



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL TRASTORNO POR ESTRÉS
AGUDO EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS ATENDIDOS EN
EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL SANTA ROSA DE
PIURA, PERIODO SETIEMBRE – DICIEMBRE 2016**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

AUTOR:

RAMOS JUÁREZ, KAREN ELIZABETH

ASESOR:

DR. GONZÁLEZ RAMIREZ, RODOLFO

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

SALUD MENTAL

PIURA – PERÚ

2017

PÁGINA DEL JURADO

JURADO CALIFICADOR

Dr. José Enrique Cruz Vílchez

Presidente del Jurado

Dr. Julio Barrena Dioses

Secretario del Jurado

Dr. Eduar Díaz Inga

Vocal del Jurado

DEDICATORIA

Dedico mi tesis a mis padres Edwin y Celia quienes fueron un gran apoyo durante el tiempo en que duro está travesía, mi carrera.

A mis mejores amigas quienes me apoyaron emocionalmente todo el tiempo.

A todos los doctores quienes nunca desistieron al enseñarme, y continuaron depositando su esperanza en mí. Y un especial agradecimiento a mi asesor de tesis; Doctor Rodolfo González Ramírez quien me brindo su tiempo y paciencia en el desarrollo de esta tesis.

Para todas las personas mencionadas es esta dedicatoria, pues es a ellos a quienes se las debo por su apoyo incondicional y fe en mis logros.

AGRADECIMIENTO

Gracias Dios mío; Jehová por permitirme llegar a donde estoy y al lado de las personas que me aman y amo. Por haber respondido a mis oraciones cuando más lo necesite, infinitas gracias.

El amor recibido, la dedicación y la paciencia con la que cada día se preocupaban mis padres por mi avance y desarrollo, es simplemente único y se refleja en la vida de un hijo.

Ellos, los principales promotores de mis sueños, por confiar y creer en mí y en mis expectativas. A mi mamita por estar dispuesta a acompañarme cada larga noche de estudio, en las que su compañía era para mí lo mejor que me podía pasar; a mi padre por siempre anhelar siempre lo mejor para mi vida, gracias por cada consejo y por cada una de sus palabras que me guiaron durante mi vida.

A las demás personas que siempre estuvieron conmigo apoyándome cuando quise desistir y darme ánimos, gracias totales.

Estoy segura que todas mis metas soñadas darán frutos y me debo esforzar cada día para ser la mejor persona y profesional, sin olvidar el respeto que engrandece a la persona. Y ahora puedo decir que estoy dando mi primer gran paso hacia mi vida profesional.

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Karen Elizabeth Ramos Juárez, con DNI N° 76322303, con el fin de cumplir con las resoluciones actuales dadas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina Humana, manifiesto bajo juramento que toda la información que acompaño es veraz y auténtica.

Asimismo, manifiesto también bajo juramento que todos los datos e información que se muestra en esta tesis profesional son auténticos y veraces.

En tal caso me responsabilizo lo que corresponda ante cualquier infundio, ocultación o negligencia tanto de la información como de los documentos aportados por ende me delego a lo establecido en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.

Piura, 13 de marzo del 2017

Karen Elizabeth Ramos Juárez

PRESENTACIÓN

Señores miembros del Jurado:

Cumpliendo con el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo expongo ante ustedes la Tesis titulada: **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL TRASTORNO POR ESTRÉS AGUDO EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL SANTA ROSA DE PIURA, PERÍODO SETIEMBRE – DICIEMBRE 2016**, la misma que someto a consideración de ustedes y esperando que colme con los requisitos de aprobación para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano.

El autor

INDICE

PÁGINA DEL JURADO.....	I
DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
DECLARACION DE AUTENTICIDAD.....	IV
PRESENTACION.....	V
INDICE.....	VI
RESUMEN.....	VIII
ABSTRACT.....	IX
I. INTRODUCCION.....	1
1.1 Antecedentes.....	3
1.2 Justificación.....	7
1.3 Marco Teórico.....	9
1.4 Pregunta de investigación.....	13
1.5 Objetivos del estudio.....	13
1.5.1 Objetivos.....	13
1.5.1 Objetivo General.....	13
1.5.2 Objetivo Especifico.....	13
II. MARCO METODOLÓGICO.....	15
2.1. Variables.....	15
2.2. Operacionalización de variables.....	17
2.3. Metodología.....	17
2.4. Tipos de estudio.....	18
2.5. Diseño de Investigación.....	18
2.6. Población, muestra.....	18
2.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	19
2.8. Métodos de análisis de datos.....	21
2.9. Aspectos éticos.....	22
III. RESULTADOS.....	23
IV. DISCUSIÓN.....	28
V. CONCLUSIONES.....	32

VI. RECOMENDACIONES.....	34
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36
VIII. ANEXOS.....	41
8.1 Ficha de recolección de datos.....	42

RESUMEN

Objetivo: Determinar la forma de presentación del Trastorno por estrés agudo (TEA) en pacientes politraumatizados atendidos en el servicio de cirugía del Hospital Santa Rosa de Piura, periodo Setiembre – Diciembre 2016. **Materiales y métodos:** Se hizo un estudio observacional, descriptivo, analítico, transversal, en los pacientes politraumatizados atendidos en el Servicio de Cirugía del Hospital Santa Rosa, durante el periodo de Setiembre a Diciembre 2016, en el cual se utilizó la escala de Trauma de Davidson para diagnóstico de Trastorno de Estrés Agudo. **Resultados:** De los 462 pacientes que presentaron criterios diagnósticos de Politraumatismo durante el año 2016, se seleccionaron a 145 entre los meses Setiembre – Diciembre 2016, que cumplían con los criterios de selección. Al aplicarles la Escala de Trauma de Davidson, se determinó que 64 pacientes presentaron Trastorno de Estrés Agudo, lo que representa una incidencia del Trastorno por estrés agudo (TEA) del 44,1% del total. Se realizó el análisis multivariado, tomando para ello los factores que se asociaron en el análisis bivariado, que habían presentado un valor $p < 0,05$. El sexo masculino presentó un $p = 0,236$, con lo que afirmamos que no existe asociación estadísticamente significativamente con el Trastorno por estrés agudo (TEA). La variable que estuvo asociada fue: pérdida de la conciencia ($p = 0,041$). **Conclusiones:** La incidencia del Trastorno por estrés agudo (TEA) fue de 44,1%, y el factor que se asoció al diagnóstico del Trastorno por estrés agudo (TEA), fue la pérdida de la conciencia.

Palabras clave: estrés agudo, politraumatizados, pacientes. (Fuente: DeCS)

ABSTRACT

Objective: To determine the form of presentation of the Acute stress disorder (ASD) in polytraumatized patients attended in the Service of Surgery of the Hospital Santa Rosa of Piura, Period September - December 2016. **Materials and methods:** It has been made an study Observational, Descriptive, analytical, transverse, in patients polytraumatized attended in the Service of Surgery of the Hospital Santa Rosa of Piura, Period September - December 2016, in which applied the Davidson Trauma Scale for the diagnosis of Acute stress disorder (ASD). **Results:** Of the 462 patients who presented diagnostic criteria for polytrauma during the year 2016, 145 were selected between the months of September - December 2016 that complied with the selection criteria. By applying Davidson's trauma scale it was determined that 64 patients presented Acute stress disorder (ASD), which represents an incidence the Acute stress disorder (ASD) of 44, 1% of the total. It has been made the multivariate analysis taking for it the factors that associated in the bivariate analysis, that had presented a value $p < 0,05$. The male sex presented a $p = 0,236$, which in sure that there is no association statistically significantly with the Acute stress disorder (ASD). The variable that were associated was: Loss of consciousness ($p = 0.041$). **Conclusions:** The incidence of the acute stress disorder (ASD) of 44, 1% and the factor that were associated with the acute stress disorder (ASD) are Loss of consciousness.

