

ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD ANUAL INTRAHOSPITALARIA POR ENFERMEDAD TRAUMA EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS AÑO 2024

ANALYSIS OF ANNUAL IN-HOSPITAL MORTALITY DUE TO TRAUMA IN THE EMERGENCY DEPARTMENT, 2024

Autores: Capdevila Vicente GL*, Blessio ME**, Panhke PB***.

RESUMEN

Introducción: La enfermedad trauma (ET) es una de las principales causas de muerte en jóvenes de 5 a 29 años a nivel mundial, especialmente por colisiones vehiculares, homicidios y suicidios. Los hombres jóvenes usuarios de motocicletas siguen siendo los más afectados. Este estudio del Hospital Municipal de Urgencias (HMU) en Córdoba busca describir y comparar la mortalidad por trauma en el Departamento de Emergencias (DE) durante 2024, con los datos de años previos.

Objetivos: Determinar la mortalidad por ET y otras causas en el DE del HMU en 2024, describir las características epidemiológicas, el tiempo de sobrevida, el mecanismo lesional y las regiones corporales afectadas.

Material y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo. Se analizaron variables como edad, sexo, mecanismo lesional, escalas de gravedad y sobrevida de pacientes con signo de vida a su ingreso y desenlace fatal dentro del DE, utilizando registros hospitalarios. El análisis estadístico se realizó en frecuencias absolutas y porcentajes.

Resultados: En 2024, se registraron 26763 ingresos al HMU, con un 0,32% de mortalidad, de los cuales el 51,2% fueron por ET. En el DE, el 4,47% de los óbitos fueron por trauma, el 76% fueron hombres, y el 48% de los casos fueron por colisiones vehiculares, especialmente con motocicletas. Todos los pacientes presentaron un TRS ≤ 11 y un ISS ≥ 16 , siendo el cráneo la región más afectada. El 44% fueron politraumatismos.

Discusión: La mortalidad por ET sigue siendo un problema significativo a nivel global y local. Nuestras estadísticas hospitalarias mostraron una tendencia a la disminución de la mortalidad año tras año desde 2014 hasta la actualidad, excepto en 2020 y 2023 donde se evidencio aumento de la misma. En 2024 se vio un descenso del 0,42% respecto del año anterior.

Conclusión: La ET sigue siendo una causa principal de mortalidad, y es crucial mejorar la atención inicial y desarrollar políticas públicas para prevenirla. El análisis anual de mortalidad es esencial para optimizar la atención y mejorar las tendencias futuras.

Palabras clave: Mortalidad, Intra-Hospitalaria, Trauma

ABSTRACT

Introduction: Trauma (ET) is one of the leading causes of death among young people aged 5 to 29 years worldwide, particularly due to vehicular collisions, homicides, and suicides. Young male motorcyclists remain the most affected. This study from the Hospital Municipal de Urgencias (HMU) in Córdoba aims to describe and compare trauma mortality in the Emergency Department (DE) during 2024 with data from previous years.

Objectives: To determine the mortality from ET and other causes in the DE of the HMU in 2024, describe the epidemiological characteristics, survival time, injury mechanism, and affected body regions.

Materials and Methods: Observational, retrospective, and descriptive study. Variables such as age, sex, injury mechanism, severity scales, and survival of patients with signs of life upon admission and fatal outcomes within the DE were analyzed using hospital records. Statistical analysis was performed using absolute frequencies and percentages.

Results: In 2024, there were 26,763 admissions to the HMU, with a mortality rate of 0.32%, of which 51.2% were due to trauma. In the DE, 4.47% of deaths were trauma-related, 76% were male, and 48% of the cases were due to vehicular collisions, particularly involving motorcycles. All patients had a TRS ≤ 11 and an ISS ≥ 16 , with the skull being the most affected body region. 44% were polytraumas.

Discussion: Trauma-related mortality remains a significant issue globally and locally. Our hospital statistics show a trend of decreasing mortality year after year from 2014 to the present, except in 2020 and 2023, where an increase was observed. In 2024, there was a decrease of 0.42% compared to the previous year.

Conclusion: Trauma remains a leading cause of mortality, and it is crucial to improve initial care and develop public policies to prevent it. Annual mortality

*Médica residente de Medicina de Emergencias del Hospital Municipal de Urgencias de Córdoba.

