

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

11209
42

EVALUACIÓN DEL MANEJO INICIAL DEL
PACIENTE POLITRAUMATIZADO
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL
HOSPITAL REGIONAL 1 DE OCTUBRE
I.S.S.T.E.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALIDAD EN CIRÚGIA GENERAL

P R E S E N T A :
DR. JORGE GREGORIO GOMEZ MARIACA

ASESOR:
DR. ANTONIO LICONA

2003

L



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

[Handwritten signature]

DR. ANTONIO LICONA ORTÍZ
ASESOR DE TESIS

UNAM a través de la
CONTABILIDAD
NOMBRE: Gomez Mariaca,
Luige Gregorio
FECHA: 25 Octubre 2003

[Handwritten signature]

DR ALEJANDRO TORT MARTÍNEZ
PROF. TITULAR DEL CURSO CIRUGÍA

[Handwritten signature]

DR HORACIO OLVERA HERNÁNDEZ
COORD. ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN



SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS
FACULTAD DE MEDICINA

TESIS COMPLETA
FALLA DE CALIFICACIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
23 1989 ★
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN

2 2003

coma of Glasgow was in 81% with qualification of light. Neurological deficit was qualified with alert in 71% of the cases, the pupilar answer was in isocoria in 52 of the cases. The time of stay average was of 20 minutes with 42%. The cervical control with collar was carried out in single 35%, 90% had automatism breathing 10% they didn't have it 255 neumotórax it was detected and he/she was carried out to the same percentage application you sound out pleurostomía. In any patient one carries out procedure invasivo diagnosis or therapeutic. The portable x-rays took those of thorax with 31%, cervical with 26%, pelvis with 27%, and others in 16% .Se derived to urgencies adults 52%, to quirófano 44% and UCI 4%.

DISCUSSION:

The revenues in one year for patient politraumatizados in the lapse of one year are baja(55) considering that it is not a hospital of third level specialized in trauma. Of the 55 captured patients most enters without documentos(33), sex masculine chord prevails to all this it agrees with world statistic, the entrance form is casual since there was not communication previous, bigger incidence during the weekends (Saturday) during the shift of the night with 49%, of the 55 patients they studied with some crash degree, being the degree I that of more frecuencia(60%), the vital signs were in most stable (64%), for the resuscitation with fluids placement of a was used via outlying (65%), and two in 35% (they include catheters and subclavios), the instilled liquids were cristaloides with infusion average of 1000 milliliters, this drives us to that there is not an appropriate sequence as for a resuscitation with fluids to a patient politraumatizado. As for the agent producing of lesion we find that the produced ones for projectile for firearm are of the biggest frequency in our study, comparing with the world literature doesn't agree since there are reports that the accidents for self-driven vehicles are the main cause. The application of SNG and of alone Foley he/she was carried out in 21 being that all patient politraumatizado once made the initial valuation should be carried out. The scale of coma of Glasgow, that of the neurological deficit and the pupilar one agree. The methods invasivos were not carried out for not having material adapted likewise of having a physical space. The time average of attention was of 20 minutes, that which is acceptable provided it has been appropriately managed. The portable x-ray realization is faulty since it was not uniform the taking in its basic badges. The trauma index and the support received on the part of the laboratory in their basic studies in urgencies was not evaluated it was faulty.

CONCLUSIONS:



For mentioned the above-mentioned we consider that the initial attention to the patient politraumatizado that enters to the service of urgencies of the Regional Hospital 1°. Of October ISSSTE, is very faulty, for what we suggest to qualify the medical personnel and paramedic attributed to the service of urgencies in courses like the A.T.L.S., and to implement a calendar of training activities and taking of courses, as well as the formation of instructors in A.T.L.S. and A.C.L.S.

**THESIS: EVALUATION OF THE PATIENT'S INITIAL HANDLING WITH
POLITRAUMA IN THE SERVICE OF URGENCIAS IN THE REGIONAL
HOSPITAL 1°. DE OCTOBER I.S.S.S.T.E.**

IT PRESENTS: DR JORGE GREGORIO GÓMEZ MARIACA

SUMMARY:

OBJECTIVE OF THE STUDY:

To analyze and to value if the procedures are adapted in the initial intervention in the patient severely not injured in a hospital of third level specialized in trauma, as well as to evaluate the quality of attention exercised in the service of urgencies of the Regional Hospital 1°. Of October ISSSTE to their population claimant.

MATERIAL AND METHODS:

This study was carried out of observational, traverse, descriptive, open and prospective type; in the severely injured patient's attention or politraumatizado in the lapse of a year of September of 1998 to September of 1999. Se included all the age groups, sex, social condition, religious belief, occupation; as well as all what attention medical prehospitalaria of urgency and all the patients received with the trauma antecedent in their different producing agents that arrive to the service of urgencies during the 24 hours of the day. They took as human resources to the attributed medical personnel and residents in the service of urgencies of interdisciplinary type as well as to the personnel of infirmary of the unit in all their shifts. They were excluded of the study all those patients previously stabilized in units medical y/o crash cubicles outside of the service of urgencies of the Regional hospital 1°. October ISSSTE as well as transferred patients of other medical units for therapeutic continuity of the patient politraumatizado.

RESULTS:

55 patients were studied that entered to the service of urgencies of the Regional Hospital 1°. Of October ISSSTE during a 1 year of September of 1998 to September of 1999. They were 34 men and 21 women with age 27 year-old average, with prevalence of the masculine sex. The entrance form was demonstrated that in studied 47 of 55 they were brought by non institutional ambulance, 2 are transferred by air, 1 entered for ambulance of ISSSTE. In 54 of the cases there was not previous communication to the hospital about their state. The in agreement incidence to the day of the week prevailed especially the days of weekend on Saturday with 23% of the cases. The hour of the day was during the night shift with 49%. it was observed that 60% of the 55 patients had degree crash I: 33% degree II, 7% degree III, 0 degree IV. The application of a veined road was in 65% with application of two roads it was of 35% and in these he/she was carried out venodisección in 7% and application of catheters subclavios in 22%.

The resuscitation with fluids solutions cristaloides were applied in an average 1000 mililiters in 54%. En as much as to the producing agent it was found that the most frequent cause is the wound for projectile for firearm with 295 of the cases, continued by antecedent of automobile crash in 24%, running over 21%, wounded punzocortantes in 9%, fall of more than 1 meter high in 5%, 4% of probable ethylic intoxication, volcadura in 4%, squashing in 2%, others in 2%.

The application of SNG and it sounds out foley he/she was carried out in 21 patients. The laundry peritoneal diagnosis was carried out in 4 patients it is not specified indications of the same one. The vital signs were stable in 35 patients, the scale of



DEDICATORIA

TESIN COM
FALLA 1978

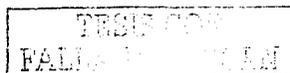
DEDICATORIA

A mi esposa: Dra Virginia Muñoz González de Gómez por su apoyo y haberle robado horas de su tiempo

A mis padres: Sr. Jorge D. Gómez González y Sra. Isabel Mariaca Ortega de Gómez por su amor permanente y su apoyo durante toda mi vida.

A todos mis maestros: cirujanos de especialidad troncal y de subespecialidad; por su conocimiento y experiencia compartida

A todos mis compañeros de residencia: que de un modo u otro he aprendido de ellos...



RECONOCIMIENTO

TESIS
FACULTAD DE CIENCIAS

RECONOCIMIENTO

Andar los pasos de un maestro es siempre una tarea difícil, no obstante, nos sentimos privilegiados cuando nos ofrecen la oportunidad de compartir el conocimiento y experiencia en la práctica diaria de la cirugía, con reconocidas autoridades y maestros en sus especialidades, del Hospital Regional "1º. De Octubre" ISSSTE.

Debo expresar mi más profundo aprecio a los maestros: Dr. Alejandro Tort Martínez, Dr. Samuel Shuchleib Chaba, Dr. Horacio G. Olvera Hernández al darme su confianza, la oportunidad de continuar y terminar mi especialidad en cirugía general...

Al Dr. Antonio Licona Ortíz que con paciencia, entusiasmo, cuidado y dedicación coordinó la realización de este trabajo...

A todos mis maestros, compañeros de especialidad y quienes en forma indirecta participaron en la culminación de mis estudios de postgrado... ¡GRACIAS!

Dr. Jorge G. Gómez Mariaca



INDICE GENERAL

TESIS COM
FALL 1977

INDICE GENERAL.

DEDICATORIA	1
RECONOCIMIENTO	3
INTRODUCCIÓN	7
OBJETIVO DEL ESTUDIO	10
MATERIAL Y MÉTODOS	12
RESULTADOS	14
DISCUSIÓN	42
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	46
BIBLIOGRAFÍA	49



INTRODUCCIÓN

TESIS CON
VALORACION

INTRODUCCION

TRAUMA

La mortalidad y la morbimortalidad por trauma han aumentado en las últimas décadas, debido a la proliferación de los accidentes, la violencia civil y las catástrofes naturales e industriales que, día a día, nos hacen blanco más frecuente de la agresión.