Key words: Acute stress disorder (ASD), polytraumatized, patients.
(Source: DeCS)

I. INTRODUCCIÓN

La denominación de estrés es conocida desde 1934 por Hans Selye. Integrándose como diagnóstico en 1980 por el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM III), calificándolo como trastorno por estrés agudo (TEA). (1)

Actualmente, diversos problemas de salud han sido reconocidos en todo el mundo, y es el estrés, uno de ellos, que se manifiesta en países que van desarrollándose poco a poco. Diversos estudios afirman que 1 de 4 personas sufre estrés, y un 50% de la población mundial presenta algún problema de salud mental. Su aparición depende de cómo el individuo evalué la situación y que recursos posee para afrontarla. (2,3)

No existen límites de edad, pero se conoce que es más frecuente entre la edad de 15 y 48 años, y está entre una de las causas principales de defunción a nivel mundial. A nivel Latinoamericano encontramos desde hace varios años una elevada cifra, siendo el porcentaje de 25% de las 75³ personas afectadas. Se considera que estos números son de tendencia mundial en aquellos países que van desarrollándose poco a poco. (4)

El TEA afecta al menos 20% de personas adultas americanas, siendo más común en personas del sexo femenino en comparación con los hombres. Puede aparecer en cualquier grupo etario, desde la infancia. Esta dolencia, muchas veces, presenta factores de riesgo tal como trastorno mental previo, historia de trauma anterior, y alto nivel de afecto negativo. (5, 6)

Se ha informado que la morbilidad del TEA afecta a casi un 15% a 20% en la población en general, de los cuales fueron 13% a 21% sobrevivientes por accidentes de vehículos de motor y por víctimas de delitos violentos hasta un 19%. También menciona cifras de hasta un

14% en pacientes con traumatismo cerebral leve. El TEA definido como síntomas de manera intensa que se manifiestan en un periodo menor de 1 mes y un mínimo de 3 días; presenta tasas que varían entre poblaciones y tipos de traumas. (7)

Los estudios epidemiológicos proponen que el 50% de los individuos que progresan trastorno de estrés agudo y se mantienen sintomáticas por más de un mes terminan desarrollando Trastorno por estrés postraumático (TEPT) por consecuencia de factores estresantes de la vida cotidiana u otro evento estresante. Para los individuos que desenrollan el trastorno de estrés agudo tiene un impacto importante respecto al funcionamiento interpersonal, social y ocupacional. (8)

Los estudios hechos en personal militar expuesto en campo de batalla y de personas que experimentaron directamente a desastres naturales reportan tasas de prevalencia del trastorno de estrés agudo van en aumento en un 20% a 35%, es probable que estas tasas están subvaloradas, debido a las muchas indisposiciones para informar sobre las patologías del área salud mental en el entorno. Las causas más comunes de TEA son los asaltos, los accidentes de motor, teniendo en cuenta que la incidencia es más elevada en mujeres casi 2 a 3 veces más vulnerables que el sexo masculino a sufrir de TEA debido a una reactividad elevada al momento del trauma. Cifras como de 17,5 % para las mujeres frente al 9.5% de los hombres afirman lo dicho. (9, 10, 11)

Otro de los factores que mencionan, es la figura cultural ya que puede variar según la presentación síntomas. Se han realizado estudios en personas que han padecido algún tipo de accidente automovilístico, y que fueron llevadas al servicio de emergencia, encontrándose que aproximadamente el 11% estaba padeciendo estrés agudo, y además, hasta un 75% de las personas con TEA terminan desarrollando estrés postraumático durante los primeros tres meses posterior al accidente sufrido. Las cifras aumentan durante la evaluación hasta un 80% debido a que si el paciente presentaba lesiones físicas causadas por el

accidente o más de un suceso traumático. La incidencia de estrés agudo aumentaba, cuando el factor estresante era de tipo interpersonal e intencional, por ejemplo tortura o violación. Frecuentemente la gravedad de los pacientes con diagnóstico de TEA que estuvieron relacionadas con accidentes de tránsito fue dada por mayor nivel de rango de síntomas ansiosos, peligro de suicidio y valoración negativa del suceso traumático (12, 13,14)

En nuestra localidad no existen datos epidemiológicos de importancia, que permitan evaluar datos estadísticos acerca de esta patología, motivo por el cual me incentiva a realizar este estudio.

1.1. ANTECEDENTES

Según los antecedentes encontrados y relacionados con la investigación, a nivel internacional tenemos:

Se corrobora que el trastorno por estrés agudo se pone de manifiesto ante la exposición traumática en que el individuo resulta afectado directa o indirectamente, tal es el caso del estudio en un grupo de pacientes ingresados por quemaduras en el Hospital Universitario de Barcelona en el periodo de Abril del año 2009 hasta Mayo del año 2011. Tuvo como objetivo identificar el menester clínico de los pacientes, sus trayectos desde el suceso traumático y la adaptación del individuo en el entorno social. El modelo de estudio fue prospectivo, evaluando a los pacientes desde su entrada al nosocomio. Se escogió a 177 individuos que satisficieron con los criterios de inclusión (128 hombres y 49 mujeres), entre las edades de 18 a 75 años; se recolectaron datos socios demográficos inicialmente mediante el uso de historias clínico luego se utilizó la Escala de Trauma de Davidson, al momento de la entrevista con el paciente. Resultados: El 58% presentó trastorno por estrés agudo, siendo un 72% del género masculino y el 28 % del género femenino, con respecto a la edad promedio fue 39 años y predominio las

personas con grado de instrucción media o superior en un 65%; para el estado civil 70% tenían pareja estable y un 57% laboraban al momento del incidente. Conclusiones: La prevalencia de Trastorno por estrés agudo es semejante a estudios descritos anteriormente, así mismo se verifico mediante análisis bivariado que el sexo masculino estuvo asociado a la patología. Se recomienda ahondar en el tema para lograr una reintegración favorable del individuo en su entorno. (15)

Se avala que actualmente el trastorno por estrés agudo es un problema de salud cada vez más repetitivo como consecuencia de un hecho traumático que trae consigo secuelas que se ponen de manifiesto en el individuo afectado y su desadaptación con su entorno. Por el cual la finalidad de dicha investigación es definir la prevalencia y frecuencia del trastorno por estrés agudo del personal militar combatiente en el Hospital Militar central de Bogotá, Colombia. Utilizando un estudio descriptivo de corte transversal empleando la Escala de Desorden por Estrés Postraumático mediante un análisis bivariado de los resultados obtenidos. Para su muestra tomo en cuenta a 42 pacientes de los 205 que acudieron a la batalla, de los cuales todos resultaron ser varones y con asociación de haber sufrido más de un hecho traumático en un 71.4%, concluyo que la prevalencia fue de 16.6% asimismo proporciona certeza de que las heridas inducidas durante la batalla es una causa de riesgo para el desarrollo de Trastorno por Estrés Agudo. Se sugiere que este tipo de investigación puede ser un punto de partida como línea de investigación dentro del área militar y de esa manera impulsar la evaluación y cuidados psiquiátricos precoces en dicho personal. (16)

Se comprueba que para el trastorno por estrés agudo, uno de los sucesos traumáticos relacionado con este son los desastres naturales debido a su característica del imprevisto en una población produciendo perturbación psicológica individuo. Como objetivo tuvo en cuenta la prevalencia y sus asociaciones epidemiológicas del trastorno por estrés agudo mediante un estudio descriptivo y de asociación simple en un

grupo de 75 pacientes de sexo femenino entre 20 y 70 años evaluadas en el Hospital de Curicó durante el primer mes sucedido el terremoto en Chile. Mediante el uso de historia clínica previa se obtuvo datos tales como estado civil, edad, nivel de instrucción y ocupación al momento del estudio. Se utilizó un instrumento tipo encuesta elaborada acorde a los criterios para diagnóstico de trastorno por estrés agudo, recolectando características clínicas de dicho trastorno. Obtuvo como resultado que el 58% de su población estudiada presentó trastorno por estrés agudo; así mismo la edad promedio fue de 47 años, el 47% tenía pareja estable, un 40% presentó escolaridad primaria y el 35% laboraba antes del desastre. Conclusiones: Los resultados obtenidos están en relación a estudios anteriores en situaciones de desastres y como factor asociado al diagnóstico se encontró la baja escolaridad y antecedente de traumas anteriores. Se recomienda la importancia de capacitar e investigar el abordaje de este tipo de situaciones traumáticas. (17)

Por otra parte dentro de los antecedentes nacionales se encuentra:

Se determinó mediante un estudio realizado en Tingo María - Huánuco a las víctimas por inundación en el año 2008, con el fin de describir la prevalencia y comorbilidad del estrés agudo mediante un estudio observacional, transversal. Se escogió a 230 víctimas de las 26 localidades más afectadas entre la edad de 18 a 40 años. Se utilizó la encuesta para diagnóstico de trastorno por estrés agudo basado en los criterios del DSM –IV, así mismo adicionaron a la encuesta ítems sociodemográficos con el fin de recolectar datos como edad, sexo, estado civil, situación laboral y nivel de instrucción. En efecto se encontró un 64.8% que satisficieron con el diagnóstico clínico de Trastorno por estrés agudo, siendo la edad promedio 37 años y el sexo femenino en un 53% más prevalente en la población estudiada, un 44% resultó estar desempleado durante el hecho traumático y el grado de instrucción baja junto al estado civil “soltero” fueron predominantes.