**Médica especialista en Medicina de Emergencias del Hospital Municipal de Urgencias de Córdoba.

***Jefa del Departamento de Clínica Médica del Hospital Municipal de Urgencias de Córdoba.

Departamento de Clínica Médica

Correspondencia: gre.capdevila@gmail.com

Hospital Municipal de Urgencias. Córdoba. Argentina
Catamarca 441. C.P.5000 – Argentina.

Te: (0351-4276200)

analysis is essential to optimize care and improve future trends.

Keywords: Mortality, In-Hospital, Trauma

INTRODUCCIÓN

La enfermedad se conoce como la entidad caracterizada por dos de los siguientes criterios: uno o más agentes etiológicos, un grupo identificable de síntomas y signos y/o alteraciones anatómicas constantes. (1, 2)

El trauma se define como el daño intencional o no intencional producido al organismo debido a su brusca exposición a fuentes o concentraciones de energía mecánica, química, térmica, eléctrica o radiante que sobrepasan el margen de tolerancia, o la ausencia de elementos esenciales para la vida como el calor y el oxígeno. (1, 2)

Es por ello que el trauma constituye la denominada enfermedad trauma (ET). Dado que en ella se pueden reconocer un mecanismo etiológico, una signo-sintomatología identificable para cada tipo de traumatismo y una alteración anatómica constante. (1) Según Berlín, el término politraumatismo se define con la presencia de dos o más lesiones en distintas regiones corporales con un AIS ≥ 3 sumado a alguna de las siguientes características: PAS ≤ 90 mmHg, GCS ≤ 8 , EB ≤ -6 , KPTT ≥ 40 seg o RIN $\geq 1,4$, edad ≥ 70 años. (3)

Existen diferentes escalas para valorar la gravedad y el pronóstico de la ET, entre ellas se encuentran Trauma Revised Score (TRS), Injury Severity Score (ISS).

Es importante destacar la distribución trimodal establecida por Trunkey que plantea el tiempo de evolución de la mortalidad en base a la gravedad del trauma.

Así, se pueden clasificar tres picos: el primero son las "muertes inmediatas", y representa a las personas que mueren en los primeros minutos después de una lesión. Son aquellas causadas por laceraciones del cerebro, el tronco encefálico, la médula espinal, el corazón o uno de los principales vasos sanguíneos. En principio, sólo una fracción de los pacientes de esta categoría podría salvarse, incluso en las condiciones médicas más favorables. En el segundo pico, denominado "muertes tempranas", los pacientes mueren en las primeras horas después de una lesión; están causadas por hemorragias internas importantes de la cabeza, del sistema respiratorio, de los órganos intraabdominales, o por múltiples lesiones menores que resultan en una pérdida grave de sangre.

Casi todas las lesiones de este tipo se consideran tratables con los procedimientos médicos disponibles en la actualidad. El intervalo entre la lesión y el tratamiento definitivo es crítico para la probabilidad de recuperación. El tercer pico se define como "muertes tardías", y representa a las personas que mueren a partir de las 4 horas, días o semanas después de

una lesión. En casi el 80 por ciento de estos casos, la causa de la muerte es una infección o una falla orgánica múltiple. En este caso, el tiempo es un factor menos importante que la calidad de la atención médica y el alcance del conocimiento médico (4,5). La ET continúa siendo un problema significativo de salud global, responsable de 4,4 millones de muertes anuales a nivel mundial (6), siendo las colisiones de tránsito la principal causa en niños y jóvenes de entre 5 y 29 años de acuerdo a datos publicados por la Organización Mundial de la Salud, quien establece que las tres primeras causas en ese rango etario están relacionadas principalmente por colisiones vehiculares, homicidios y suicidios (7).

La OMS desarrolló un informe sobre la situación mundial de la seguridad vial de 2023, que muestra un descenso del 5% de la mortalidad por colisiones vehiculares en 2021 respecto a 2010 (8).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) establece que las muertes relacionadas a ET (homicidios, colisiones vehiculares y suicidios) se encuentra en el 12° puesto agrupando a todas las edades. La mortalidad por homicidio en jóvenes de 15 a 24 años desde el 2000, mantiene tasa anual de mortalidad entre 32 y 38 muertes por 100.000 habitantes (9). Entre el 2020 y el 2021, la mortalidad debida a traumatismos causados por el tránsito disminuyó a 14,1 muertes por 100.000 habitantes (10). El promedio de la mortalidad por suicidio aumentó a 8,9 muertes por 100.000 habitantes en el 2019. Aún no se determinó la tasa de mortalidad debida a desastres (11).

