



MEDICINA

Volumen 2. Número 2 Julio – Diciembre 2015

ISSN 1390-910X

MANEJO DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

INITIAL TREATMENT OF THE POLYTRAUMATHIZED PATIENT
IN PRIMARY HEALTH CARE

Anaya González Jorge Luis

Especialista de Primer Grado en Cirugía General. / Especialista de Primer Grado en MGI. / Máster en Urgencias Médicas/ Profesor Asistente. Hospital General Docente Enrique Cabrera.

Cruz Alonso Juan Ramón

Especialista de Segundo Grado en Cirugía General/ Máster en Urgencias Médicas y Educación Médica Superior/ Profesor Auxiliar. Hospital General Docente Enrique Cabrera.

Anaya González Hiraldo

Ingeniero Industrial/ Profesor Instructor. Universidad de las Ciencias Informáticas.

García Rodríguez Yahiris

Especialista de Primer Grado en Neonatología. / Especialista de Primer Grado en MGI./ Máster en Urgencias Médicas. Hospital General Docente “Enrique Cabrera”.

Rodríguez Esquijarosa Yanariatna

Licenciada en enfermería./ Máster en enfermedades Infecciosas. Hospital General Docente “Enrique Cabrera”.

Autor para correspondencia: jorgeluisanayagonzalez@gmail.com

Manuscrito recibido el 29 de Enero del 2015.
Aceptado, tras revisión, el 11 de Mayo del 2015.

RESUMEN

Un gran porcentaje de personas muere por traumatismo a consecuencia de una inadecuada atención, fundamentalmente en la fase prehospitalaria, siendo la mayoría de estas muertes evitables. Se realizó un estudio descriptivo con carácter prospectivo para evaluar el manejo del paciente politraumatizado en la atención primaria de salud. La muestra estuvo constituida por 88 pacientes que se recibieron en el Policlínico Mario Muñoz del Municipio Boyeros, durante el periodo comprendido entre el 1ro de noviembre del 2011 y el 31 de octubre del 2012. El manejo fue incorrecto en el 59.1 % de los casos. Predominaron las lesiones omitidas sobre las diagnosticadas. La tasa de mortalidad específica fue de 33 por 1000 politraumatizados en un año. El índice de deficiencias físicas fue de 7.9 % El manejo en algunos de los pacientes fue incorrecto pues se omitieron pasos importantes no solo en la revisión vital y evaluación sino también en la conducta tomada.

ABSTRACT

A great percent of people dies by traumatism to consequence of an unsuitable attention, fundamentally in the prehospitalary phase, being the majority of these avoidable deaths. It made a descriptive study with prospective character to evaluate the handle of the politraumatism patient in the primary attention of health. The sample was constituted by 88 patients that received in the Policlínico Mario Muñoz of the Municipality Boyeros, between November first of 2011 and October 31 of 2012. The handle was wrong in the 59.1 % of the cases. the missed lesion predominated on the diagnosed. The tax of specific mortality was of 33 by 1000 politraumatism at year. The index of physical deficiencies was of 7.9 % The handle in some of the patients was wrong as they omitted important steps, not only in the vital review and evaluation, but also in the behavior.

Palabras clave Politrauma, ATLS, Atención Primaria de Salud, Lesiones omitidas, deficiencias físicas.

INTRODUCCION:

Con el decursar del tiempo y el desarrollo científico técnico ha aumentado el potencial de agentes traumatizantes y con ellos el incremento de accidentes graves. La motorización de nuestra sociedad industrial crea un tipo especial de paciente, cada vez más habitual, el politraumatizado. El trauma se ha convertido en la tercera causa mundial de muerte después de las patologías cardiovasculares y el cáncer (1,2) y es co-

nocido que afecta más frecuentemente a jóvenes en plena actividad laboral o de ocio, así como a niños pequeños. También es importante indicar que por cada paciente fallecido, víctima de un traumatismo, existen no menos de quinientos pacientes que sufren por la misma causa. Sobre las estancias hospitalarias, esta patología ocupa el 10 al 15% de diagnósticos en varones y el 5-8% en mujeres en España.(3)