Conclusiones: Los resultados se asemejan a otros estudios similares, y se infiere en la asociación del sexo femenino y el desempleo de los individuos estudiados. Recomendaciones: Tomar en cuenta el producto de este estudio con el fin de evitar las secuelas del trastorno por estrés agudo y el desarrollo posterior de Trastorno por Estrés Postraumático en futuros desastres. (18)

Otro estudio basado en la capacidad de respuesta de los afectados por la violencia de conflictos armados peruanos, especialmente en las mujeres quechua hablantes en el departamento de Ayacucho en el año 2013. El cual conlleva la intervención psicosocial como respuesta a la inclinación del interés a la recuperación en el terreno de la salud y la violencia. Con el fin de determinar el vínculo entre la clínica postrauma y el trastorno por estrés agudo. Se elaboró un estudio descriptivo transversal en una muestra de 151 mujeres quechuas entre 18 y 45 años, expuestas a violencia durante el conflicto, se utilizó tácticas de muestreo intencional y por conveniencia. Utilizando como instrumento un elaborado cuestionario según los criterios para trastorno por estrés agudo y validado a nivel local y traducido en diferentes culturas. Resultados: El 47% presentó trastorno por estrés agudo, con una edad promedio de 45 años, a pesar de la exposición violenta un 9.3% evoluciono a Estrés Postraumático, un 83 % tuvo como hecho traumático predominantes la muerte de un amigo o familiar. Conclusiones: La asociación entre resultado obtenido y la respuesta a la violencia están asociadas, además la edad y el género se consideran factores importantes para la recuperación. Se recomienda el identificar a estas pacientes a largo plazo e identificar asociaciones próximas que resulten de interés beneficiando estudios posteriores con muestras más grandes para ahondar en el tema. (19)

1.2. JUSTIFICACIÓN

El Trastorno por Estrés Agudo (TEA), producido por una reacción emocional grave como respuesta de un suceso de estrés único, basado en la manifestación de síntomas clínicos singulares en un mínimo de 3 días hasta un mes ocurrido el suceso traumático. Los sucesos asociados más comunes son: accidentes automovilísticos, actos de violencia, perder a un ser querido, abuso sexual, maltrato físico, asaltos, desastres naturales entre otros. (20, 21)

Existen estudios que respaldan y concientizan a investigar en este tipo de diagnóstico ya que hay que tener en cuenta que nuestro medio no es ajeno a esta realidad donde la recuperación y rehabilitación está enfocada en reincorporar a la persona a su ambiente físico, social y laboral. Así mismo por que la gran mayoría de los casos mencionados de TEA evolucionan a TEPT después de 1 mes como punto de corte y actualmente son datos relevantes para el estudio de esta afección. (22)

Esta investigación será de gran relevancia no solo a nivel regional, sino también en nuestro hospital, pues a través de los resultados obtenidos, se podrá identificar los grupos de riesgo, para poder realizar y aplicar medidas de prevención, con la detección temprana de los síntomas de TEA, cabe resaltar que en nuestro medio no hay screening normado que nos permita reconocer el diagnóstico precoz, esto trae como resultado falta de información sobre el impacto general en la vida de pacientes expuestas como son los politraumatizados, esto es alarmante teniendo en cuenta que el número de accidentes es elevado en nuestra población y que hay personas expuestas a sufrir un Trastorno por Estrés Agudo (TEA).

Además, mi investigación se justifica:

Científica: Tiene presente las diversas teorías científicas que sustentan la exigencia de conocer la población afectada con el TEA e intervenir en ellos, probando así la teoría de que el Trastorno por Estrés Agudo es cada vez más fácil reconocerlo clínicamente ya que es una de las causas importantes de muerte mundialmente en la población que experimenta un evento traumático, muchos de ellos pasados por alto debido a la limitada importancia que se le da al ámbito de salud mental del paciente, siendo también un factor de riesgo relacionado con otras patologías asociadas en el mismo individuo. A partir de eso, la importancia de investigar sobre qué factores pudo favorecer la aparición del cuadro clínico y el impacto en la población. En efecto la investigación aumenta el nivel de información del tema.

Metodológica: Porque utiliza y comprueba diversos tipos de métodos de recolección de datos y de investigación los que a través de un cuestionario basado en los criterios diagnósticos del trastorno por estrés agudo descritos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales – Quinta Edición ,2014 (DSM – V); y de procedimientos estadísticos como el uso de Software, buscando identificar los factores asociados y prevalencia del trastorno por estrés agudo en los objetivos planteados. De esta manera permitir la prueba de las hipótesis de trabajo y de los resultados apoyados en las técnicas de investigación validadas por el medio.

Práctica: Debido a que los resultados y conclusiones que produzca este estudio podrán ser de utilidad como fuente de información confiable y válida a otras futuras investigaciones, y con la finalidad de encontrar medidas precisas al problema de salud que acarrea a miles de individuos principalmente por los profesionales enfocados en el ámbito de Salud que laboran específicamente en la Unidad de Cirugía para la toma de soluciones en cuanto al tratamiento biopsicosocial para disminuir la incidencia del TEA.

1.3. MARCO TEÓRICO

La palabra estrés mencionada desde tiempos antiguos, para múltiples realidades. Desde el siglo XX descrito por Cannon, luego en 1878 por Eulemburg quien intento explicarlo dándole el nombre de “psicotrauma”. Y es recién en 1934 por Hans Selye que lo denomina como “Síndrome general de Adaptación”.

Actualmente el Trastorno por Estrés Agudo, ya clasificado por la Sociedad Americana de Psiquiatría como dentro de los trastornos de ansiedad junto con el Trastorno por estrés postraumático, tiene una orientación más precisa hacia el diagnóstico basado esencialmente en criterios sintomáticos. (23, 24)

El TEA tiene como característica fundamental el suceso traumático imprevisto experimentado por el individuo ya sea directamente, indirectamente o presenciado con una respuesta psíquica que provoca la desorganización de la funciones del Yo, generando como consecuencia los demás síntomas.