Actualmente el trauma representa la primera causa de morbilidad en las primeras cuatro décadas de la vida. Abarca precisamente las etapas más productivas de la existencia del ser humano: tarde o temprano cada individuo es un potencial paciente por traumatismo. (2,3,4)

La prevención es la medida más útil en contra del trauma, pero cuando ésta falla uno debe estar perfectamente preparado para proporcionar la atención adecuada al lesionado. Más aún cuando por cada muerte producto de traumatismo, generalmente habrá dos pacientes con lesiones que les producen incapacidad permanente. (8)

Esto hace que el trauma, en la actualidad, sea la principal causa de pérdida de productividad. (1,2,8) Sin embargo, una cantidad considerable de pacientes traumatizados puede rehabilitarse si recibe una atención médica eficaz, adecuada y, por sobre todas las cosas, oportuna. (8)

El objetivo fundamental es educar al médico joven o en formación, para brindarle las herramientas necesarias en la batalla cotidiana en la atención de pacientes lesionados. (1,4,5)

La calidad y oportunidad de la atención inicial del politraumatizado tendrán relación con el desenlace para el paciente. Por esto, se requieren médicos mejor entrenados para el manejo de éste, cada vez más frecuente, problema de salud. (3,8)

Los grandes avances en la atención de los pacientes traumatizados se dieron durante las guerras. Actualmente el trauma urbano es un problema tan cotidiano, que los nuevos campos de investigación son ahora cualquier institución con el interés por estar al día en avances en transportación, estabilización, métodos de diagnóstico y manejo del problema de salud número uno del mundo. (1,2,3,5,8)

Todo hace suponer que en el futuro próximo, con los avances científicos que se dan día a día, se disminuya la patología en las áreas médicas que actualmente predominan en tratamiento quirúrgico como son las neoplasias, las infecciones, las enfermedades degenerativas, etcétera. Al mismo tiempo, con la industrialización, el aumento de los vehículos y su velocidad, la violencia, las guerras, etcétera, la cirugía del futuro seguramente será la relacionada con el trauma en todas sus especialidades. De ahí que la labor de todas las instituciones que se preocupan por la atención del paciente traumatizado deben hacer su mayor esfuerzo para lograr estos objetivos. (8)

La lesión puede definirse como el daño producido en el cuerpo por un intercambio de energía con el ambiente, que va más allá de su resistencia. El conocimiento del mecanismo de lesión puede ayudar al cirujano a diagnosticar rápidamente las lesiones habituales.

Hay determinados factores que modifican los mecanismos de lesión. Los pacientes ancianos tienen mayor mortalidad, ésta es cinco veces mayor en personas mayores de 70 años que en las menores de esa edad con el mismo índice de severidad de lesión. La constitución anatómica también es un factor importante, los hombres tienen un esqueleto más resistente y una masa muscular más desarrollada que las mujeres, lo cual les proporciona mayor protección ante una misma fuerza lesiva. (2,8)



Existen huesos con mayor resistencia que el resto del esqueleto: la primera y segunda costillas, el esternón, la escápula y el fémur. La fractura de alguno de estos huesos demuestra que una fuerza importante fue aplicada al organismo y normalmente es indicadora de un trauma severo.

Es muy frecuente el antecedente de ingestión de alcohol en los pacientes traumatizados. Hay informes que demuestran que el alcoholismo agudo modifica la respuesta individual y la recuperación de un traumatismo. Normalmente el paciente alcohólico presenta hipotensión importante aun con lesiones menores, (1.2.3.8) así como hipotermia, la cual se puede agravar durante la resucitación con soluciones a temperatura ambiente. El alcoholismo tiene un efecto adverso en los mecanismos de defensa contra las infecciones. (8)

Los mecanismos de lesión son: trauma cerrado y penetrante.

A) Trauma cerrado; es el mecanismo de lesión más frecuente en accidentes automovilísticos, caídas, riñas y actividades deportivas.

B) Los accidentes vehiculares son una de las causas más comunes de lesiones severas, las cuales dependen de los factores siguientes como son:

A) Tamaño del vehículo

B) Posición de la víctima en el vehículo

C) Tipo de accidente

D) El uso y tipo de cinturones de seguridad.

C) Trauma penetrante: las lesiones penetrantes por arma de fuego se presentan cada día con mayor frecuencia, debido a la facilidad para conseguir este tipo de armas. El poder lesivo de un arma está directamente relacionado con la energía cinética del proyectil en el momento del impacto, la cual depende de la masa del proyectil, su velocidad y su aceleración gravitacional.

Las lesiones por instrumentos punzocortantes son muy frecuentes en nuestro medio. (8)



OBJETIVO DEL ESTUDIO

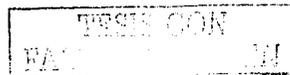
TESIS CON
FALLA DE MATERIA

OBJETIVO DEL ESTUDIO

Analizar y valorar si son adecuados los procedimientos en la intervención inicial en el paciente severamente lesionado en un hospital de tercer nivel no especializado en trauma; dado que pudiera tener variables considerables con relación a la atención prestada en hospitales especializados en trauma; sobre todo si la atención prestada sea proporcionada por personal debidamente entrenado aplicando protocolos bien establecidos en un medio intrahospitalario adecuado. También servirá para evaluar la calidad de atención ejercida en el servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel no especializado en trauma (Hospital Regional "1º. Octubre" ISSSTE) a su población derechohabiente. Dado que es imperativo que el paciente lesionado debe ser vigilado tempranamente desde el punto de vista hemodinámico y de transporte de oxígeno.

TESIS CON
FALSA

MATERIAL Y MÉTODOS

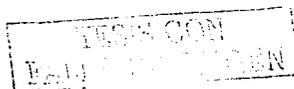


MATERIAL Y MÉTODOS:

La realización de dicho estudio fue de tipo observacional, transversal, descriptiva, abierto y prospectivo; en la atención del paciente severamente lesionado ó politraumatizado en el lapso de un año que comprende desde el 1°. De septiembre de 1998 al día 1°. De septiembre de 1999.

Se aplicó método matemático para el análisis de los datos obtenidos de una cédula de recolección de datos. Cuyo grupo de estudio fueron todos los pacientes politraumatizados que ingresen al servicio de urgencias del Hospital Regional "1. De Octubre" del ISSSTE precedentes directamente del lugar de los hechos, se incluyen todos los grupos de edad, sexo, creencia religiosa, condición social, ocupación; así como los que recibieron atención médica prehospitolaria de urgencia y todos los pacientes con el antecedente de trauma en sus diferentes agentes productores que lleguen al servicio de urgencias durante las 24 horas del día.

Se tomaron como recursos humanos al personal médico adscrito y residentes en el servicio de urgencias de tipo interdisciplinario (cirugía, medicina interna, traumatología y ortopedia, neurocirugía, cirugía maxilofacial, oftalmología, radiología, anestesiología) así como al personal de enfermería de la unidad en todos sus turnos. Todo esto con el apoyo del equipo biomédico con el que se cuenta para el desarrollo de dicho estudio.



Se excluyeron del estudio todos aquellos pacientes previamente estabilizados en unidades médicas y / o cubículos de choque fuera del servicio de urgencias del Hospital Regional " 1°. De Octubre" del ISSSTE. Así mismo aquellos pacientes trasladados de otras unidades médicas para continuidad terapéutica del paciente politraumatizado dentro del hospital.

RESULTADOS

INSTITUTO
VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

RESULTADOS

Se estudiaron 55 pacientes que ingresaron al servicio de urgencias del Hospital Regional " 1º. De Octubre" del ISSSTE. durante el periodo comprendido entre el día 1º. De septiembre de 1998 al día 1º. De septiembre de 1999.

Fueron 34 hombres y 21 mujeres, con edad promedio de $27 + / - 3$ años, cuyo predominio fue del sexo masculino en relación de 3:1 con respecto al sexo femenino (tabla 1, gráficos 1 y 2). A su ingreso se tuvo conocimiento de su nombre en 94.6% de los casos (53) y en 5.4% se catalogó como desconocidos (2 casos), de estos, 33 pacientes ingresaron sin documentos de afiliación y 22 tienen documentos.

La forma de ingreso se demostró que en 47 pacientes de los 55 estudiados fueron traídos por ambulancia no institucional (tanto del sector salud como de asistencia privada), 5 pacientes ingresan traídos por sus acompañantes (familiares, amigos, etc.), 2 son trasladados por vía aérea (helicóptero) y solo uno ingresó traído por ambulancia institucional (ISSSTE).