En Cuba el trauma es considerado la quinta causa de muerte. En el año 2004 se registraron 6 478 muertes por trauma y 4 432 fueron por accidentes del tránsito, lo que representa una tasa de mortalidad por trauma de 39,3 por cien mil habitantes y los años de vida potencialmente perdidos debido al trauma fueron de (3.4)

En el aspecto económico, se ha estimado que una persona fallecida en un accidente de tránsito, genera un costo proyectado hasta el final de su vida teórica productiva promedio de 500 000 dólares y un lesionado grave con alto índice de secuelas de 700 000 dólares, según ingresos per cápita, país y actividad.(5)

Estas cifras han mejorado sustancialmente en comparación con años anteriores, por ejemplo, en el año 2001 la tasa bruta de mortalidad por traumas fue de 43.0 por 100 000 habitantes, superada en particular por la provincia La Habana con una tasa de 47.0 por 100 000 habitantes, siendo los años de vida potencialmente perdidos de 8.9 y resultó ser la segunda causa de muerte en pacientes de 15 a 45 años de edad. (2)

El Hospital Calixto García de la capital (hospital, al cual se remiten algunos de los pacientes politraumatizados del municipio Boyeros) recibe en el servicio de trauma anualmente de 25 000 a 40 000 pacientes con una tasa de mortalidad del 0.3-0.6%.(1,2)

Por todos los datos antes expuestos, el trauma en nuestra sociedad actual es conocido por el asesino, mata e invalida al hombre en la edad mas útil y productiva de la vida, el costo social económico y en productividad técnica

científica e intelectual es incalculable. Su único enemigo somos los que seamos capaces de detenerlo o al menos de disminuirlo al mínimo.(5)

El policlínico Mario Muñoz Monroy, se encuentra ubicado en un área semirural (Wajay) alejada relativamente de los demás centros que puedan brindar atención definitiva a los pacientes que sufren producto de un trauma, además atiende una gran población, siendo el personal de este centro los primeros en recibir a estos pacientes en el servicio de urgencias, lo que ubica a esta entidad en punto de vital importancia para brindar la atención prehospitalaria en estos casos. Este personal en su mayoría no se encuentra entrenado de forma especializada en la atención al politraumatizado, materia que cada día se estandariza y perfecciona más. Se sospecha que el manejo no es el correcto con este tipo de pacientes, por esta razón nos hemos dado a la tarea de evaluar el manejo del paciente politraumatizado en la atención primaria de salud en este centro. Qué hacer y cómo hacer es de vital importancia para contribuir a la disminución de la mortalidad por esta causa así como disminuir la aparición de secuelas e invalidez de los pacientes que atendemos.

Si existe una enfermedad en el mundo que afectase a niños y a jóvenes la misma sociedad no toleraría que esto ocurriese por mucho tiempo sin embargo el trauma es esta enfermedad.(3)

Con el desarrollo de esta investigación se pretende evaluar el manejo del paciente politraumatizado en la atención primaria de salud así como mencionar las lesiones omitidas en la evaluación inicial del politraumatizado y determi-

nar los índices de letalidad y de deficiencias físicas, y su relación con el manejo de este tipo de pacientes.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó una investigación cualitativa, con un diseño de estudio observacional descriptivo de carácter prospectivo y de tipo cualitativo para evaluar el manejo del paciente politraumatizado. El universo estuvo constituido por 97 pacientes. La muestra estuvo constituida por 88 pacientes con el diagnóstico de politrauma que cumplieron con los

criterios de inclusión establecidos para integrar el estudio, que a su vez fueron atendidos en el policlínico Mario Muñoz del Municipio Boyeros, en el periodo comprendido entre el 1ro de noviembre del 2011 y el 31 de octubre del 2012. El análisis estadístico utilizó técnicas de estadística descriptiva. Se realizaron distribuciones de frecuencias. Como medidas de resumen se emplearon los promedios y desviaciones estándar para las variables cuantitativas y los porcentajes para las cualitativas. Se calculó el índice de letalidad y el índice de deficiencia.