En Argentina, durante el año 2023 se registraron 3.675 siniestros que resultaron en 4.403 víctimas fatales. Se observa una tendencia decreciente en cuanto a las víctimas fatales, sostenida desde el año 2017. Córdoba obtuvo un registro de 372 siniestros que resultaron en 413 víctimas fatales. Se mantiene el perfil histórico de víctima fatal: hombres, jóvenes entre 15 y 34 años y usuarios de motos (12).

Una de las maneras de reducir el número de muertes por ET es mediante la introducción de diversos programas de prevención (4). Según un estudio reciente, se observan grandes desigualdades de acuerdo al nivel socioeconómico de pertenencia, siendo los países de bajos recursos los que se ven más afectados, debido principalmente a las colisiones viales, y a las características de admisión y manejo en hospitales que no se encuentran preparados formativamente, ni poseen la complejidad necesaria para abordar esta enfermedad.

Con el objetivo de reducir dichas tasas de mortalidad, distintos grupos implicados en la asistencia pre-hospitalaria han definido mecanismos para disminuir el tiempo que transcurre entre el traumatismo y la aplicación de la asistencia definitiva obteniendo resultados favorables.

Los intervalos de tiempo prolongados entre el traumatismo y la aplicación de la asistencia definitiva se han asociado a un incremento significativo de la mortalidad (13).

Es por ello, que el Hospital Municipal de Urgencias,

centro de referencia de trauma de la ciudad de Córdoba, realiza el análisis de la mortalidad anual por ET en el departamento de emergencias comparando tendencias que vienen en descenso desde el año 2014 con fluctuaciones entre 2020 y 2023 y con un descenso de la misma en 2024 respecto al año anterior. Estableciendo así, estrategias y protocolos personalizados para así mejorar la calidad de atención y tratamiento de los pacientes.

El siguiente trabajo busca describir la mortalidad en el Departamento de Emergencias del Hospital Municipal de Urgencias en el año 2024 y comparar sus resultados con los obtenidos en años anteriores.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la mortalidad por enfermedad trauma en el Departamento de Emergencias del Hospital Municipal de Urgencias, en el período comprendido entre el 01 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1- Determinar la mortalidad por todas las causas en el Hospital Municipal de Urgencias, en el periodo comprendido entre el 01 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024.
- 2- Describir las características epidemiológicas y el tiempo de sobrevida de los pacientes que fallecen por enfermedad trauma desde que ingresan al Departamento de Emergencias.
- 3- Describir el mecanismo lesional y las regiones corporales más afectadas de los pacientes fallecidos en el DE del HMU en dicho periodo.
- 4- Describir cuántos pacientes fallecidos por enfermedad trauma en el Departamento de Emergencias cumplen con la definición de politrauma según el Índice de Severidad Lesional (ISS) y la definición de Berlín.
- 5- Comparar la estadística de mortalidad por enfermedad trauma durante el año 2024 con estadísticas obtenidas desde el 2014 al 2023 en estudios previos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo realizado en el Hospital Municipal de Urgencias de la ciudad de Córdoba, de la provincia de Córdoba, Argentina, en el periodo comprendido desde el 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024.

Criterios de inclusión

- Pacientes a partir de 16 años;
- Pacientes que hayan ingresado a la unidad de Shock Room del Hospital Municipal de Urgencias por enfermedad trauma con algún signo de vida a su ingreso, y hayan evolucionado con un desenlace fatal dentro del Departamento de Emergencias.

Criterios de exclusión

- Pacientes menores de 16 años;

- Pacientes con enfermedad trauma que ingresaron a la institución sin signos de vida;
- Pacientes que hayan fallecido en otro sector de la institución diferente al Departamento de Emergencias (Unidad de terapia intensiva, sala de internación, quirófano).