En 54 de los casos no hubo comunicación previa al hospital acerca de su estado.

La incidencia acorde al día de la semana se encontró que predominó los días de fin de semana en especial sábado con 23% (13 casos), seguido del día jueves con 15% (8 casos), martes con 14% (8 casos), viernes y domingo con 13% de los casos respectivamente (7 cada uno), lunes y miércoles con 11% (6 casos). (gráfica 3)

La hora del día en que se registró mayor incidencia es durante el turno nocturno con 49% de los casos (27), mientras que en el matutino fue de 22% (12 casos) y el turno vespertino de 29% (16 casos). (gráfica 4)

Se observó que el 60% de los 55 pacientes registrados tenían grado I (26) de choque, 33% con grado II (14), 7% en grado III (3), ninguno en grado IV (gráfica 5). Así mismo la aplicación de 1 vía venosa en 36 pacientes (65%), con aplicación de dos vías en 19 pacientes (35%) (gráfica 6) de estos 19 casos, se realizó venodisección en miembros torácicos en 7% pacientes (2), se aplicaron catéteres subclavios en 22% (6 pacientes) (gráfica 7), en cuanto a la resucitación se aplicaron soluciones cristaloides en 93% de los casos (51) y coloides con o sin hemoderivados en 7% (4) (gráfica 8), la cantidad se estimó de la siguiente forma: menos de 1000 ml en 11% de los casos (7), 1000 ml en 54% (30), 1500 ml en 5% (3), 2000 ml en 15% (7) y más de 2000 ml en 15% de los pacientes (8). (gráfica 9)

En cuanto al agente productor (ver gráfica 10) se encontró que la causa más frecuente es la herida por proyectil de arma de fuego con 29% de los casos (2 casos en cuello, 4 en tórax, 11 en abdomen), seguido por antecedente de choque automovilístico en 24% (14 casos), atropellamiento con 21% de los pacientes registrados (12), heridas punzocortantes en 9% (4 en abdomen, 1 tórax), caída de más de un metro de altura en 5% (3 casos), se registran 4% de los casos por probable intoxicación etílica (2), por volcadura 4% (2 casos); por aplastamiento 2% (1), 2% por contusión por ladrillos (1). (gráficas 11,12,13)

La aplicación de sonda nasogástrica y de foley se realizó en 21 pacientes, el lavado peritoneal diagnóstico solo se realizó en 4 (no se especifica las indicaciones precisas del mismo), el inicio

de maniobras de resucitación cardiopulmonar en paro cardiorespiratorio presenciado sucedió en 1.

El registro de signos vitales se encontró estables en 35 pacientes, en forma inestable en 20; la escala de coma de Glasgow (tabla 2) fue acorde a la puntuación siguiente: a) 15 - 13: 81% (45 casos), b) 12 - 8: 15% (8), c) menos de 7: 4% (2). (gráfico 14)

El déficit neurológico se calificó en alerta (A) en 71% de los casos (39), con respuesta a estímulos verbales (V) con 22% (12), con respuesta a estímulos dolorosos (D) en 5% (3), en estado inconsciente en 2% (1). (Ver gráfico 15) La respuesta pupilar se clasificó en isocoria con 52 de los casos, anisocoria en solo 2 y miosis en 1 caso.

El tiempo de estancia en cuanto a la atención del manejo inicial del paciente politraumatizado fue ordenado de la forma siguiente: menos de 20 minutos con registro de 5% (3). 20 minutos con 42% (23), 30 minutos con 24% (13), 40 minutos con 13% (7), 50 minutos con 7% (4), 60 minutos con 5% (3), más de 60 minutos con 4%(2). (gráfico 16)

El manejo de la vía aérea se contempla la realización de aspiración de secreciones en 14 pacientes, la aplicación de cánula orofaríngea en dos pacientes, la intubación orotraqueal en 7 pacientes, aplicación de mascarilla facial en 11 casos, oxígeno suplementario con 27 pacientes (gráfico 17), el control cervical con collarín en 35% de todos los pacientes (30) (gráfica 18), 90% tuvieron automatismo respiratorio(49), 10% no lo tuvieron(6), 28% de los pacientes se detectó neumotórax (7) (2 derechos, 2 izquierdos), 1 neumotórax a tensión (izquierdo), hemotórax en dos casos (derechos), fracturas costales en 9 de los pacientes (7 derechos, 2 izquierdos), fracturas dobles en 9 pacientes (7 derechos y 2 izquierdos), la aplicación de sonda de pleurostomía se realizó en 7 pacientes (4 derechos, 3 izquierdos) (Ver gráficas19 y 20).

En ningún paciente se realizó aplicación de cánula nasofaríngea, cricotiroidotomía, extracción de cuerpos extraños, tracción mandibular, intubación nasotraqueal, así mismo no se realizaron: toracotomía de reanimación, laparoscopia diagnóstica, toracoscopia diagnóstica, aplicación de fijadores externos a pelvis y extremidades.

Una vez estabilizado el paciente se tomaron las radiografías portátiles tales como: cervicales en 26% de los casos (37), tórax en 31% (45 casos), pelvis 27% (38) y otras como cráneo y extremidades en 16% (23). (gráfico 21)

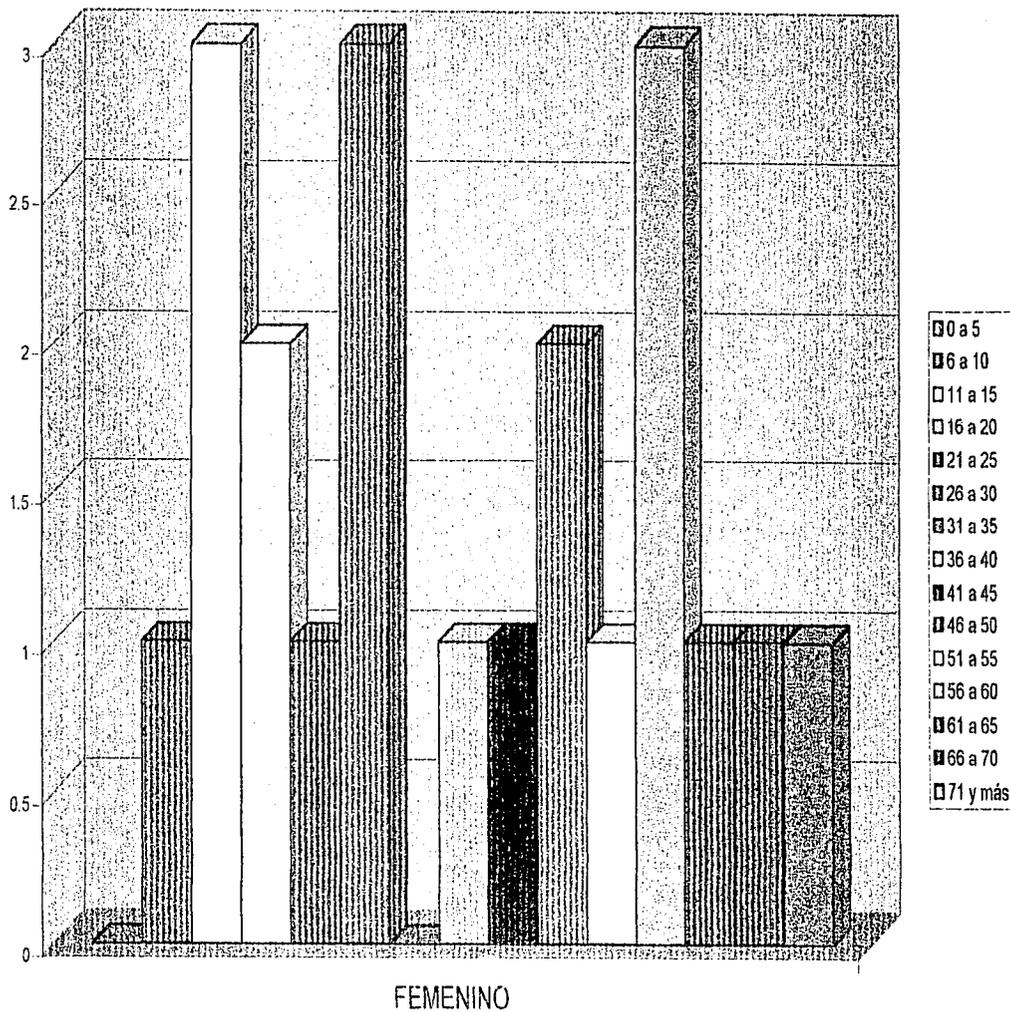
Se derivaron a urgencias adultos el 52% de los pacientes (28 casos), a quirófano el 44%(24 casos), a unidad de cuidados intensivos el 4% (2 casos). (gráfica 22)