RESULTADOS

En la tabla 1 se muestra como fue el manejo del paciente politraumatizado en el servicio de urgencias del policlínico Mario Muñoz, resultando más de la mitad de los pacientes con manejo incorrecto, de estos la totalidad tuvo un tratamiento inadecuado según las lesiones presentadas o el estado fisiopatológico al que estas conducen; casi la mitad de los pacientes tuvieron un error en su evaluación por omisión de lesiones o lesiones sobreañadidas que condujeron al ulterior error en la terapéutica.

Tabla 1. Distribución de pacientes politraumatizados según su manejo por parte del personal de salud

Manejo	No. de pacientes	%
Correcto	36	40.9
Incorrecto		
Evaluación	42	47.7
Tratamiento	52	59.1

Fuente: Historia clínica del politraumatizado.

En la tabla 2 se distribuyeron los pacientes según el tipo de trauma resultando los más frecuentes los traumatismos craneoencefálicos, seguido de los traumas de tórax, lo que tiene mucha similitud a los resultados reportados en las investigaciones consultadas nacional como internacionalmente.

Aquí también se detallan las lesiones omitidas según su localización, las más frecuentes son cavitarias; en primer lugar las abdominales, seguido de las raquímedulares en su mayoría debidas a un mal mecanismo de evaluación primaria de los pacientes.

En estos casos no solo se dejaron de realizar acciones de evaluación y resucitación estándares descritas en el ABCDE del politraumatizado sino que en

algunos casos el tratamiento específico según el tipo de lesión no fue el más correcto.

Tabla 2. Lesiones diagnosticadas y omitidas en la evaluación inicial

Tipo de lesiones	Diagnosticadas		Omitidas		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Trauma craneoencefálico	48	87.3	7	12.7	55	100
Trauma cervical	1	100	-	-	1	100
Trauma torácico	41	66.1	21	33.9	62	100
Trauma raquimedular	5	38.5	8	61.5	13	100
Trauma abdominal	7	36.8	12	63.2	19	100
Trauma pélvico	1	20	4	80	5	100
Trauma de las extremidades	24	75	8	25	32	100

Fuente: Historia clínica del politraumatizado

Las deficiencias y discapacidades en ocasiones invalidantes dejan un número importante de pacientes. El índice de deficiencias en este estudio fue de 7.9%. Del total de pacientes deficientes Tabla 3, más de la mitad presentaron deficiencias funcionales y el resto presentaron deficiencias estructurales; todos asociados a manejo incorrecto en la Atención Primaria.

Tabla 3. Relación entre el manejo del paciente politraumatizado y la aparición de deficiencias

Tipo de Deficiencias	Manejo Correcto		Manejo Incorrecto		Total	
	No	%	No	%	No	%
Funcionales	-	-	4	4.5	4	4.5
Estructurales	-	-	3	3.4	3	3.4
Sin deficiencias	36	40.9	45	51.1	81	92
Total	36	40.9	52	59.1	88	100

Fuente: Historia clínica del politraumatizado

Si bien son importantes las deficiencias que provoca esta entidad, lo es también sin duda la mortalidad. En la serie de estudio se reportó una tasa de mortalidad específica (TEM) por politrauma de 33 por 1000 habitantes. La mayoría de las muertes estuvieron asociadas a un manejo incorrecto de los pacientes: Tabla 4.

Tabla 4. Relación entre el manejo del paciente politraumatizado y el estado del paciente a la remisión

Estado a la Remisión	Manejo Correcto		Manejo Incorrecto		Total	
	No	%	No	%	No	%
Vivo	36	40.9	49	55.7	85	96.6
Fallecido	-	-	3	3.4	3	3.4
Total	36	40.9	52	59.1	88	100