En la población adulta se considera como factores de riesgo diversos antecedentes, tales como neuroticismo, traumas anteriores (abuso sexual, violencia doméstica, etc.), patología mental previa y consumo de sustancias psicoactivas. Por otro lado en la población infantil latinoamericana, predominan la edades de entre 8 a 17 años siendo la causa más común la violencia doméstica y el abuso sexual. (25)

El tipo de suceso relacionado con el TEA es uno de los aspectos importantes ya que repercute directamente en el individuo y puede reaccionar de diferentes formas. Se mencionan cifras para accidentes de tránsito en un 39 % y en cifras menores agresiones sexuales, asaltos violentos. Siendo de mayor prevalencia los accidentes de tránsito relacionado con el TEA, y un 12.5% de estos evolucionan a TEPT. Otro

aspecto es el género, siendo más vulnerable el sexo femenino que el sexo masculino, en un 26.8% y 15% respectivamente. (25, 26, 27)

En efecto, la definición de un paciente politraumatizado, engloba a todo individuo, cuya sintomatología incluye lesiones de etiología traumática, y que afecta, al menos dos aparatos y/o sistemas, de los cuales uno de ellos, puede poner en riesgo la vida. Los pacientes que sufren un politrauma severo son aquellos que tiene afección de un solo aparato y/o sistema, pero tiene compromiso vital o alguna complicación grave. Esto, difiere al paciente con politrauma del paciente policontuso, que pese a las lesiones severas, no existe compromiso vital. (28,29)

Cabe resaltar que actualmente según la nueva definición por la Asociación Americana de Psiquiatría (2013), y por la controversia que ha generado, se han resaltado fundamentalmente dos aspectos que distinguen el Trastorno por estrés agudo del Trastorno por estrés postraumático, mencionando 1) Los síntomas se manifiestan durante las primeras 4 semanas como máximo luego del evento trauma y duran un mínimo de 3 días. Si su duración es mayor de un mes, se puede considerar el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático, y 2) Tiene mayor relevancia la sintomatología disociativa. (1, 7)

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales – Quinta Edición ,2014 (DSM – V), existen criterios validados a nivel internacional para realizar el diagnóstico de Trastorno por Estrés Agudo³⁰, los que se mencionan, a continuación:

- A. Peligro de fallecimiento, daño grave o violación sexual, ya sea efectiva o intimidación, en una (o más) de las formas siguientes:
 - 1. Sufrir experiencia propia del evento(s) traumático(s).
 - 2. Observación personal del hecho(s) sucedido(s) a otros.

3. Conocer que el evento(s) traumático(s) ha sucedido a un pariente cercano o a un conocido íntimo.

Nota: En los casos de muerte real o la amenaza de un pariente o compañero, el evento(s) tiene que ser violento o accidental.

4. El riesgo repetido o extremado por fracciones repulsivas del evento(s) traumático(s) (p. ej., las personas que ayudan a recoger restos humanos, policías constantemente expuestos a casos de violencia infantil).

Nota: Esto no incluye a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que este riesgo esté relacionado con el lugar donde labora.

- B. Mostrar 9 (o más) de las manifestaciones siguientes de alguna de las 5 categorías de evitación, intrusión, disociación, estado de ánimo negativo y alerta, que empieza o se agrava luego del evento(s) traumático(s):

- Síntomas de intrusión

1. Alusiones angustiosas repetitivas, inconscientes e invasivas del evento(s) traumático(s).
2. Sueños de angustia reiterados en los que el tema y/o el efecto del sueño está en relación con el evento(s).
3. Respuestas disociativas (p. ej., sucesos retrógrados) en las que la persona sufre o actúa como si se reiterará el evento(s) traumático(s). (Estas manifestaciones se pueden originar de forma repetitiva, y la manifestación más extremista es una pérdida total de conciencia del ambiente actual.)
4. Molestia psicológica intensa o prolongada, o manifestaciones fisiológicas significativas en respuesta a factores internos o externos que representan o se asemejan a un aspecto del evento(s) traumático(s).

- Estado de ánimo negativo

5. Incapacitación constante de vivir emociones positivas (p. ej., sentimientos amorosos, satisfacción o felicidad).

- Síntomas disociativos:
 6. Noción de la realidad alterado del ambiente o de sí mismo (p. ej., verse a sí mismo desde la visión de otro, estar pasmado, lentitud del tiempo).
 7. Incapacitación de acordarse un punto importante del evento(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).

- Síntomas de evitación
 8. Lucha para evitar recordar los pensamientos o sentimientos de angustia acerca o asociados al evento(s) traumático(s).
 9. Procura esquivar factores externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que causan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca del o estrechamente asociados al evento(s) traumático(s).

- Síntomas de alerta
 10. Sueño alterado (p. ej., dificultad para lograr dormir o seguir el sueño, o sueño intranquilo).
 11. Conducta irascible acompañada de arrebatamientos de furia (con poca o ninguna incitación) que se manifiesta de forma típica como ataque verbal o física contra individuos u objetos.
 12. Hipervigilancia.
 13. Problemas para concentrarse.
 14. Conducta de sobresalto exagerada.

- C. El curso de la patología (síntomas del Criterio B) es de 3 días a 1 mes luego de la exposición al trauma.

Nota: Los síntomas comienzan en general inmediatamente después del trauma, pero es necesario que persistan al menos durante tres días y hasta un mes para cumplir los criterios del trastorno.

- D. La perturbación origina molestias clínicamente significativas o desperfecto en lo laboral, social u otras áreas importantes del funcionamiento.

- E. La perturbación no se puede otorgar a los resultados fisiológicos de una sustancia (p. ej., alcohol o medicamento) u otra enfermedad médica (p. ej., traumatismo cerebral leve) y no se interpreta mejor por un trastorno psicótico breve.

Basta que cumplan con 9 de 14 síntomas citados en el criterio B; activación, intrusión, disociación, evitación, y estado de ánimo negativo; para el diagnóstico de TEA. (1, 7, 21)

1.4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las características clínicas del Trastorno por estrés Agudo en pacientes politraumatizados atendidos en el servicio de cirugía del Hospital Santa Rosa de Piura?

1.5. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

1.5.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar la forma de presentación del Trastorno por Estrés Agudo en pacientes politraumatizados atendidos en el servicio de cirugía del Hospital Santa Rosa de Piura, periodo Setiembre – Diciembre 2016.

1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la incidencia del Trastorno por Estrés Agudo en los pacientes Politraumatizados atendidos en el servicio de cirugía del Hospital Santa Rosa de Piura Periodo Setiembre – Diciembre 2016.

2. Identificar los factores epidemiológicos asociados (tipo de evento, edad, sexo, comorbilidades) al Trastorno por Estrés Agudo en pacientes politraumatizados atendidos en el servicio de cirugía del Hospital Santa Rosa de Piura, Periodo Setiembre – Diciembre 2016.

3. Determinar los tipos de eventos traumáticos que ocasionaron el politrauma en pacientes politraumatizados atendidos en el servicio de Cirugía del Hospital Santa Rosa de Piura, Periodo Setiembre – Diciembre 2016.

4. Determinar los aparatos y sistemas corporales más afectados en pacientes politraumatizados atendidos en el servicio de cirugía del Hospital Santa Rosa de Piura, Periodo Setiembre – Diciembre 2016.

II. MARCO METODOLÓGICO

2.1. VARIABLES

V1: Variable independiente:

Politrauma o trauma multisistémico

✓ Definición conceptual:

El politraumatismo es aquel suceso traumático en cual existe simultaneidad de las lesiones traumáticas múltiples ocasionadas por un mismo accidente alterando de forma orgánica tanto circulatoria como ventilatoria de esta forma compromete y pone en riesgo vital inmediatamente al individuo. Siendo una causa frecuente de muerte en individuos mayores de 45 años. Generalmente se presenta en eventos tipo Accidente de tránsito, Quemaduras > 20%, fracturas múltiples, herida por arma blanca o de fuego, amputación de miembros, trauma vertebro medular, trauma encéfalo craneano, etc.

V2: Variable dependiente:

Estrés Agudo según escala de Trauma de Davidson

✓ Definición conceptual:

Es una psicopatología que se caracteriza por tener síntomas específicos después de un evento o experiencia traumática o estresante, que puede causar algún daño físico o puede ser catastrófico para la víctima con un periodo de duración de 3 días como mínimo hasta máximo 1 mes. Se manifiesta que para su diagnóstico puede cumplir con 9 criterios de los 14 mencionados en el criterio B. Para tener una mejor orientación, en este estudio también se mencionan los criterios diagnósticos que estipula el DSM – V:

A) Peligro de fallecimiento, daño grave o violación sexual, ya sea efectiva o intimidación

- B) Mostrar 9 (o más) de las manifestaciones siguientes de alguna de las 5 categorías de evitación, intrusión, disociación, estado de ánimo negativo y alerta.
- C) El curso de la patología (síntomas del Criterio B) es de 3 días a 1 mes luego de la exposición al trauma.
- D) La perturbación origina molestias clínicamente significativas o desperfecto en lo laboral, social u otras áreas importantes del funcionamiento.
- E) La perturbación no se puede otorgar a los resultados fisiológicos de una sustancia (p. ej., alcohol o medicamento) u otra enfermedad médica (p. ej., traumatismo cerebral leve) y no se interpreta mejor por un trastorno psicótico breve.