TABLA 1: CASOS POR EDAD Y SEXO

FEMENINO	EDAD	MASCULINO
0	0 a 5	1
1	6 a 10	1
3	11 a 15	3
2	16 a 20	3
1	21 a 25	3
3	26 a 30	9
0	31 a 35	4
1	36 a 40	2
1	41 a 45	2
2	46 a 50	2
1	51 a 55	2
3	56 a 60	1
1	61 a 65	1
1	66 a 70	0
1	71 y más	2

TESIS CON
FALLA

GRÁFICO 1: CASOS POR EDAD REGISTRADOS

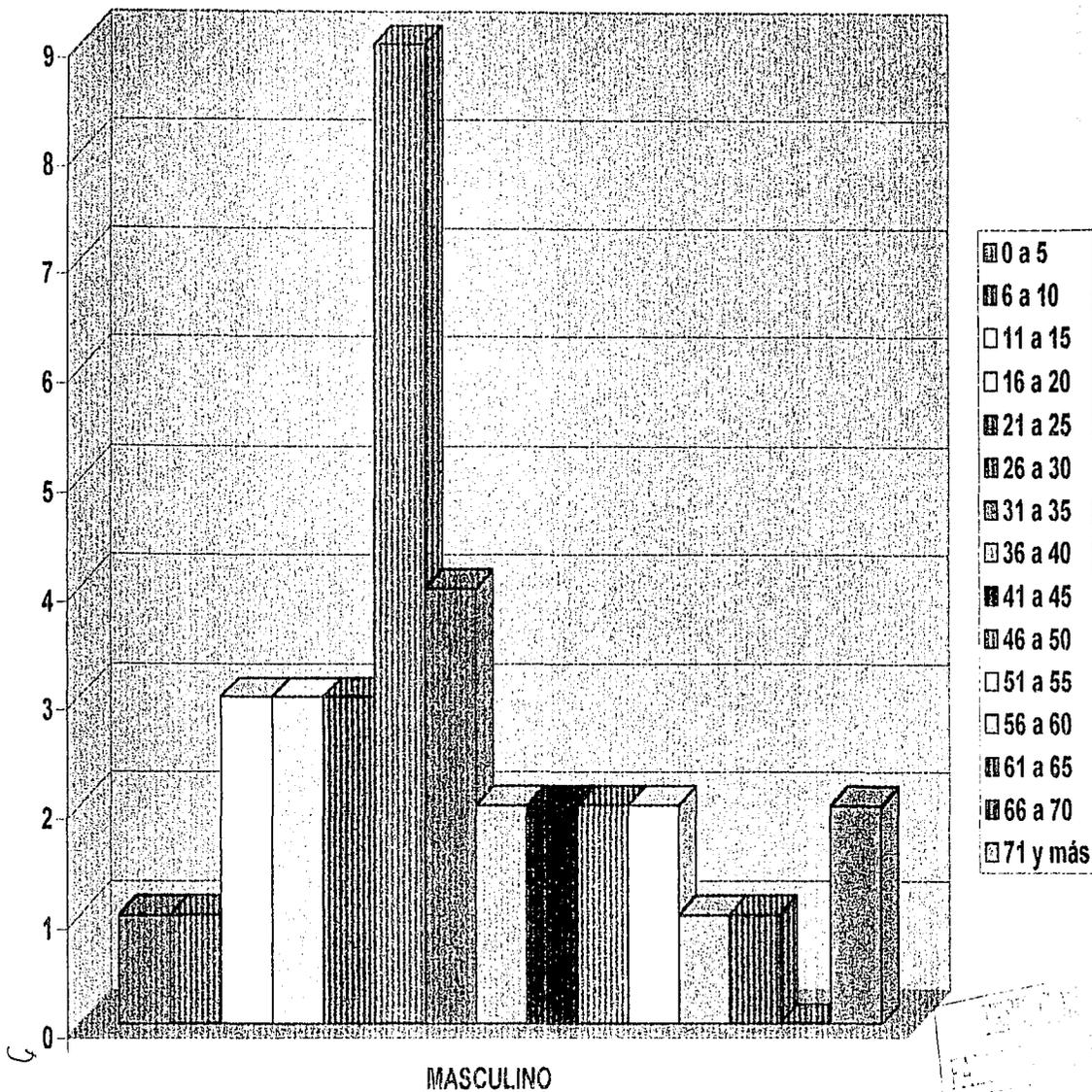


FEMENINO

IMP
1981

cc

GRÁFICO 2: CASOS REGISTRADOS POR EDAD



MASCULINO

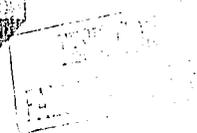
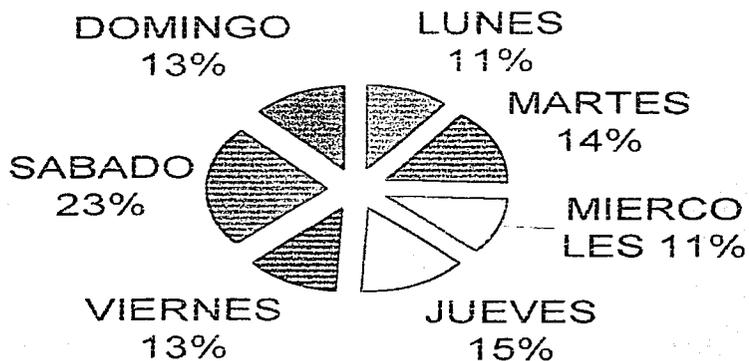
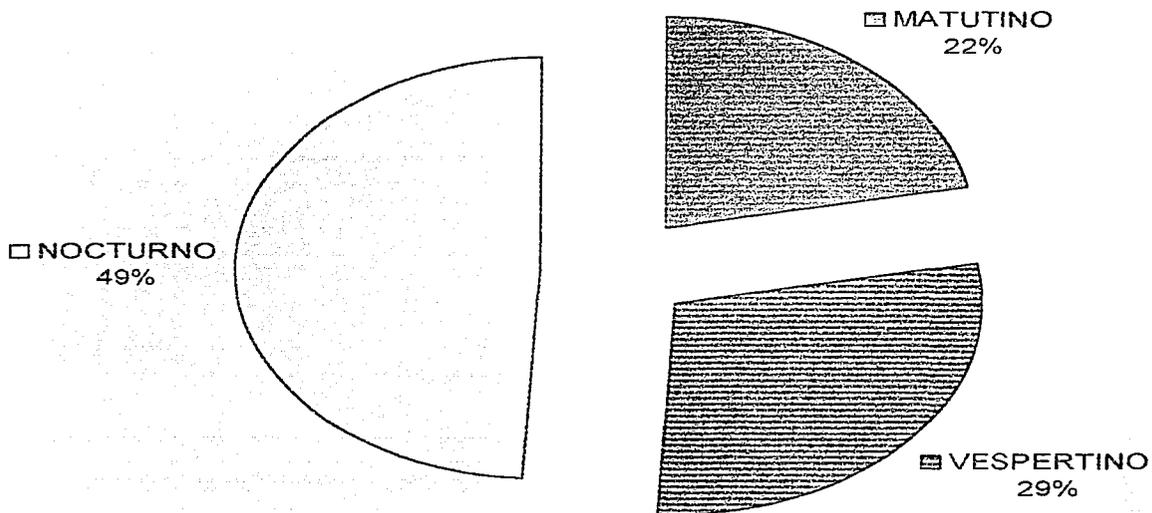


GRÁFICO 3: INCIDENCIA POR DIA (L=6,M=8,M=6,J=8,V=7,S=13,D=7)



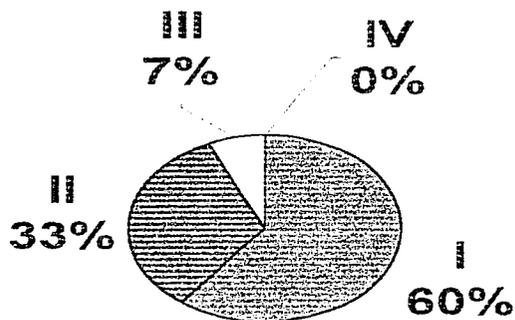
TESIS CON
FALLA DE CUBIEN

GRÁFICO 4: INCIDENCIA POR TURNOS
(M=12, V=16, N=27)



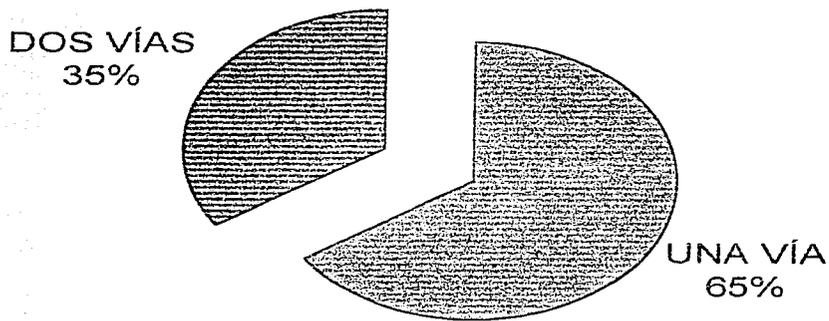
ESTE CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICO 5: CASOS CON GRADO DE CHOQUE (I=26,II=14,III=3,IV=0)