Fuente: Historia clínica del politraumatizado

DISCUSIÓN

La clave para el éxito en la atención prehospitalaria del trauma lo constituyen, el cumplimiento de una secuencia lógica de procedimientos de evaluación y resucitación de forma rápida, el diagnóstico o sospecha de las lesiones y su tratamiento y que se logre acortar el tiempo existente entre el momento del trauma y el tratamiento definitivo de la lesión en cuestión ABCDE del trauma,(5) los estudios nacionales revisados coinciden en que la mayor parte de los problemas terapéuticos en la atención prehospitalaria están dados por errores en la reposición de volumen, y las maniobras de rescate en los diferentes tipos de lesiones diagnosticadas, así mismo se plantea que las lesiones que ponen en peligro la vida se deben tratar sucesivamente y en el momento en que se identifican.(6,7,8) En el manejo de estas urgencias se requiere de una sólida base teórica y un entrenamiento para adquirir experiencias y así tomar decisiones correctas. La inexperiencia contribuye a perder vidas. En la medida que se perfecciona el sistema de atención prehospitalario en traumatología, se incrementan el número de pacientes críticos en el nivel hospitalario, por disminución de la mortalidad en el escenario del accidente y durante su traslado.(8)

Gissane plantea que en los politraumatizados, la cabeza es la parte lesionada con mayor frecuencia por tener mayor movilidad a los movimientos de desaceleración y el consiguiente riesgo de impactarse sobre todo en los accidentes de circulación mortales donde se encuentra en la necropsia en casi el 75 % de las víctimas una lesión del cerebro, (9-11) de igual forma el tórax se encuentra más expuesto a la mayoría de las fuerzas de aceleración-des-

aceleración, rotación y cizallamiento producidas en los accidentes automovilísticos y es la parte más vulnerable junto con el abdomen a los ataques con arma blanca, el tórax es el responsable de la mayoría de las hospitalizaciones en los pacientes con trauma y ocasiona el 25 % de las muertes, (12) por esto es de vital importancia la revisión de estas área en los pacientes politraumatizados debido a la alta frecuencia de su afectación.

En el análisis de un politraumatizado, es muy importante determinar los daños producidos como resultado de las fuerzas y movimientos que participaron (cinemática del trauma), para esto es necesario un interrogatorio rápido y preciso de la víctima o de sus acompañantes si esta está inconsciente. La historia exacta y completa de un incidente traumático y la interpretación adecuada de esta información pueden permitir que el profesional de la asistencia prehospitalaria prevea la mayoría de las lesiones de los pacientes antes de examinarlos. Aun cuando existe una capacidad idónea para valorar las lesiones, el profesional que presta la asistencia prehospitalaria pasará por alto muchas de ellas si no las sospecha. (13,14)

En cuanto a las lesiones omitidas, estos resultados están por debajo de los mostrados en otras investigaciones donde los índices de deficiencia son mayores. (19,20) Un profesional de la asistencia prehospitalaria puede omitir una lesión simplemente porque no sabe dónde buscarla. Aunque las lesiones más evidentes reciban tratamiento, las que no lo son tanto podrán resultar mortales si no se tratan en el lugar del accidente o en la atención

primaria. Saber dónde buscar y cómo valorar las lesiones es tan importante como saber lo que hay que realizar una vez identificadas.(15)

En estos pacientes se debe realizar una revisión vital, (evaluación funcional, primaria o inicial) y es la piedra angular de la excelencia en el cuidado de estos enfermos, su duración no debe demorar más de un minuto. Sus pasos son similares a los descritos en las secuencias de reanimación, por lo que nos guiamos por el mismo ABCDE: la exposición del paciente es muy necesaria ya que como se mencionó anteriormente, para la sospecha y diagnóstico de lesiones es necesario ver todas las partes del cuerpo.(16,17)

La secuencia A, B, C, D, E debe seguirse estrictamente; sólo cuando se ha evaluado y tratado completamente A, se procede a evaluar y tratar la respiración o punto B, y así sucesivamente. Si durante esta secuencia ocurre un deterioro en uno de los pasos anteriores, el proceso deberá comenzar de nuevo. (18)

La asociación muerte/manejo coincide con los resultados obtenidos con otros autores aunque existen investigaciones que muestran una mortalidad mucho mayor.(8,11,13)

Sin duda alguna al observar los resultados expuestos podemos ver que aun existen problemas con el manejo del politraumatizado, lo que nos obliga a buscar alternativas que permitan mejorar la atención a estos pacientes para así disminuir la tasa de mortalidad y el índice de deficiencias además de eliminar los errores que aun se cometen.