2.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES
Estrés Agudo	Cualitativo	Es una psicopatología que se caracteriza por tener síntomas específicos después de un evento o experiencia traumática o estresante, que puede causar algún daño físico o puede ser catastrófico para la víctima. Para tener una mejor orientación, en este estudio también se han considerado los criterios diagnósticos que estipula el DSM – V.	Pacientes diagnosticados con trastorno por estrés agudo positivo que satisficieron con las normas de selección, obtenidas mediante la escala de trauma de Davidson, se consideró los siguientes características: 1. Edad 2. Sexo 3. Estado civil 4. Comorbilidades	Intervalo	1. Edad - 18 – 27 - 28 - 37 - 38 – 47 - 48 – 57 - > 58
				Nominal	2. Sexo - Masculino =0 - Femenino =1
				Nominal	3. Estado Civil - Soltero=0 - Casado=1 - Conviviente=2 - Otros = 3
				Nominal	4. Comorbilidades - No=0 - Si=1 ¿Cuáles? DM, HTA, NAC, entre otras
Politrauma	Cualitativa	El politraumatismo es aquel suceso traumático en cual existe simultaneidad de las lesiones traumáticas múltiples ocasionadas por un mismo accidente alterando de forma orgánica tanto circulatoria como ventilatoria de esta forma compromete y pone en riesgo vital inmediatamente al individuo	Pacientes diagnosticados con politraumatismo que cumplieron con la definición y criterios diagnósticos según el ATLS, producto de un evento traumático. Se considera las siguientes particularidades consignadas en la historia clínica : 1. Tipo de evento 2. Fracturas 3. Traumatismo encéfalo craneano 4. Aparato o sistema afectado	Nominal	1. Tipo de evento - Accidente de tránsito - Herida por arma de fuego - Herida por arma blanca - Traumatismo encéfalo craneano - Otros
				Nominal	2. Fracturas - No=0 - Si=1
				Ordinal	3. Traumatismo encéfalo craneano - Leve (13-15) - Moderado (9-13) - Severo (3-8)
				Nominal	4. Aparato o sistema afectado - Sistema respiratorio - Sistema gastrointestinal - Sistema osteomioarticular - Sistema neurológico - Otros

2.3. METODOLOGÍA

Se empleó el método observacional.

2.4. TIPO DE ESTUDIO

Estudio exploratorio, descriptivo.

2.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Diseño observacional, de corte transversal.

2.6. POBLACIÓN Y MUESTRA

- Universo: Todos los individuos politraumatizados evaluados en el Tópico del Servicio de Emergencia de Cirugía del Hospital Santa Rosa de Piura durante el periodo Setiembre 2016 - Diciembre 2016.
- Población: Pacientes politraumatizados internados en el servicio de Cirugía del Hospital Santa Rosa de Piura durante el periodo Setiembre 2016 - Diciembre 2016.
- Muestra: Mediante un muestreo no probabilístico; por conveniencia se seleccionaron a 145 pacientes; de los cuales 130 pertenecieron al servicio de Hospitalización y 15 al servicio de Consultorio Externo; que fueron atendidos en el Hospital Santa Rosa con criterios de Politraumatizados, entre los meses Setiembre 2016 - Diciembre 2016, que satisficieron con los criterios de inclusión y exclusión.
- Unidad de análisis: Estuvo formado por cada individuo politraumatizado que haya sido internado en el área de Cirugía del Hospital Santa Rosa de Piura durante el periodo Setiembre 2016 - Diciembre 2016, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.
- CRITERIOS DE INCLUSIÓN:
 - Pacientes que cumplan el concepto de Politraumatizados.

- Pacientes que cumplan con los criterios diagnósticos de Trastorno por Estrés Agudo
 - Pacientes mayores de edad, que decidan por sí mismos llenar la encuesta.
 - Pacientes que presenten condición no analfabeta y sean capaces de leer y llenar la encuesta por sí solos.
 - Pacientes que admitan colaborar en la investigación y firma de consentimiento informado.
- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:
- Pacientes con diagnóstico de patología psiquiátrica previa, por ejemplo, pacientes con depresión severa, ansiedad, porque afecta la correcta aplicación del instrumento de medición.
 - Pacientes con Trauma Encéfalocraneano grave, que imposibilita la entrevista.
 - Pacientes en estado de ebriedad.
 - Pacientes que hayan fallecido durante el periodo de estancia hospitalaria.
 - Pacientes que no hayan completado la encuesta correctamente.
 - Pacientes con domicilio fuera de la provincia de Piura que impida la recolección de datos.

2.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizaron como técnicas de recolección de datos el uso de historia clínica para la extracción del diagnóstico de ingreso y datos sociodemográficos y así poder identificar a los individuos que satisfacían con las reglas de selección. Se sometieron a la investigación los individuos politraumatizados que han sido evaluados en el servicio de Cirugía del Hospital Santa Rosa después de 3 días haber sufrido el hecho traumático y un máximo de 1 mes. La evaluación se realizó en el momento de la atención por hospitalización y consultorio externo, previa

entrevista donde se le informa al individuo acerca del estudio y la importancia de su apoyo durante el periodo Setiembre a Diciembre del año 2016. Aplicando luego de ello la encuesta impresa, Escala de Trauma de Davidson, para la recolección de datos clínicos para el diagnóstico.

Los datos correspondientes a los indicadores de las variables que se estudiaron fueron también redactados en el instrumento de recolección como táctica para confirmar la información dada por la historia clínica. Luego se pasaron los datos a una base y se realizó su análisis respectivo en programas estadísticos.

El cuestionario de trauma de Davidson validado con anterioridad originalmente a nivel internacional en Estados Unidos en veteranos de guerra, mostrando una fiabilidad y validez convergente. Actualmente traducida al español por Bobes, et al en el año 2000 justificando que sus índices son adecuados en este tipo de estudios ya que demuestra confiabilidad y discriminación en las muestras obtenidas. En el ámbito nacional, la Escala de Trauma de Davidson fue validada en la ciudad de Ayacucho en las víctimas por accidentes de tránsito para identificar la presencia de estrés agudo. En nuestro medio este estudio busca frutos similares a estudios previos utilizando como modelo la encuesta validada en el medio nacional y traducida al español. (Anexo N°1).

Si bien es cierto esta escala auto administrada de 17 parámetros que evalúa y diagnóstica la gravedad y frecuencia de la sintomatología del Trastorno por Estrés Posttraumático, para este estudio se le tomó en cuenta respaldando su uso en estudios similares, debido a sus características clínicas médicas de este grupo de pacientes, y la repercusión en el área de salud mental del individuo. Tal como Sara Guila et al en su estudio, donde aplicó la Escala de Trauma de Davidson y obtuvo como diagnóstico de TEA en la mitad de su población,

demostrando con un previo análisis con otros instrumentos, que esta Escala está relacionada y se justifica su uso por el menor número de valor perdido en la base de datos ²¹; pensando que a futuro se pueda identificar la presencia de TEPT en los pacientes que intervinieron en este estudio.