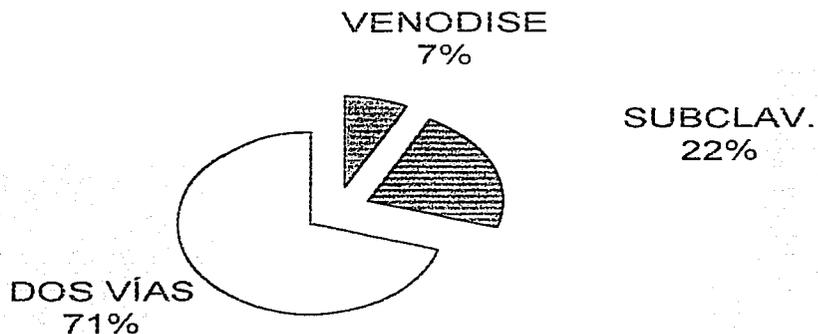


TECIS OCS
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICO 6: VÍAS INTRAVENOSAS PERIFÉRICAS (1=36,2=19)



**GRÁFICO 7: DOS VÍAS(19)
(VENODISECC=2,SUBCLAVIO=6)**



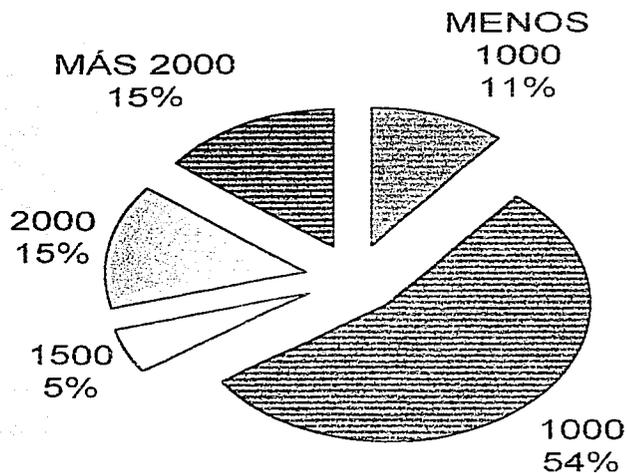
TRABAJA CON
PAZ Y JUSTICIA

**GRÁFICO 8: RESUCITACIÓN CON
TIPOS DE
SOLUCIONES(CRIST=51,OTROS=4)**



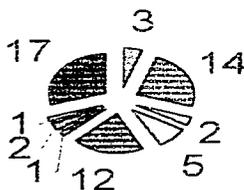
TERMINACION
FALLA EN EL PLAN

GRÁFICO 9: RESUCITACIÓN CON FLUIDOS EN ML.



TESTE CON
FALLA DE ORIGEN

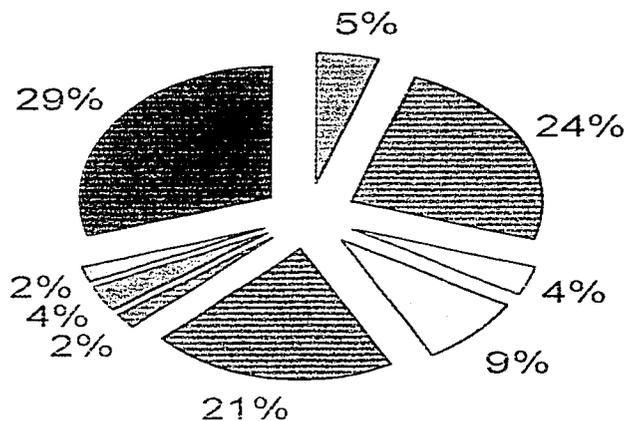
GRÁFICO 10: AGENTE PRODUCTOR LESIÓN(PUEDE HABER VARIOS EN UN PACIENTE)



- CAÍDA
- CHOQUE
- VOLCADURA
- HxPUNZOCORT
- ATROPELLADO
- OTROS
- PROB.INTOX,ALCOHOL
- APLASTAMIENTO
- HxARMA FUEGO

TESIS CON
REG. PROFESIONAL

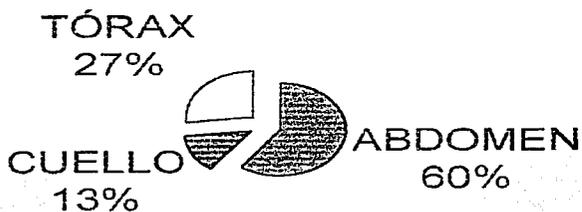
GRÁFICO 11: AGENTE PRODUCTOR LESIÓN(PUEDE HABER VARIOS EN UN PACIENTE)



- CAÍDA
- CHOQUE
- VOLCADURA
- Hx PUNZOCORT ANTE
- ATROPELLADO
- OTROS
- INTOX. ALCOHOL
- APLASTAMIENTO
- Hx ARMA FUEGO

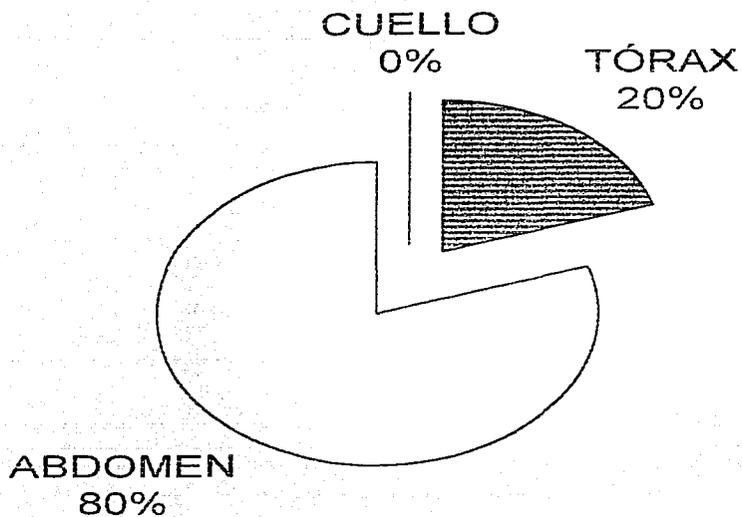
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
 IIVIG-CIENSA

GRÁFICO 12: HERIDAS PROJ. ARMA FUEGO(C=2,T=4,A=9)



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICO 13: HERIDA POR INSTR. PUNZOCORTANTE(C=0,T=1,A=4)



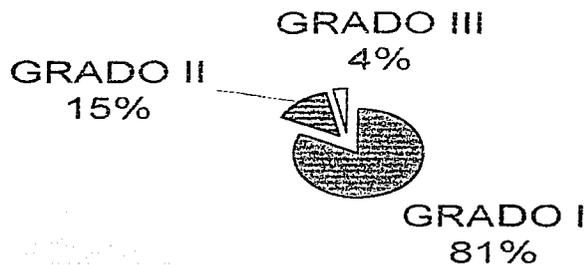
TESIS CON
FALLA DE CINCEN

TABLA 2: ESCALA DE COMA DE GLASGOW

APERTURA OCULAR	
ESPONTÁNEA	4
A LA VOZ	3
AL DOLOR	3
SIN RESPUESTA	1
RESPUESTA VERBAL	
ORIENTADO	5
CONFUSO	4
PALABRAS INAPROPIADAS	3
SONIDOS INCOMPRESIBLES	2
SIN RESPUESTA	1
RESPUESTA MOTORA	
OBEDECE ÓRDENES	6
LOCALIZA DOLOR	5
RETIRA (FLEXIÓN)	4
FLEXIÓN ANORMAL	3
EXTENSIÓN	2
NULA	1