CONCLUSIONES

El manejo prehospitalario de los pacientes politraumatizados fue incorrecto en la mayoría de los casos. Las lesiones omitidas con mayor frecuencia fueron las abdominales y raquimedulares; mientras que las muertes y las deficiencias de los pacientes estudiados estuvieron relacionadas con el manejo incorrecto de los mismos en la Atención Primaria de Salud

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la colaboración de las autoridades del policlínico universitario Mario Muñoz y del Instituto Cubano de Medicina Legal por el aporte de la información sobre los pacientes fallecidos lo que permitió arribar a los resultados obtenidos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American College of Surgeons: Resources for optimal care of the injured patient: an update. Task Force of the Committee on Trauma, American College of Surgeons. Bull Am Coll Surg. 1990 Sep;75(9):20-9.
2. Larrea FM. Organización de la atención al politraumatizado en Cuba. IX Congreso Internacional de Cirugía (internet). La Habana: IX Congreso Cubano de Cirugía y V Reunión de la FELAC; 2004 Nov; La Habana, Cuba [citado 8 Ene 2011]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=scl-arttext&pid=s1729-519x2008000300018>
3. Muñoz A, Bentancourt M, Hernández B. Atención al paciente politraumatizado. Salus. 2003 Agosto;7(2): 34-8.
4. MINSAP. Anuario Estadístico de Salud de Cuba. Dirección Nacional de Estadística, 2004 [citado 20 Ene 2011]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2012/04/anuario-2011-e.pdf>
5. Mederos VL. Tutorial interactivo para la atención de enfermería al paciente politraumatizado. Rev Cubana Enfermer. 2008 Dic; 24:3-4
6. Sosa A. Urgencias Médicas. Guía de primera atención. 1a ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.
7. Rodríguez SG, Navarro MV. Manual para la instrucción del socorrista. 2da ed. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2001.
8. Camilo RA, Hernández EL, Hernández VJ. Cirugía de rescate de la vida en el paciente politraumatizado crítico. Rev Cub Med Mil. 2001 Oct-Nov;30(4): 251-5.
9. Wilson RF. Trauma. Accidental and surgical trauma. En: Shoemaker, text book of critical care. 2ª ed. New York: Saunders; 1989. Disponible en: <http://www.books.google.com/cu/books?isbn=9586557529>
10. García GA, Torres PO, Alvarez VJ, Aliño BO, Escoto JM. Lesiones del tórax en los politraumatizados. Estudio particular de las lesiones del esqueleto torácico. Rev Cub Cir. 1983;22(5):405-24.
11. Arajärvi E, Santavirta S. Chest injured sustained in severe traffic accidents by seat-belt wearers. J Trauma. 1989;29(1):37-41.
12. Borger JR, Hopkinson MD, Brian MB, Worthington Jr. MD. Mechanisms of Pulmonary Trauma: An Experimental Study. Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care. 1968 January;8(1):47-62
13. Padilla GM, Guerrero GV, Ruiz GH, Vizcarra DA. Trauma de diafragma: Experiencia de 11 años en el Hospital Central Militar. Cirujano General. Rev Cub Cir 2001; 23(4):229-33
14. Buduhan G, McRitchie D. Missed Injuries in Patients with Multiple Trauma. J Trauma, 2000;49:600-5.
15. Cuellar CS, González CC, Hernández GR. Manejo del paciente politraumatizado con trauma cerrado de abdomen (internet). La Habana: IX Congreso Cubano de Cirugía y V Reunión de la FELAC. 2004 Nov [citado 20 Ene 2011]. Disponible en: <http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci-arttext&pid=50034-74932010000200010>
16. López EF. Editor. Manual de asistencia al paciente politraumatizado. 2da ed. Madrid: ELA-ARAM; 1997.
17. Soler VR. Editores. Urgencias y emergencias traumáticas. 1ra ed. La Habana: Editorial Academia; 2004.
18. Ospina JA. Manejo inicial del paciente politraumatizado. 1ra ed. Madrid: MD-FACS; 2005.
19. Soler VR. Editores. Traumatismo craneoencefálico y del cuello, torácico y del abdomen. 1ra ed. La Habana: Editorial Academia; 2004.
20. Álvarez SR. Temas de Medicina General Integral. 1ra ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2001.