Métodos de recolección y análisis de datos

Se identificaron todos los pacientes que ingresaron durante el año 2024 a través del libro de registro de mesa de entrada, del drive con los pacientes ingresados a Shock Room, de las historias clínicas digitales y de las estadísticas brindadas por el servicio de Auditoría Médica. Además, se registraron los óbitos a partir del libro de defunciones de mesa de entrada. Se seleccionaron los pacientes con motivo de ingreso por enfermedad trauma que fallecieron dentro del Departamento de Emergencias.

Se recolectaron los datos de los pacientes mediante historias clínicas digitales y se clasificaron en una plantilla de Microsoft Excel. El análisis estadístico de las variables se expresa en frecuencias absolutas y porcentajes.

Variables analizadas

Sexo, edad, mecanismo lesional, escalas de gravedad (TRS, ISS), regiones corporales lesionadas, tiempo que transcurre desde el ingreso hasta el óbito.

Clasificación de variables

TRS: se basa en variables fisiológicas de presión arterial sistólica (PAS), frecuencia respiratoria (FR) y la escala de coma de Glasgow (GCS) (Tabla 1).

TABLA 1: INTERPRETACIÓN DE ESCALA TRS.

Valor TRS	Prioridad	Atención
0-3	Óbito/Agónico	No Se Deriva
4-10	Primaria	Inmediata
11	Secundaria	Urgente
12	Terciaria	Retrasada

Injury Severity Score (ISS) es una clasificación anatómica de la gravedad de las lesiones de *Abbreviated Injury Scale* (AIS) (Tabla 2).

TABLA 2: CLASIFICACIÓN SEGÚN VALOR DE ISS.

Valor ISS	Clasificación
1-8	Leve
9-15	Moderado
16-24	Grave
25-75	Crítico

Un ISS de 16 o superior suele considerarse indicativo de un politraumatismo (14,15).

Distribucion trimodal: se clasifica según el tiempo transcurrido entre el trauma y el óbito (16). (Tabla 3)

TABLA 3: CLASIFICACIÓN SEGÚN DISTRIBUCIÓN TRIMODAL.

Tiempo	Clasificación
En escena	Inmediata
Primeras 4 hs de ingresados al hospital	Muertes tempranas
Luego de las 4 hs de ingresados al hospital	Muertes tardías

RESULTADOS

Durante el año 2024 se registraron 26.763 ingresos de pacientes al hospital, de los cuales se identificaron 0,32% (n=86) de óbitos. Destacando que un 51,2% (n=44) fueron por enfermedad trauma y 48,8% (n=42) por otras causas. (Figura 1)

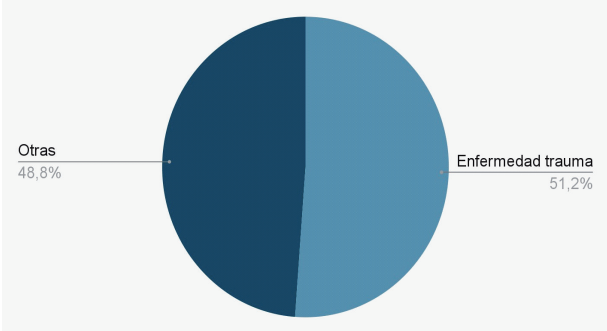


Figura 1: Óbitos por enfermedad trauma y otras causas.

De todos los pacientes ingresados en nuestra institución, 2,08% (n= 559) ingresaron a shock room, y de ellos fallecieron el 7.69% (n=43). (Figura 2)

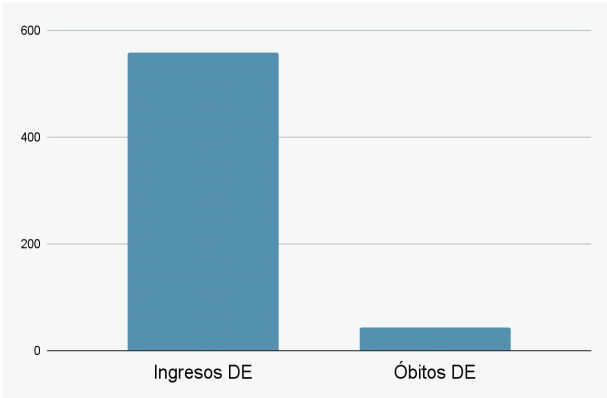


Figura 2: Óbitos en departamento de emergencias (DE).