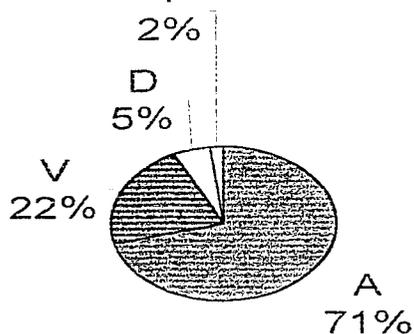
TESIS CON
FACULTAD DE MEDICINA

**GRÁFICO 14: GRADOS COMA
GLASGOW(I:45,II=8,III=2)**



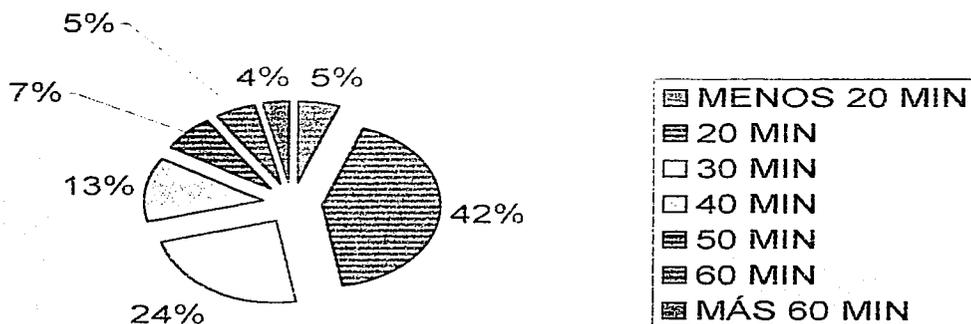
TESIS CON
FALLA EN LA CALIFICACION

**GRÁFICO 15: DEFICIT
NEUROLÓGICO (A=39, V=12, D=3, I=1)**



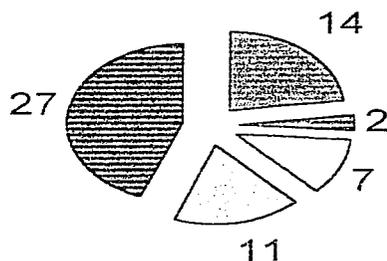
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**GRÁFICO 16: TIEMPO DE ESTANCIA
EN URGENCIAS PACIENTES
POLITRAUMATIZADOS**



TECNOLOGIA
FACULTAD DE ENFERMERIA

GRÁFICO 17: MANEJO VÍA AÉREA



- ASPIRACIÓN
- CÁNULA OROFARIN.
- INTUB. OROTRAQUEAL
- MASC. FACIAL
- OXÍGENO SUPLEM.

TESIS CON
FALLA DE CALIFICACION

**GRÁFICO 18: FIJACIÓN
CERVICAL(TOTAL
CASOS=55,COLLARÍN CERVICAL=30)**

**COLLARÍN
CERVICAL
35%**



**TOTAL
CASOS
65%**

TESIS CON
FALLA EN ORIGEN

**GRÁFICO 19: RELACIÓN Fx.
COSTALES-
NEUMOTÓRAX(Fx:18,NEUMOT:7)**

NEUMOTÓ
RAX
28%



Fx
COSTAL
72%

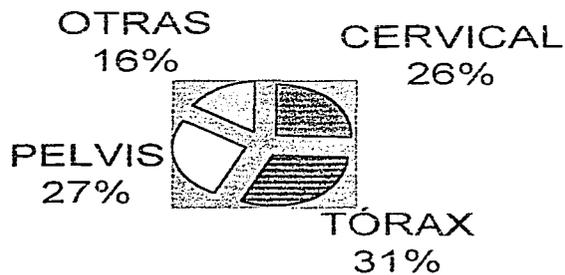
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**GRÁFICO 20: RELACIÓN
NEUMOTÓRAX / S.
PLEURAL (N=7, S.P=7)**



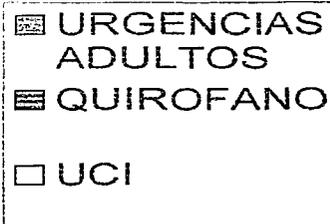
TESIS CON
FALLA DE ENGEN

GRÁFICO 21: RADIOGRAFÍA PORTÁTIL (C:37,T:45,P:38,OTRAS:23)



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**GRÁFICA 22: DERIVACIÓN DE
PACIENTES(55)(URGENCIAS
ADULTOS=28,QUIRÓFANO=24,UCI=2)**



TESIS CON
FALLA EN COPIEN

DISCUSIÓN

TEMA COM
FALLA DE CIRCULO

DISCUSIÓN

En el presente trabajo con los informes obtenidos mediante la hoja de recolección de datos durante el periodo de septiembre de 1998 a septiembre de 1999, consideramos lo siguiente:

A) En el lapso de un año solo se captaron de ingreso al servicio de urgencias 55 pacientes con carácter de ser politraumatizados, cifra que es baja considerando la infraestructura hospitalaria de tercer nivel, así mismo tomar en cuenta que no es un hospital de trauma y en consecuencia los servicios prehospitalarios de urgencia no consideran a este hospital dentro del triage derivativo de urgencia inicial. (3,8,10)

B) De los 55 pacientes captados durante el estudio la mayoría ingresa sin documentos de filiación institucional (33 sin documentos versus 22 con documentación), La mayor parte se sabe nombre del paciente en un 94.6% contra el 5.4% como desconocidos concuerda con las estadísticas internacionales. (2,5)

Predominando el sexo masculino con relación con la mujer 3:1, y en grupo de edad productivo(26 a 30 años): acorde a estadística mundial. (5,11,12) La forma de ingreso al hospital es documentada como casual dado que no hubo comunicación previa acerca del estado de salud, el traslado del sitio de los hechos al hospital se realizó en forma terrestre mediante ambulancia no institucional.

C) Verificándose en mayor incidencia durante los fines de semana (sábado con 23%), durante el turno de la noche con 49% de los casos que concuerda con la estadística mundial reportada. (2,3,5,6)

D) De los 55 pacientes cursaban con algún grado de choque, siendo el grado I el de mayor frecuencia con 60%, grado II con 33%, grado III con 7% y grado IV con ningún caso; así mismo los signos vitales se encontraban en la mayoría de los casos estables en un 64% e inestables con un 36%; para la resucitación con fluidos se empleó la colocación de una vía intravenosa periférica en 65% de los pacientes, se realizaron así mismo la colocación de 2 vías con un 35% que incluyen catéteres subclavios y la realización de venodisecciones: la mayor parte de los líquidos instilados fueron cristaloides con infusión promedio de 1000 ml que constituye un 54% de los casos: esto nos conduce a que no hay una secuencia adecuada en cuanto a una resucitación con fluidos a un paciente politraumatizado ya que en 64% se encontraban estables al momento de la valoración inicial, dado que hay protocolos de resucitación con fluidos bien establecidos por parte de los diferentes órganos de salud tanto nacional como internacional; mencionando que la reposición de líquidos puede reemplazarse con cristaloides debido a que esta solución repleta el espacio extracelular total, así mismo el gasto cardíaco aumentado y la elevada extracción de oxígeno proporciona oxigenación tisular adecuada, en términos generales se debería agregar sangre a la reposición de líquidos cuando la infusión de cristaloides sea mayor de 50 ml/kg. (4,5,7,9)

E) En cuanto al agente productor de lesión encontramos que los producidos por proyectil de arma de fuego son las de más frecuencia en nuestro estudio con un 29%, comparando con la literatura mundial no concuerda dado que el accidente relacionado con vehículos de motor ocupa el lugar # 1 (5,15), el 2°. Lugar son las heridas por proyectil por arma de fuego y pese a la controversia existente se sabe que los suicidios y accidentes relacionados con heridas por proyectil de arma de fuego fueron en USA causa de 10,000 muertes al año. (5,9,14)

Ahora, las cifras antes mencionadas por nuestro estudio y la literatura internacional se correlacionan en un 29% contra un 45% respectivamente, sobre todo si la comparamos con sociedades industrializadas en donde se controla la posesión de armas. (5,7)



En 2º. lugar el accidente automovilístico tipo choque en 24% y atropellamiento por vehículo motor en 21%, y si las unimos nos dará un 45%, comparado así con la casuística mundial concondará y pasaría a ser la causa número uno de morbi-mortalidad por trauma. (2,5,8) El resto de las causas como son las heridas por instrumentos punzocortantes (9%), caídas de más de un metro (5%) son acordes en comparación a epidemiología mundial. (5)

El punto de probable intoxicación etílica se ve muy de la mano a las causas de heridas penetrantes (en especial por proyectil de arma de fuego y puñales), lo que se ha incrementado a nivel mundial hasta un 40%. (5) Mientras que en nuestro estudio se observa en un 4% por lo que no hay concordancia con la estadística a nivel internacional. (5,7,10,11,12,13)

F) La aplicación de SNG y foley solo se realizó en 21 pacientes siendo que todo paciente politraumatizado una vez hecha la valoración inicial se debe realizar en base a protocolo del ATLS que menciona "... dedos y sondas por orificios naturales..." (1,2), el lavado peritoneal diagnóstico se realizó en 4 pacientes y que no se especifica alguna de las indicaciones como pudieran ser: TCE severo, pobre respuesta a reanimación con fluidos IV sin evidencia de sangrado y sospecha de ruptura de viscera intraabdominal por trauma cerrado. (1,2,3,6,8,9,10)