El tipo de respuesta varía en cada una de estas subescalas, ya que el formato de respuesta brinda 5 alternativas para gravedad (0= nada a 4= extremadamente alto) y para frecuencia (0=nunca y 4= todos los días). Los autores en el año 2013, manifiestan la sugerencia de considerar la sumatoria total de los puntos, obtenida de la suma del puntaje de las respuestas brindadas tanto en la gravedad como en la frecuencia de cada síntoma. Este puntaje total oscila entre 0 y 136, ya que a mayor puntaje, mayor incidencia del Trastorno por Estrés. Davidson y colaboradores, estableció como criterio de corte los 40 puntos para el diagnóstico, con una sensibilidad y una especificidad del 69% y 95% respectivamente. Así también un 92% para el valor predictivo positivo, 83% para el valor predictivo negativo y un alfa de Crombach de 0,97. ^{4, 6,}

24

2.8. MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS

La información adquirida será tratada empleando el paquete estadístico Stata 11.1 y Office Excel, los que luego serán presentados en cuadros descriptivos. Para las variables categóricas, se realizó una partición de frecuencias y se calcularon mediciones de dispersión e inclinación central para las variables cuantitativas. Se realizó un análisis bivariado utilizando la prueba chi cuadrado de Pearson, para determinar asociación estadísticamente significativa entre las variables estudiadas y el diagnóstico de TEA. Para las variables cuantitativas, se hizo el análisis con el programa T-student. Además, se realizó el análisis multivariado

para determinar asociaciones independientes con cada factor asociado en el análisis bivariado, mediante regresión logística de binomios. Se estima el valor $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

2.9. ASPECTOS ÉTICOS

La presente investigación se desarrolló con el permiso de las autoridades competentes del Hospital Santa Rosa de Piura, y fue observado y aceptado por el Comité de Ética de la Universidad Cesar Vallejo Filial Piura. Así mismo la encuesta empleada para la recolección de información, cuenta con el consentimiento informado de cada paciente que participo en el estudio.

III. RESULTADOS

De los 462 pacientes que presentaron criterios diagnósticos de Politraumatismo durante el año 2016, se seleccionaron a 145 entre los meses Setiembre – Diciembre 2016, que cumplían con los criterios de selección. Al aplicarles la Escala de Trauma de Davidson, se determinó que 64 pacientes presentaron Trastorno de Estrés Agudo, lo que representa que la incidencia de TEA fue del 44,1% del total.

TABLA N°1

Proporción de pacientes politraumatizados que presentaron TEA atendidos en el Hospital Santa Rosa. Setiembre – Diciembre 2016

Proporción de TEA	nº	%
Si	64	44,1
No	81	55,9
Total	145	100.
		0

Fuente: Pacientes del Hospital Santa Rosa.

TABLA N°2

Porcentaje del grupo etario de los pacientes con TEA atendidos en el Hospital Santa Rosa periodo Setiembre – Diciembre 2016

Edad	n°	%
18 – 27	24	39,5
28 - 37	24	39,5
38 – 47	4	5,3
48 – 57	8	10,5
> 58	4	5,2
Total	64	100.0

Fuente: Pacientes del Hospital Santa Rosa.

De los 64 pacientes que presentaron Trastorno por estrés Agudo, de los cuáles 24 tuvieron entre los 18-27 años, que equivale a un 39,5%. Si sumamos las dos primeras categorías de los grupos etarios: 18 – 27 y 28 – 37, tendremos como resultados un porcentaje acumulado de 79%, esto significa que este porcentaje de pacientes con TEA tienen una edad máxima de 37 años.

TABLA N°3

Tipo de evento o suceso traumático en pacientes politraumatizados atendidos en el Hospital Santa Rosa. Setiembre – Diciembre 2016.

Tipo de evento	n°	%
Accidente de tránsito	82	56,6
Herida por arma blanca	32	22,1
Herida por arma de fuego	15	10,3
Golpe en cabeza	11	7,6
Otros	5	3,4
Total	145	100.0

Fuente: Pacientes del Hospital Santa Rosa

TABLA N° 4.

Sistemas más afectados en pacientes politraumatizados del Hospital Santa Rosa. Setiembre – Diciembre 2016

Sistemas más afectados	n°	%
Sistema osteomioarticular	89	61,4
Sistema gastrointestinal	28	19,3
Sistema neurológico	13	9
Sistema respiratorio	10	6,9
Otros sistemas	5	3,4
Total	145	100.0

Fuente: Pacientes del Hospital Santa Rosa

El tipo de evento o suceso traumático que se presentaron en los pacientes politraumatizados fue el accidente de tránsito con un 56,6%, y el sistema más afectado fue el sistema osteomioarticular con un 61,4. El resto de características se encuentran en las tablas 3 y 4

TABLA N°5.

Análisis bivariado de las variables categóricas: Factores asociados a TEA en pacientes politraumatizados del Hospital Santa Rosa periodo Setiembre – Diciembre 2016

Variable	Trastorno de Estrés Agudo						x²*	P
	Si		No		Total			
Sexo	nº	%	nº	%	nº	%		
Femenino	17	26,6	16	19,8	33	22,8		
Masculino	47	73,4	65	80,2	112	77,2	3,12	0,015
Pérdida de la conciencia								
Si	45	65,8	34	41,5	79	54,5	3,22	0,040
No	19	34,2	47	58,5	66	45,5		
Presentó algún tipo de fractura								
Si	51	71,1	67	82,9	118	81,4	3,47	0,249
No	13	28,9	14	17,1	27	19,6		
Comorbilidad								
Si	24	44,7	26	31,7	50	34,5	3,31	0,413
No	40	55,3	55	68,3	95	65,5		
Regresión logística bivariada								
Grado de instrucción	-	-	-	-	-	-	2,56	0,245
Estado civil	-	-	-	-	-	-	3,21	0,442

*Chi² de Pearson

Fuente: Pacientes del Hospital Santa Rosa

De los 64 pacientes que presentaron TEA, el 77,2% perteneció al sexo masculino. De 145 pacientes politraumatizados, el 54,5% presentó pérdida de la conciencia, solo 27 pacientes (19,6%) no presentaron algún tipo de fractura y el 34,5% presentó alguna comorbilidad asociada. Se realizó el análisis bivariado para determinar asociación, y las variables que resultaron asociadas fueron el sexo masculino ($p=0,015$), pérdida de la conciencia ($p=0,040$).

TABLA N° 6.

Análisis multivariado de los factores y su asociación con el Trastorno por Estrés Agudo en pacientes politraumatizados del Hospital Santa Rosa periodo Setiembre – Diciembre 2016

Variables	D.E	X2	p	OR
Sexo	0,436	3,345	0,236	1,234
Pérdida de la conciencia	0,563	3,923	0,041	2,331

Fuente: Pacientes del Hospital Santa Rosa.

Se realizó el análisis multivariado, tomando para ello los factores que se asociaron en el análisis bivariado, que habían presentado un valor $p<0,05$. La pérdida de la conciencia obtuvo un valor $p=0,041$, con lo que afirmamos que existe asociación estadísticamente significativamente con el TEA.

IV. DISCUSIÓN

Al obtener los resultados de este estudio, se responde a la pregunta de investigación y a sus objetivos. Las características clínicas del trastorno por estrés agudo encontradas en la muestra evaluada de 145 pacientes politraumatizados del servicio de cirugía, refleja que la incidencia del trastorno por estrés agudo es de 44.1 % lo cual indica una alta cifra identificada de esta patología en nuestro medio. Este resultado es congruente con diversos estudios a nivel internacional y nacional encontrados acerca del trastorno por estrés agudo tales como; Sara Guila¹⁵ en Barcelona (2014) quien estudio a 177 pacientes ingresados por quemaduras que cumplieron sus criterios de selección determinando como relevante que el 58% presentó trastorno por estrés agudo siendo ligeramente superiores sus cifras a este estudio, se presume que el evento traumático relacionado influyó en su resultado.

Se comprueba que para el trastorno por estrés agudo, uno de los sucesos traumáticos relacionados son los desastres naturales por tal motivo Verónica Vitriol G¹⁷ que a través de su estudio en 75 pacientes encontró que el 58.7% presentó manifestaciones clínicas de Trastorno por estrés agudo en pacientes víctimas del terremoto en Chile. También Paula A. Corzo¹⁶ en el Hospital Militar central de Bogotá (2009) estudio a 42 pacientes del personal militar que acudió a batalla, obteniendo un 16.6% como incidencia de trastorno por estrés agudo, ciertamente las cifras reportadas en este estudio son inferiores a las dichas en mi estudio aludiendo esta diferencia a que su muestra fue inferior y las diferencias entre las asociaciones al hecho traumático ya que este tipo de pacientes estuvo relacionado con hechos traumáticos anteriores así mismo las heridas inducidas durante la batalla es un factor de riesgo relacionado en el estudio. Sugiriendo que este tipo de investigación puede ser un punto de partida como línea de investigación dentro del área militar.

