



P-693 - COMPARACIÓN EN TIEMPOS DE ACTUACIÓN DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADOS SEGÚN ACTIVACIÓN O NO DEL CÓDIGO POLITRAUMA

Filardi Fernández, Laura; García Marín, José Andrés; Martínez Moreno, José Luis; Lucas Zamorano, Isabel; Buitrago Ruiz, Manuel; Piñera Morcillo, Clara; Abellán López, María; Soria Aledo, Victoriano

Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia.

Resumen

Introducción: Los traumatismos representan la primera causa de mortalidad en menores de 40 años, cuya etiología principal son los accidentes de tráfico. La mitad de las muertes acontecen antes de la hospitalización y de los que llegan, el 60% ocurren en las primeras 4 horas. El manejo hospitalario eficaz del paciente politraumatizado disminuye esta mortalidad, por lo que se ha implementado un protocolo de actuación multidisciplinar compuesto por el Servicio de Urgencias, Medicina Intensiva, Cirugía General, Traumatología, Anestesia y Radiología. Llamado “código politrauma”, consiste en el manejo precoz y eficiente del paciente politraumatizado. Dividido en dos equipos: equipo politrauma (Urgencias e UCI) y equipo politrauma grave (el resto). Una primera llamada activa el código desde Urgencias para todos, actuando primero el equipo politrauma. Si cumple criterios de politrauma grave, una segunda llamada avisa al otro equipo.

Objetivos: Comparar los tiempos de actuación en el paciente politraumatizado con y sin activación del “código politrauma” para comprobar la efectividad del protocolo.

Métodos: Estudio comparativo de casos (con activación del código) y controles (sin activación) en los tiempos (en minutos) de actuación en el manejo del paciente politraumatizado. Las variables estudiadas son los tiempos de inicio del tratamiento, obtención de analíticas, realización de TC, cirugía urgente y traslado a otros centros. Además, análisis de la estancia media en UCI y hospitalaria (en días).

Resultados: Serie de 60 pacientes, de los cuales 57 (95%) recibieron TC urgente y 12 (20%) requirieron cirugía toraco-abdominal o traumatólogica urgente en nuestro centro. 37 pacientes (61,7%) ingresaron en el hospital; 11 (18,3%) a cargo de Cirugía, 10 (16,7%) a cargo de Traumatología, 15 (25%) a cargo de UCI y 1 a cargo de Cardiología (1,7%). De los 23 restantes, 5 (8,3%) fueron trasladados a otro centro y 18 (30%) fueron alta a domicilio. El código politrauma se activó en 20 pacientes (grupo 1) y en 40 no (grupo 2). En el análisis comparativo encontramos diferencias estadísticamente significativas en los tiempos de: inicio del tratamiento (grupo 1: $6,90 \pm 3,07$ DE y grupo 2 $18,98 \pm 24,01$ DE) y realización de TC (grupo 1: $45,33 \pm 15,55$ DE y grupo 2: $91,28 \pm 115,03$ DE). Por otro lado, no encontramos diferencias estadísticamente significativas en: tiempo de extracción de analítica inicial (grupo 1: $8 \pm 8,44$ DE y grupo 2: $13,63 \pm 14,00$ DE), estancia en UCI (grupo 1: $4,11 \pm 5,085$ DE y grupo 2: $3,00 \pm 0,87$ DE) ni estancia hospitalaria

(grupo 1: $8,25 \pm 6,82$ DE y grupo 2: $7,85 \pm 9,64$ DE). Tampoco en el traslado a quirófano al tener poco tamaño muestral, pero disminuyeron sustancialmente los tiempos (grupo 1: $84,33 \pm 30,04$ DE y grupo 2: $238,00 \pm 192,61$ DE). De los 5 trasladados, solo 1 pertenecía al grupo 1 con 64 minutos de media. El resto tuvieron una media de $157 \pm 126,33$ DE.

Conclusiones: La activación del código politrauma mejora el tiempo de inicio del tratamiento, de la realización de TAC y del tiempo hasta la intervención quirúrgica urgente.