G) El inicio de maniobras de resucitación cardiopulmonar en paro cardiorespiratorio presenciado en un paciente, esto con buen éxito. (13,15)

H) La escala de coma de Glasgow fue: grado I con 81%, grado II con 15%, grado III con 4; se considera que la mayoría ingresó con TCE leve y que concuerda con la valoración del déficit neurológico con estado de alerta en 71%, a estímulos verbales con el 22%, estímulos dolorosos con 5% e inconciente en 2% así como la respuesta pupilar fue con isocoria en 94% con anisocoria con 4% y miosis con 2%, muy concordante entre sí, sin embargo esta cifra es baja puesto que comparado a nivel internacional los pacientes con lesiones cerebrales moderadas y graves, solo el 42% son dados de alta del hospital con vida. (5,10,11)

I) La aspiración de secreciones se realizó en solo 14, y la realización de intubación orotraqueal se realizó en 7, y en 27 se aplicó oxígeno suplementario mediante catéter de puntas nasales, y solo de los 55 pacientes al 35% se aplicó collarín cervical el cual se fabricó en el mismo momento de la atención al paciente politraumatizado, concordamos que el manejo de la vía aérea con fijación cervical es muy deficiente, dado que el oxígeno suplementario debe proporcionarse a través de mascarilla facial para asegurar un buen recambio gaseoso entre gases alveolares y capilares, dado que si no se realiza adecuadamente, el resultado será insuficiencia respiratoria (8), debe tenerse siempre listo un collarín cervical a modo de no perder continuidad a la atención inicial prehospitalaria y por ende evitar posible lesiones medulares y debe mantenerse así mientras no se documente radiológicamente y reforzarse en caso de traumatismos supraclaviculares. (8)

J) Los métodos invasivos como la aplicación de cánula nasofaríngea, cricotiroidotomía, extracción de cuerpos extraños, intubación nasotraqueal, toracotomía de reanimación, laparoscopia diagnóstica, toracoscopía diagnóstica, aplicación de fijadores externos a pelvis y extremidades no se realizaron por no contar con el material adecuado así mismo de disponer de un espacio físico para la realización de dichos procedimientos. (1,2,6,10,15)

K) El tiempo promedio de estancia en la atención de un paciente severamente lesionado hasta estabilizarlo y derivarlo fue de 20 minutos (42% de los casos), consideramos tiempo óptimo, siempre y cuando haya sido adecuadamente manejado. (1,2,3,6)

L) La mayoría de los pacientes se derivó a urgencias mayores (52%) y en segundo lugar a quirófano (44%), dado que todos ingresaron por trauma, se considera aceptable.



M) La realización de radiografías en el servicio de urgencias concluimos que es deficiente dado que se tomaron Rx de tórax principalmente con el 31%, seguidas de pelvis (27%), cervicales en 26%, abdomen y otras como cráneo y extremidades (16%), no siguiendo el parámetro de que solo al paciente politraumatizado las placas básicas son: las de columna cervical lateral, tórax y pelvis. Quedando reservadas en un manejo ulterior las de extremidades, cráneo y abdomen.

M) No se evaluó el índice de severidad de trauma.

N) El apoyo recibido por parte del laboratorio en sus estudios básicos en urgencias fue deficiente así mismo no se cuenta con determinación de etanol sanguíneo y de un perfil toxicológico como también es nula la realización de prueba de embarazo, para el servicio de urgencias.

TEJES CON
VALLE DE CARMEN

UNIVERSIDAD DE LA AMÉRICA LATINA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

AL...
...

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS



CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Por lo anterior expuesto en la discusión, nos permitimos hacer las siguientes sugerencias, que seguro contribuirán a mejorar la calidad de atención al manejo inicial al paciente politraumatizado y son las siguientes:

A) Número bajo de ingresos al servicio de urgencias de pacientes catalogados como politraumatizados (55), así mismo hay que tomar en cuenta que es un hospital de tercer nivel no especializado en trauma, por lo mismo no es considerado a este hospital dentro del Triage derivativo del sistema de atención prehospitalaria de urgencias del distrito federal.
Sugerencia: Mejorar las condiciones de infraestructura hospitalaria y de resolución médica.

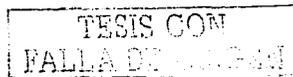
B) La mayor afluencia en cuanto a los ingresos de pacientes politraumatizados son los fines de semana especialmente durante el turno nocturno, precisamente días de guardia que se carece de apoyo tanto de personal médico entrenado (médicos adscritos y residentes) en sus diferentes especialidades, así como de equipo diagnóstico y de infraestructura hospitalaria (quirófano, sala de radiología, laboratorio banco de sangre, etc.).
Sugerencia: Presencia física de por lo menos un médico adscrito entrenado y capacitado en atención de paciente severamente lesionado, así como personal médico en sus diferentes especialidades adscritos al servicio de urgencias certificados en curso de ATLS como mínimo.

C) La atención en la valoración inicial, manejo del paciente con algún grado de choque, así como la resucitación con fluidos y las vías de administración, nos conduce a que no hay una secuencia adecuada para tal. Así como el agente productor de lesión cuyas estadísticas se han comentado en la discusión, observamos que no hay concordancia, aún comparado con hospitales no especializados en trauma. (tanto secuencia, manejo y derivación a servicios de apoyo)
Sugerencia: Una vez establecida la certificación en cuanto al manejo inicial del paciente politraumatizado, se debe implementar un protocolo propio del servicio de urgencias a modo de unificar manejos tanto a nivel médico como paramédico (enfermería).

D) No se realizaron métodos invasivos diagnósticos, así como la utilización de equipo biomédico básico, como parte del soporte vital en trauma, aunado a esto la falta de un área específica para la atención del paciente politraumatizados (cúbiculo de choque).
Sugerencia: La dotación de un área específica para ser acondicionada como cúbiculo de choque dentro del servicio de urgencias, que cuente por lo menos con un carro-camilla, aunado a esto la existencia de equipo biomédico tal como monitor cardíaco con desfibrilador, un "carro rojo" bien dotado de implementos médicos (laringoscopios con hojas adecuadas funcionales, cánulas endotraqueales, guantes y gorros desechables, cubrebocas, gasas, etc.), así como medicamentos de urgencia, dentro de esta área deberá contar con aspirador de pared, tomas de oxígeno y lámpara de chicote.
También deberá contar con la presencia física de equipos de procedimientos invasivos como es equipos de cirugía menor, equipos de pleurostomía, campos estériles, fijadores externos.

E) El apoyo del servicio de radiología con la toma de radiografía portátiles es deficiente dado que solo se toman placas a criterio del técnico radiólogo.
Sugerencia: Capacitación extendida a técnicos radiólogos, sobre la toma de radiografías portátiles en pacientes severamente lesionados.

50



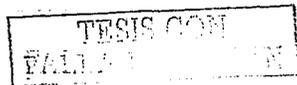
F) Es muy deficiente el apoyo de laboratorio en cuanto a estudios básicos y nulo en cuanto a la determinación de etanol sérico, perfil toxicológico básico y prueba de embarazo, de igual forma el banco de sangre.

Sugerencia: Una gran sugerencia y que es importante tanto en el laboratorio como en banco de sangre el servicio que dan a urgencias el esforzarse y sensibilizarse el apoyo que dan dado que ello depende la vida de un ser humano.

G) Por lo anterior mencionado consideramos que la atención inicial al paciente politraumatizado que ingresa al servicio de urgencias del Hospital regional "1º. De Octubre" ISSSTE, es muy deficiente.

Sugerencia: Por lo que es importante capacitar al personal médico y paramédico adscrito al servicio de urgencias en la atención del paciente con trauma. Sugiriendo al personal médico quirúrgico con el curso de A.T.L.S.(siglas en inglés de Advance Trauma Life Support); y al personal médico clínico con el A.C.L.S.(siglas en inglés de Advance cardiac Life Support) adscrito al servicio de urgencias adultos del Hospital Regional "1º. De Octubre" ISSSTE. Implementar calendario de actividades de capacitación y toma de cursos durante el transcurso del año. Así como la formación de instructores en A.T.L.S. y A.C.L.S. y solicitar ante las autoridades competentes la instalación de sede de cursos de instrucción en el hospital.

H) Por último sugiero dar continuidad al presente estudio con el fin de evaluar el nivel de calidad en la atención inicial del paciente politraumatizado.