Desde el ámbito nacional, reportan cifras similares de prevalencia de trastorno por estrés agudo de un 64.8% en el estudio de Yliana Rojas Medina et al (2008)¹⁸ realizado en Tingo María - Huánuco a las víctimas por inundación, corroborándose con las cifras encontradas en este estudio. Otro aspecto

relacionado es que se toma cuenta el producto de este estudio con el fin de evitar las secuelas del trastorno por estrés agudo y el desarrollo posterior de Trastorno por Estrés Postraumático en futuros desastres.

Otro estudio a nivel nacional que se corrobora es el de Suarez, E. B.¹⁹ (2013), en Ayacucho quien observó la asociación entre los síntomas postraumáticos relacionados con el estrés en mujeres quechuas víctimas de violencia de conflictos armados con el objetivo de determinar la asociación entre la clínica postrauma y el trastorno por estrés agudo, obtuvo que el 47% presentó trastorno por estrés agudo conllevando la intervención psicosocial como respuesta a la inclinación del interés a la recuperación en el terreno de la salud y la violencia.

Se discute el hecho que estudios anteriores tanto internacional o nacionalmente antes mencionados, en su mayoría obtenga cifras ligeramente superiores a las encontradas, imputando las circunstancias o sucesos en donde se aplica el estudio. Lo que nos sugiere que en el aspecto del paciente politraumatizado y los otros grupos existen variables que se asocien al resultado.

Por otro lado, con respecto a uno de los objetivos del estudio, se identificaron los factores epidemiológicos asociados encontrando los rangos de edades predominantes entre 18 a 37 años representando el 39.5% y el sexo masculino en un 77.2%. Esta característica es similar a lo encontrado en los estudios de Sara Guila¹⁵ y Paula A. Corzo¹⁶ siendo un 72% para el sexo masculino, con respecto a la edad promedio fue 39 años y predominó las personas con grado de instrucción media o superior en un 65%; para el estado civil 70% tenían pareja estable y un 57% laboraban al momento del incidente. Otro estudio que se relaciona es el de Yliana Rojas Medina¹⁸ que encontró la edad promedio de 37 años relacionado con el estrés agudo. Cabe resaltar que este mismo estudio encontró resultados que se contraponen en lo que se refiere al género, siendo sexo femenino la asociación en su estudio con el trastorno por estrés agudo en un 53%.

Con respecto a los otros factores asociados, en este estudio no se encontró relación entre el estado civil, laboral y grado de instrucción. Se delibera que el sexo masculino fue el factor epidemiológico asociado a este estudio, aludido a las condiciones psicopatologías vulnerables y la exposición frecuente del género a situaciones que conllevan a un trauma.

Otro de los factores epidemiológicos asociados en este estudio, es el evento traumático encontrando al accidente de tráfico en un 56.6% y para el sistema osteomioarticular el cual fue el más afectado en un 61.4 %.

Desde el aspecto de análisis estadístico, en el análisis bivariado de las variables categóricas, se obtuvo para el sexo masculino un $p=0.015$. Se determinó que el TEA era más frecuente en varones, lo cual se corrobora con lo descrito por Paula A. Corzo P¹⁶, que encontró más altos porcentajes del TEA para el sexo masculino.

Otro estudio realizado por Rojas¹⁸, con una población de 230 pacientes politraumatizados, los cuales fueron atendidos en un centro psiquiátrico, y de una determinada población de sobrevivientes, el TEA se encontró en un 64.8% y las mujeres fueron una de las asociaciones más importantes lo cual se contrapone a nuestro estudio que encontró como factor asociado el sexo masculino.

Otro hallazgo importante, es la pérdida de la conciencia se presenta en el 54.5% del total de politraumatizados, siendo este un factor asociado para presentar TEA. Esto se corrobora con un estudio realizado por Zatzick y col³¹, que investigó a 3047 pacientes sobrevivientes de Politraumatismo y determinó que los pacientes con pérdida de la conciencia presentaron mayor riesgo de padecer TEA. Esto se asemeja mucho a nuestro estudio y tiene gran relevancia, puesto que la pérdida de la conciencia en nuestro estudio es regular y es una de las características que conllevan a la fracaso de tratamiento y persistencia de síntomas hasta por más de 5 años, dando como resultado otros diagnóstico asociados al TEA.

En el análisis multivariado, para determinar qué factores están asociados de forma independiente (sin influencia de otras variables) con la aparición de TEA,

se encontró que solo la pérdida de conciencia ($p= 0,041$) presenta asociación estadística de manera significativa, lo cual se corrobora con los estudios mencionados anteriormente.

Dentro de las limitaciones que tuvimos en nuestro estudio fue el acceso a la entrevista con los pacientes, ya que muchos no aceptaban o por encontrarse en apuros, se negaban a resolver la encuesta. Pese a ello, al tener un adecuado tamaño muestral, puede servir como un primer reporte que motive a investigaciones prospectivas próximas.

V. CONCLUSIONES

La recuperación física y psicológica del individuo al evento traumático requiere de una serie de procesos a lo largo del tiempo. Estudios anteriores en muestras semejantes señalan la diversidad en los resultados obtenidos, concedidos por las características de la población, el estudio y el incidente.

Por lo anteriormente mencionado, se concluye que:

1. Se concluye que la prevalencia del trastorno por estrés agudo es probablemente mucho mayor de lo que se admite, especialmente si se consideran las formas de presentación. La incidencia del TEA fue de 44,1% en los pacientes politraumatizados atendidos en el Hospital Santa Rosa, periodo Setiembre – Diciembre 2016.
2. Las experiencias traumáticas atentan contra la integridad de las personas, modificando su funcionamiento normal en el ámbito biológico, psicológico, laboral y social. Además, pueden alterar la sensación de control, seguridad y su percepción de futuro. No todos los individuos reaccionan de la misma manera tras vivenciar un acontecimiento traumático. Unas son capaces de superarlo sin gran dificultad, mientras que otras parecen estancarlo en su memoria emocional haciendo que la persona viva anclada en el pasado. En efecto, es importante identificar el tipo de evento que genera este trastorno junto con la afección física. Siendo para este estudio concluyente que el accidente de tránsito fue el tipo de evento o suceso traumático más frecuente junto con el sistema osteomioarticular en los pacientes politraumatizados atendidos en el Hospital Santa Rosa, periodo Setiembre – Diciembre 2016.
3. La investigación científica en este campo es absolutamente necesaria, pero debe cumplir con todos los requisitos éticos que actualmente se exige a la investigación científica. En este sentido, dos puntos deben ser tomados particularmente en cuenta en personas afectas de TEA: la pérdida de la conciencia y el sexo masculino en los pacientes

politraumatizados atendidos en el Hospital Santa Rosa, periodo
Setiembre – Diciembre 2016.

VI. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda fomentar la visión de un grupo de personal capacitado en el tema, que trabaje proactivamente con las personas afectadas. De esta manera poder identificar a tiempo las enfermedades del grupo psiquiátrico, posterior a un suceso traumático, teniendo como aspecto importante que el Trastorno por Estrés Agudo es una patología, cuyo cuadro clínico es recurrente siendo probable que evolucione a un cuadro de Estrés Postraumático, y consecuentemente puede conducir a desadaptar totalmente al individuo de su ambiente.
2. Ante la importancia del aumento de incidencia de los accidentes de tránsito reconociendo que dentro de sus secuelas psicológicas se encuentra el trastorno por estrés agudo, el personal de salud especialmente el médico debe estar preparado para el sugerente diagnóstico y tratamiento de esta patología orientado hacia la prevención de las formas crónicas de este trastorno. Recomendando dentro de las indicaciones del alta médica la derivación al psiquiatra para un manejo global que posibilite una pronta recuperación e idealmente una total rehabilitación

Se aconseja brindar a conductores tanto como peatones la información necesaria sobre las normas de tránsito y concientizar el manejar siempre con prudencia y mantenerse atento ante cualquier imprevisto. También la posibilidad de realizar estudios psicológicos previos con el fin de determinar los malos hábitos y factores que con llevan al accidente de tránsito. Y a las autoridades encargadas, la inspección y el mantenimiento multidisciplinario de los vehículos motorizados.