El 4,47% (n=25) de la totalidad de óbitos en el DE fue por enfermedad trauma de los cuales 32% (n=8) fueron óbitos tempranos y 68% (n=17) tardíos, y el 3,22% (n=18) falleció por otras causas. (Figura 3)

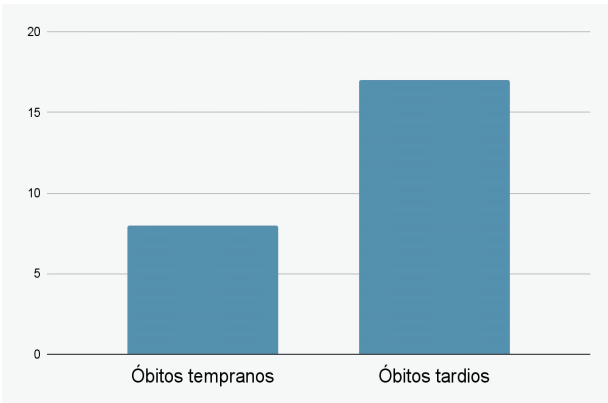


Figura 3: Óbitos según distribución trimodal en el departamento de emergencias (DE).

De los pacientes fallecidos dentro del Departamento de Emergencias por ET, el 76% (n=19) eran de sexo masculino, mientras que el 24% (n=6) eran de sexo femenino.

En lo que respecta a la edad, la media fue 43,78 años con una moda de 45 años, siendo la edad máxima 82 años y la mínima 16 años.

Con respecto al mecanismo lesional que ocasionó la enfermedad trauma y posteriormente la evolución desfavorable hasta el desenlace fatal, observamos que el 48% (n=12) fue secundario a colisiones vehiculares, de las cuales el 66,6% (n=8) fue con motocicleta, el 25% (n=3) como peatón, y el 8,4% (n=1) con automóviles. Además, se presentaron en un 28% (n=7) episodios de homicidios, secundarios a herida de arma de fuego en un 57,1% (n=4), herida de arma blanca 28,5% (n=2), y por golpes contusos 14,3% (n=1).

Los óbitos secundarios a caídas de altura se corresponden al 16% (n=4), mientras que el restante corresponde a suicidios secundarios a intoxicación medicamentosa 8% (n=2). (Figuras 4 y 5).

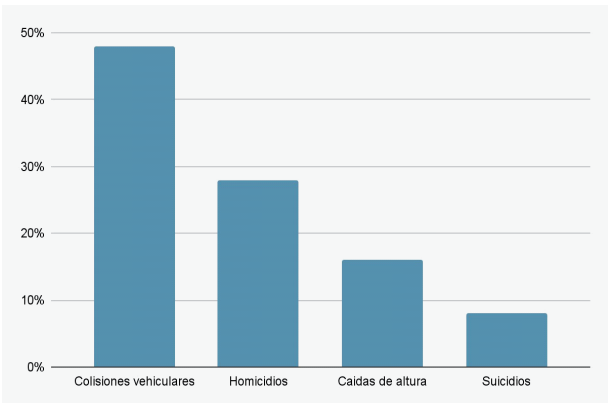


Figura 4: Distribución total de óbitos según mecanismo lesional.

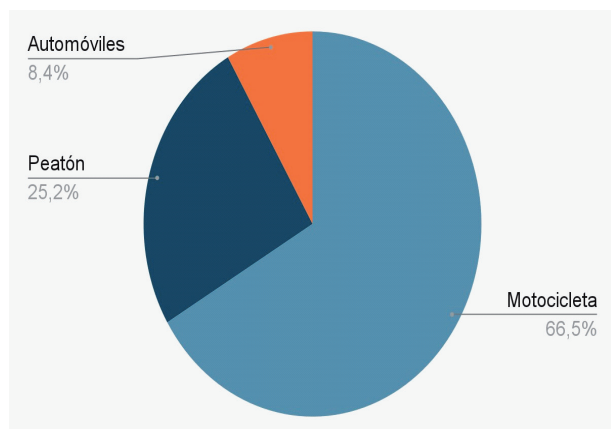


Figura 5: Distribución de mortalidad en colisiones según tipo de vehículo involucrado.

En relación a las escalas utilizadas para valorar sobrevida y mortalidad, la totalidad de los pacientes presentaron un TRS menor o igual a 11.