BIBLIOGRAFIA



REFERENCIAS:

- 1) American College of Surgeons committee on trauma: initial assessment and management. Advanced Trauma Life Support program 1994:17-46
- 2) Hirshberg A., Wall M.J.; Allen M.K.; Mattox K.L.: Causes and patterns of missed injuries in trauma: Am. J. Surg. 1995 :168:299-305
- 3) American College of Surgeons : Shock -in: American College of Surgeons; Committee on trauma : Advanced Trauma Life Support program for physicians: Manual instructor 1997: 17-56
- 4) Bickel WH.; Wall MJ Jr; Pepe-Pe: Immediate versus delayed fluid resuscitation for hypotensive patients with penetrating torso injuries: N. Engl. J. Med. 1994:331:1105-09
- 5) Douglas W. Wilmore, Murray F. Brennan, Alden H. Harken, American College of Surgeons, Scientific american cirugia (atención paciente quirurgico), reanimación del paciente traumatizado: 1:3-19
- 6) Gonzalez Camarena V. Fernandez Garcia E, Grupo interdisciplinario quirurgico en la enfermeria de una plaza toros-Hosp. Del carmen Guadalajara Jalisco Mex.: libro de resúmenes del VI Congreso latinoamericano del colegio americano de cirujanos Cd. Mexico Mayo 5-8 1998:17
- 7) Chwielewski G.W., Nicholas J.M., Dulvachanovsky: Management of gunshot wounds of abdomen: Am. Surg. 1995:61:665-668.
- 8) Moreno Fernández Carlos Gabriel Manual de Trauma (Temas fundamentales de cirugía) Academia Mexicana Cirugía: Masson- Salvat Medicina: 1997: 1-4, 17
- 9) Budnick LD, Chaiken BP: The probability of de dying of injuries by the year 2000. JAMA 1985: 254: 3350
- 10) American College of Surgeons Major Trauma outcome study. The committee on Trauma; American College of Surgeons, Chicago : 1996: 6-10
- 11) Kraus JF: Epidemiology of head injury. Head injury, 2nd ed. Ed. Williams and Wilkins Co. Baltimore 1987:10-29
- 12) Baker CC; Oppenheimer L; Stephens B; et al: Epidemiology of trauma deaths. Am. J. Surg. 1980:140:144



13) Baker CC; Degutis LC; De Santis J. Et al: Impact of a trauma service on trauma cares in university hospital. Am. J. Surg. 1985: 149: 453

14) Status report. Insurance institute for High Way safety 1980: 15:

15) Cales RH; Trunkey DD.: Preventable trauma death: A review of trauma care systems development. JAMA 1985: 254: 1059

**TESIS: EVALUACIÓN DEL MANEJO INICIAL DEL PACIENTE
POLITRAUMATIZADO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN EL HOSPITAL
REGIONAL "1º. DE OCTUBRE" I.S.S.S.T.E.**

PRESENTA: DR JORGE GREGORIO GÓMEZ MARIACA

RESUMEN:

OBJETIVO DEL ESTUDIO:

Analizar y valorar si son adecuados los procedimientos en la intervención inicial en el paciente severamente lesionado en un hospital de tercer nivel no especializado en trauma, así como evaluar la calidad de atención ejercida en el servicio de urgencias del Hospital Regional "1º. De octubre" ISSSTE a su población derechohabiente.

MATERIAL Y METODOS:

Dicho estudio se realizó de tipo observacional, transversal, descriptiva, abierta y prospectiva: en la atención del paciente severamente lesionado ó politraumatizado en el lapso de un año de septiembre de 1998 a septiembre de 1999. Se incluyeron todos los grupos de edad, sexo, condición social, creencia religiosa, ocupación; así como todos lo que recibieron atención médica prehospitalaria de urgencia y todos los pacientes con el antecedente de trauma en sus diferentes agentes productores que lleguen al servicio de urgencias durante las 24 horas del día. Se tomaron como recursos humanos al personal médico adscrito y residentes en el servicio de urgencias de tipo interdisciplinario así como al personal de enfermería de la unidad en todos sus turnos. Se excluyeron del estudio todos aquellos pacientes previamente estabilizados en unidades médicas y/o cubículos de choque fuera del servicio de urgencias del hospital Regional "1º. Octubre" ISSSTE así como pacientes trasladados de otras unidades médicas para continuidad terapéutica del paciente politraumatizado.

RESULTADOS:

Se estudiaron 55 pacientes que ingresaron al servicio de urgencias del Hospital Regional "1º. De octubre" ISSSTE durante un 1 año de septiembre de 1998 a septiembre de 1999. Fueron 34 hombres y 21 mujeres con edad promedio de 27 años, con predominio del sexo masculino. La forma de ingreso se demostró que en 47 de 55 estudiados fueron traídos por ambulancia no institucional, 2 son trasladados por vía aérea, 1 ingresó por ambulancia de ISSSTE. En 54 de los casos no hubo comunicación previa al hospital acerca de su estado. La incidencia acorde al día de la semana predominó los días de fin de semana en especial el sábado con 23% de los casos. La hora del día fue durante el turno nocturno con 49%, se observó que el 60% de los 55 pacientes tenían grado I de choque: 33% grado II, 7% grado III, 0 grado IV. La aplicación de una vía venosa fue en 65% con aplicación de dos vías fue del 35% y en estos se realizó venodisección en 7% y aplicación de catéteres subclavios en 22%. La resucitación con fluidos se aplicaron soluciones cristaloides en un promedio de 1000 mililitros en 54%. En cuanto al agente productor se encontró que la causa más frecuente es la herida por proyectil por arma de fuego con 29% de los casos, seguido por antecedente de choque automovilístico en 24%, atropellamiento 21%, heridas punzocortantes en 9%, caída de más de 1 metro de altura en 5%, 4% de probable intoxicación etílica, volcadura en 4%, aplastamiento en 2%, otros en 2%. La aplicación de SNG y sonda foley se realizó en 21 pacientes. El lavado peritoneal diagnóstico se realizó en 4 pacientes no se especifica indicaciones del mismo. Los signos vitales se encontró estable en 35 pacientes, la escala de coma de Glasgow se encontró en 81% con calificación de leve. Déficit neurológico se calificó con alerta en



71% de los casos, la respuesta pupilar se encontró en isocoria en 52 de los casos. El tiempo de estancia promedio fue de 20 minutos con 42%. El control cervical con collarín se realizó en solo 35%, 90% tuvieron automatismo respiratorio 10% no lo tuvieron 255 se detectó neumotórax y se realizó al mismo porcentaje aplicación sondas pleurostomía. En ningún paciente se realizó procedimiento invasivo diagnóstico ó terapéutico. Las radiografías portátiles se tomaron las de tórax con 31%, cervicales con 26%, pelvis con 27%, y otras en 16%. Se derivaron a urgencias adultos 52%, a quirófano 44% y a UCI 4%.

DISCUSIÓN:

Los ingresos en un año por pacientes politraumatizados en el lapso de un año es baja(55) considerando que se trata de un hospital de tercer nivel no especializado en trauma. De los 55 pacientes captados la mayoría ingresa sin documentos(33), predomina sexo masculino acorde a todo esto concuerda con estadística mundial, la forma de ingreso es casual dado que no hubo comunicación previa. Mayor incidencia durante los fines de semana (sábado) durante el turno de la noche con 49%, de los 55 pacientes cursaban con algún grado de choque, siendo el grado I el de mayor frecuencia(60%). los signos vitales se encontraban en la mayoría estables (64%), para la resucitación con fluidos se empleó colocación de un vía periférica (65%), y dos en 35% (incluyen catéteres y subclavios), los líquidos instilados fueron cristaloides con infusión promedio de 1000 mililitros. esto nos conduce a que no hay una secuencia adecuada en cuanto a una resucitación con fluidos a un paciente politraumatizado. En cuanto al agente productor de lesión encontramos que los producidos por proyectil por arma de fuego son de la mayor frecuencia en nuestro estudio. comparando con la literatura mundial no concuerda dado que hay reportes que los accidentes por vehículos automotores son la causa principal. La aplicación de SNG y de Foley solo se realizó en 21 siendo que todo paciente politraumatizado una vez hecha la valoración inicial se le debe realizar. La escala de coma de Glasgow, la del déficit neurológico y la pupilar concuerdan. Los métodos invasivos no se realizaron por no contar con material adecuado así mismo de disponer de un espacio físico. El tiempo promedio de atención fue de 20 minutos, lo cual es aceptable siempre y cuando haya sido adecuadamente manejado. La realización de radiografía portátiles es deficiente dado que no fue uniforme la toma en sus placas básicas. No se evaluó el índice de trauma y el apoyo recibido por parte del laboratorio en sus estudios básicos en urgencias fue deficiente.

CONCLUSIONES:

Por lo anterior mencionado consideramos que la atención inicial al paciente politraumatizado que ingresa al servicio de urgencias del Hospital Regional "1º. De octubre" ISSSTE, es muy deficiente, por lo que sugerimos capacitar al personal médico y paramédico adscrito al servicio de urgencias en cursos como el A.T.L.S., e implementar un calendario de actividades de capacitación y toma de cursos, así como la formación de instructores en A.T.L.S. y A.C.L.S.

56

