94 % de los pacientes son asistidos y luego es necesario su internación, en tanto que el 6% es dado de alta a su domicilio.

## CONCLUSIONES

De todos los pacientes ingresados al estudio durante el periodo Mayo/Agosto del año 2018, se puede concluir que:

El predominio de pacientes fue de sexo masculino.

En porcentajes similar los pacientes comprendidos entre la edad adulto joven y adulto maduro.

La mayoría tiene ocupación en relación de dependencia y cobertura por obra social.

De las sustancias tóxicas consumidas por la población estudiada, el tabaco y el alcohol fueron las mas representativas.

En cuanto a la modalidad de ingreso, la mayoría lo hizo a través del servicio de emergencia con tabla de raquis y collar cervical.

Las lesiones que mas predominaron fueron los traumatismos de cráneo, traumatismo de miembros inferiores y superiores. La resolución de mas alto porcentaje fue la de ingreso a internado general.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Porras Serna, Raul. Manejo pre hospitalario del paciente politraumatizado. Universidad Ricardo Palma Monografía. - Facultad De Medicina Humana.Lima – Perú. 2001.
2. Greenberg MS, ed. Handbook of neurosurgery. 4ª edición. Greenberg grafics, Lakeland, FL, USA, 1996.
3. Youmans JR, Neurological Surgery. 4ª ed. Saunders Co. Philadelphia, Pennsylvania.ed. 1996.
4. Montmany Vioque S, Navarro Soto S, Rebasa Cladera P, Luna Aufroy A, Gómez Díaz C, Llaquet Bayo H. Aplicación de la revisión terciaria en el manejo inicial del paciente politraumatizado. Emergencias 2013. abril.
5. Martínez Oviedo A, Borrueal Aguilar M J. Atención al paciente politraumatizado. Servicio de urgencias. Hospital Obispo Polanco Teruel. Disponible en : <https://www.uco.es/servicios/dgppa/images/prevencion/glosariopr1/fichas/pdf/20.ATENCIONALPOLITRAUMATIZADO.pdf>.
6. American College of surgeons Soporte Vital Avanzado en Trauma (ATLS) para médicos. Manual del Curso para estudiantes.. Octava Edicion 2008.
7. American College of surgeons Soporte Vital Avanzado en Trauma (ATLS) para médicos. Manual del Curso para estudiantes. Novena Edición 2012.
8. Manual de procedimientos Servicio de Guardia .Sanatorio Allende.” Protocolo de administración de ATB en el servicio de Guardia Actualizado 2016.
9. Evaluación de la escalera analgésica de la

OMS en su 20º aniversario.Publicado por el Centro Colaborador de la OMS para legislación y comunicación sobre el cuidado del cáncer Madison, Wisconsin, EE.UU. Vol. 19, Núm. 1 -- 2006.

10. Sanatorio Allende. Protocolo de administración de analgesia según severidad de dolor. Año 2016. Actualizado 2017.

11. Porras Serna, Raul E. Manejo pre hospitalario del paciente politraumatizado 2001. Universidad Ricardo Palma Monografía. - Facultad De Medicina Humana.Lima – Perú.2001.

12. Sahuquillo J. Protocolos de actuación clínica en el traumatismo craneoencefálico (TCE) leve. Comentario a la publicación de las guías de la Sociedad Italiana de Neurocirugía. Neurocirugía.;17:5-8. 2006