El ISS fue mayor o igual a 16 en el 100% (n=25) de los casos, con un valor máximo de 36 y un mínimo de 16, y una media de 25, resultando la región corporal más afectada el cráneo en un 68% (n=17), seguido de tórax en un 28% (n=7). El 44% (n=11) se definieron como politraumatismos.

Del total los pacientes fallecidos dentro del hospital (n=86), el 18,6% (n=16) fueron parte del proceso de donación de órganos y tejidos, un 68,7% (n=11) multiorgánicos, 31,2% (n=5) monorganicos.

Se comparó por medio de una tabla los datos analizados durante el año 2023 con las estadísticas obtenidas en estudios de años previos, desde el 2014 en adelante. (Tablas 4 y 5)

TABLA 5: GRADO DE HEMORRAGIA, EXCESO DE BASE (EB), LÁCTICO E ÍNDICE DE SHOCK (IS) QUE PREDOMINARON EN LA MUESTRA 2024.

GRADO DE HEMORRAGIA	EB	LÁCTICO	IS
IV	IV	II	III

DISCUSIÓN

Al igual que lo publicado por Gunst y Col. en relación a la distribución trimodal descrita por Trunkey, en nuestro trabajo se tuvo en cuenta el tiempo transcurrido desde la lesión hasta la muerte, pero a diferencia de ellos, solo incluimos las muertes intrahospitalarias dentro del DE secundarias a trauma y las clasificamos dentro de las categorías “temprana” y “tardía” y obtuvimos un mayor resultado de muertes tardías (68%), en contraposición de la publicación citada, donde mencionan que el 29% fueron tempranas y solo el 9% tardías (5).

La ET continúa siendo un problema significativo de mortalidad global, nacional y regional.

De acuerdo con lo planteado por la OMS, la OPS, el informe de siniestralidad vial fatal de la Dirección de Estadística Vial Nacional, y los estudios previamente realizados en el HMU por diversos autores (7,16-19) en nuestro trabajo, predominaron pacientes menores de 45 años de sexo masculino (6,7,12) y el mecanismo lesional más frecuente fueron las colisiones vehiculares, a predominio de motocicletas en un 66%. (12)

Por el contrario, difiere con lo planteado por el Ministerio de Salud de la República Argentina en el Boletín de mortalidad por lesiones período 1997-2022, quien menciona que la mayor parte de las muertes por tránsito vial fue producida por colisión de automóviles en un 37,5% y en segundo lugar por motociclistas en un 35,3%. Dicho boletín también se diferencia con nuestro trabajo en la descripción del predominio de muertes por suicidio en comparación a homicidios en lo que respecta a lesiones intencionales (20),

siendo que en estos resultados obtuvimos un 28% de homicidios y 8% de suicidios.

A diferencia de lo planteado en estudios previos, en este caso, solo el 44% (n=11) cumplió con la definición de politraumatismo según Berlín y la totalidad de los pacientes obtuvo un ISS >16. Quienes no cumplieron con la definición de PLT tuvieron como únicas lesiones cráneo o tórax. Con respecto a las regiones corporales más afectadas, en concordancia con trabajos anteriores, en primer lugar, se encuentran las lesiones craneoencefálicas, seguidas por las lesiones a nivel de tórax (7,16-18).

Al igual que lo planteado por Howard y cols., la totalidad de los pacientes obtuvieron un TRS <11, y todos requirieron atención urgente o inmediata (21). Respecto a la comparación entre los trabajos previos realizados en nuestro nosocomio, se puede objetivar que el número de pacientes ingresados en la institución se mantiene por encima de los 26600 pacientes, a excepción del año 2020 donde ingresaron solo 22001 (esto podría relacionarse con la restricción sanitaria por la pandemia de COVID-19).

Si observamos la tendencia respecto a la mortalidad en el DE por ET, podemos ver una disminución de la misma de 3,17% desde el año 2014 al 2018 de 6.24% en el 2014 y 3.07% en el 2018 según Lacombe y cols. (22) conservando la continuidad de esa tendencia en 2019 según lo referido por Galán y cols. (16), con un 2.90%.

Por otra parte en el año 2020, según lo planteado por Selva y Col. hubo un aumento de 0,84% de la mortalidad respecto al año anterior (3,74%) lo cual según refieren, se debería a situaciones sociales que

TABLA 4: CE COMPARACIÓN DE MORTALIDAD, ISS, IS, EB DESDE 2014 HASTA 2024.

AÑO	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
TOTAL INGRESOS	34392	33158	28723	28770	27587	26288	22001	26686	33331	27581	26763
INGRESO A SHOCK ROOM	752	735	825	771	778	777	668	716	661	573	559
ÓBITO EN SHOCK ROOM POR ET	47	39	36	30	24	23	25	22	18	28	25
SEXO MASCULINO	75,7 %	82,5 %	72,6 %	74,6 %	74,2 %	91,3 %	76%	86,3 %	83,4 %	85,7 %	76%
EDAD PROMEDIO	41,28	40	45,34	42,80	46,60	37,20	36,44	35,5	35,5	36,46	43,78
ÓBITO TRAUMA	61,7 %	64,1 %	61,1 %	50 %	69,6 %	65 %	44 %	5 0%	55,5 %	71,4 %	51,1 %
ÓBITO VIOLENCIA	38,3 %	35,9 %	38,9 %	50 %	30,4 %	35 %	56 %	45,4 %	44,3 %	25 %	28 %
HOMICIDIO	11	5	7	9	4	5	10	6	8	7	7
SUICIDIO	7	9	7	6	3	2	4	4	0	0	2
ISS PROMEDIO	33	33	32,7	31,1	31	32,9	33,1	-	25,3	20	25
IS	III	II	III	III	IV	IV	No se informa				
EB	IV	IV	IV	IV	IV	IV					
%MORTALIDAD ET	6,24 %	5,27 %	4,35 %	3,88 %	3,07 %	2,90 %	3,74 %	3,07 %	2,72 %	4,89 %	4,47 %

se desarrollaron a raíz de la pandemia de COVID-19, pero posteriormente, como mencionan Ocampo y Col., la mortalidad vuelve a descender en 2021 a 3,07% y a 2,72% en 2022 según refieren Montenegro y cols. (19) hasta 2023 donde nuevamente se observa un aumento de la mortalidad de 4,89%, demostrado por Morales y cols. (7).

En este trabajo, podemos destacar que en el año 2024 nuevamente se observó un descenso de la mortalidad respecto al año previo a un 4,47% destacando la mayoría de los óbitos de manera tardía. Creemos que esto se debe tanto a la optimización en cuanto a los tiempos de traslado y atención pre hospitalarios, como así también a la actualización constante de protocolos y capacitación del personal intrahospitalario para poder aplicarlos, sumado a una coordinación dinámica entre el servicio pre hospitalario e intrahospitalario pudiendo recibir la mayor cantidad posible de pacientes y realizar el manejo inicial adecuado, incluso si la sobrevida de los mismos no es favorable por el tipo de lesiones (23).

Sumado a esto, al igual que lo planteado por Morales y cols. (7), en 2023, se continúa logrando un descenso de las muertes “tempranas” respecto a las “tardías”.

CONCLUSIONES

La ET es una de las enfermedades con mayor incidencia a nivel mundial, se encuentra directamente relacionada con los comportamientos de los individuos a nivel social, por lo cual es necesario desarrollar estrategias para mejorar la atención y manejo inicial tanto a nivel pre hospitalario como intrahospitalario, aplicando protocolos y capacitaciones constantes, como así también desarrollar políticas públicas para prevenir y concientizar a la sociedad, teniendo en cuenta la necesidad y la realidad de cada región, para así lograr disminuir tanto la mortalidad como la secuelas debidas a la enfermedad trauma. Para esto, es muy importante realizar el análisis anual de la mortalidad, ya que además de la tendencia, ayuda a evaluar la eficacia de los sistemas de salud y la aplicación correcta de los protocolos.

En nuestro trabajo buscamos reflejar todo lo mencionado anteriormente aplicado al año 2024, procurando utilizar las estadísticas de mortalidad del DE por ET en el HMU, para optimizar la atención del equipo de salud y mejorando la tendencia en los años siguientes.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Bosque Neira. *La enfermedad trauma Documento para la consideración del trauma como enfermedad y para el reemplazo del término accidente*. Rev Argent Ter Inten 2007;24 (1):52–55.
- 2) Neira J. *Categorización de centros para la atención del paciente traumatizado en la República Argentina. Bases para la implementación de un Programa Institucional: Primer consenso intersocietario de la CICCATED - 1a ed. - Buenos Aires: Academia Nacional de Medicina*. 2011;(1) 29-37.
- 3) Pape HC, Lefering R, Butcher N, et al. *The definition of polytrauma revisited: An international consensus process and proposal of the new 'Berlin definition'* Journal of Trauma and Acute Care Surgery, 2014; 77(5):780–786.
- 4) Trunkey DD. *Trauma*. Scientific American 1983; 249: 28-35.
- 5) Gunst M, Ghaemmaghami V, Gruszecki A, et al. (2010) *Changing epidemiology of trauma deaths leads to a bimodal distribution*. Proc (Bayl Univ Med Cent).
- 6) Peralta ER, Martínez J, Cuartero M, et al. *Manejo del paciente politraumatizado en la unidad de cuidados intensivos*. Rev Sanit Invest, 2024; 5(6)2660-7085
- 7) Morales L, Brito J. *Análisis de la mortalidad anual intrahospitalaria por enfermedad trauma en el departamento de emergencias 2023*. Rev HMU 2023; 1-15.
- 8) World Health Organization. *Global status report on road safety*. 2023.
- 9) Organización Panamericana de la Salud. (2023) *Número de defunciones por homicidio por cada 100 000 habitantes, desglosado por sexo y edad 2022-2023*.
- 10) Organización Panamericana de la Salud. *Indicador de tasa de mortalidad por lesiones debidas a accidentes de tráfico 2022-2023*.
- 11) Organización Panamericana de la Salud. *Tasa de mortalidad por suicidio*. 2022-2023.
- 12) Dirección de Estadística Vial Dirección Nacional de Observatorio Vial. (2024). *Informe de siniestralidad vial fatal año 2023*.
- 13) Sullivent E, Faul M, Wald M. *Disminución de la mortalidad en los adultos con lesiones por traumatismo trasladados por los servicios de emergencias médicas con helicópteros*. Prehospital Emergency Care. Edición Española, 2011;4(3).
- 14) Rapsang AG, Chowlek Shyam D. *Compendio de las escalas de evaluación de riesgo en el paciente politraumatizado*. 2015; 213-221.
- 15) Breugel JMM, Niemeyer MJS, Houwert RM, et al. *Global changes in mortality rates in polytrauma patients admitted to the ICU—a systematic review*. World Journal of Emergency Surgery. 2020;15-55.
- 16) Galán Marquez C, Cura C, La Giglia C. *Análisis de la mortalidad intrahospitalaria en pacientes con enfermedad trauma dentro de la unidad de emergencias*. Hospital Municipal de Urgencias. Rev. Hucba. 2020;1-7.
- 17) Selva B, Brito J *Análisis de la mortalidad anual intrahospitalaria en pacientes con enfermedad trauma dentro del departamento de emergencias en contexto de la pandemia por SARS- CoV2 del año 2020*. Hospital Municipal de Urgencias. Rev Hucba 2021;1-10.
- 18) Ocampo F, Nasute Molina E. *Análisis de la mortalidad intrahospitalaria por enfermedad trauma del Departamento de Emergencias*. Hospital Municipal de Urgencias. Rev Hucba 2022;1-13.
- 19) Montenegro MA, Gallardo Z. *Análisis de la mortalidad intrahospitalaria por enfermedad trauma*

- en el Departamento de Emergencias. Hospital Municipal de Urgencias. Rev Hucba 2023;1-11.*
- 20) *Ministerio de Salud de la República Argentina. (2024). Área de Vigilancia Epidemiológica. Dirección Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles. Boletín de mortalidad por lesiones período 1997 - 2022.*
- 21) *Champion HR, William J, et al. A Revision of the Trauma Score. J Trauma. 1989;1-7.*
- 22) *Lacombe L, Cura C, La Giglia C. Análisis de la mortalidad intrahospitalaria en pacientes con enfermedad trauma dentro de la unidad de emergencias. Hospital Municipal de Urgencias. Rev Hucba 2019;1-12.*
- 23) *Manoochehry S, Vafabin M, Bitaraf S, et al. A Comparison between the Ability of Revised Trauma Score and Kampala Trauma Score in Predicting Mortality; a Meta-Analysis. Arch Acad Emerg Med. 2019;15:7.*