3. Dado que el sistema osteomioarticular fue uno de los más afectados se recomienda implementar un programa determinado a la rehabilitación y reintegración del individuo apoyado por las especialidades respectivas con el fin de lograr mínimas secuelas en el individuo e instruir a los familiares del individuo afectado a brindar el apoyo psicológico necesario

durante el proceso de recuperación. En las situaciones más graves el manejo demandara un mayor tiempo y de estrategias tanto farmacológicas como psicoterapéuticas específicas y adecuadas a cada caso en particular.

4. Se recomienda realizar estudios prospectivos a largo plazo con el objetivo de realizar un seguimiento correcto a estos pacientes y poder determinar la presencia de algún otro factor asociado adicional a ya mencionados, así mismo reconocer a la población masculina en riesgo ya que se demostró que son un factor asociado al desarrollo de TEA. Dicho seguimiento podría realizarse con el apoyo del hospital sede del estudio, seleccionando a los pacientes en riesgo para que puedan pasar por los consultorios de Psiquiatría.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dosne Pasqualini C. Stress y resiliencia: Hans Selye y el encuentro de las dos culturas. *Med B Aires*. 2013;73(5):504-5.
2. Fraga MP. Estrés y factores relacionados en el personal sanitario de hospitalización psiquiátrica: un estudio de prevalencia. *Enferm Glob*. 2013;12(3):125-50.
3. Capano A, Pacheco A. Estrés y violencia domestica: un estudio en adultos referentes de niños, niñas y adolescentes. *Cienc Psicológicas*. 2014;8(1):31-42
4. Kassam-Adams, N., Gold, J. I., Montañó, Z., Kohser, K. L., Cuadra, A., Muñoz, C. and Armstrong, F. D. (2013), Development and Psychometric Evaluation of Child Acute Stress Measures in Spanish and English. *J. Traum. Stress*, 26: 19–27. doi: 10.1002/jts.21782
5. Monroy Cortés BG, Palacios Cruz L. Resiliencia: “Es posible medirla e influir en ella “*Salud Ment*. 2011; 34(3):237-46.
6. Zatzick DF, Rivara FP, Jurkovich GJ, Hoge CW, Wang J, Fan MY, Russo J, Trusz SG, Nathens A, Mackenzie EJ. Multisite investigation of traumatic brain injuries, posttraumatic stress disorder, and self-reported health and cognitive impairments. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67(12):1291-1297.

7. Bados, Arturo. Trastorno por estrés postraumático. Universidad de Barcelona.2015;131:9-23
8. Payamps C, Anyeli R, Cartaya E, Alberto J, Acosta P, Rafael J, et al. Algunas especificidades concernientes al paciente politraumatizado grave. Rev Cuba Cir. septiembre de 2016;55(3):220-33.
9. Arenas MC, Puigcerver A. Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. Escr Psicol Internet. 2009;3(1):20-9.
10. Acosta, Ana Isabel Moreno, et al. "Distress, anxiety and depression in Colombian oncology patients and their relation with perceived competence. Avances en Psicología Latinoamericana, vol. 33, no. 3, 2015, p. 517+
11. Jiménez AE, Cubillos RA. Estrés Percibido y Satisfacción Laboral después del Terremoto Ocurrido el 27 de Febrero de 2010 en la Zona Centro-Sur de Chile. Ter Psicológica. diciembre de 2010;28(2):187-92.
12. Roberts N, Kitchiner N, Kenardy J, Bisson J. Systematic review and metaanalysis of multiple sessions early interventions after traumatic events. Am J Psychiatry 2009; 166:293-301
13. Morales-Soto N, Alfaro-Basso D, Gálvez-Rivero W. Aspectos psicosociales y accidentes en el transporte terrestre. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2010;27(2):267-72. Murray B. Exploring the Convergence of Posttraumatic Stress Disorder and Mild Traumatic Brain Injury. Am J Psychiatry. 2009; 166(05):768-776

14. Kreis BE, Castano N, Tuinebreijer WE, Hoogenboom LCA, Meylaerts SAG, Rhemrev SJ. Characteristics of polytrauma patients with posttraumatic stress disorder in a level 1 trauma center. *Eur J Trauma Emerg Surg.* 2011; 37(3):269-275.

15. Kinori, S. G. F. TRAYECTORIAS PSICOLÓGICAS Y EVOLUCIÓN CLÍNICA. Universidad Autónoma de Barcelona; Hospital Universitari Vall d' Hebron. 2014; 182(1):43-80

16. Corzo P, Bohórquez AP. Prevalencia del trastorno por estrés agudo y trastorno por estrés postraumático en soldados colombianos heridos en combate. *Rev Fac Med.* 2009;17(1):14-9.

17. Vitriol V, Cancino A, Riquelme P, Reyes I. Terremoto en Chile: estrés agudo y estrés post-traumático en mujeres en tratamiento por depresión grave. *Rev Médica Chile.* 2013;141(3):338-44.

18. Rojas-Medina Y, Vargas Machuca JA, Trujillo OV. Trastorno de estrés agudo y episodio depresivo mayor en víctimas de una inundación en Tingo María: prevalencia y efectos de su desplazamiento a un alberg. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 2008;25(1):66-73.

19. Suarez EB. Two decades later: The resilience and post-traumatic responses of Indigenous Quechua girls and adolescents in the aftermath of the Peruvian armed conflict. *Child Abuse Negl.* 2013 Feb-Mar;37 (2-3):200-10

20. Ortiz Manuel S, Willey Joshua F, Chiang Jessica J. How stress gets under the skin o cómo el estrés psicológico se introduce bajo la piel. Rev. méd. Chile [Internet]. 2014 Jun [citado 2017 Mar 12] ; 142(6): 767-774
21. Asociación Americana de Psiquiatría Manual de Diagnóstico para Enfermedades Mentales. DSM V edición. 2013 5(5).
22. Bonanno. A.G Annu. Resilience to Loss and Potential Trauma Rev. Clin. Psychol. 2011. 7:1.1–1.25
23. Baños, J.R. Investigación sobre estrés, enfoque a estrés infantil. Revista en Ciencias Sociales y Humanidades Apoyadas por Tecnologías, vol. 2(2), 2013: 62-83
24. Cisternas, F. P. Structural equation modeling exploratory analysis based on CDRISC (Connor-Davidson resilience scale) in Chile. Salud & Sociedad, 6(3), 2016:238-247.
25. Barabasz, A., Barabasz, M., Christensen, C., & Watkins, J. (2012). Abreactive Ego State Therapy, Manual for Combat Stress Injury, PTSD & ASD (clinician's ed.). Self-published manuscript, Arreed Barabasz, Palouse, Washington
26. Díaz Martínez X, Mena Bastías C, Mercado Aravena MA, Castro López R, Molina Castillo S, Oñate Mena J, et al. Síntomas del trastorno por estrés postraumático en la comuna chilena de Cobquecura, 2010. Rev Cuba Salud Pública. 2016;42(2):284-93.

27. Martínez G, E F, Jaramillo C, Martínez AM, Valenzuela I, Cova Solar F. Respuestas psicológicas ante un desastre natural: estrés y crecimiento postraumático. *Liberabit*. enero de 2014;20(1):121-30.
28. Figueroa RA, Cortés PF, Accatino L, Sorensen R. Trauma psicológico en la atención primaria: orientaciones de manejo. *Rev Médica Chile*. 2016;144(5):643-55.
29. Ali Ali B, Belzunegui Otano T. Replica a los autores de la carta: influencia de los tiempos de respuesta prehospitalarios en la supervivencia de los pacientes politraumatizados en Navarra. En: *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* [Internet]. SciELO Espana; 2016 [citado 22 de febrero de 2017]. p. 161-3.
30. Echeburúa E, Amor PJ, Sarasua B, Zubizarreta I, Holgado-Tello FP, Muñoz JM. Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Ter Psicológica*. julio de 2016;34(2):111-28.
31. Zatzick DF, Rivara FP, Jurkovich GJ, Hoge CW, Wang J, Fan MY, Russo J, Trusz SG, Nathens A, Mackenzie EJ. Multisite investigation of traumatic brain injuries, posttraumatic stress disorder, and self-reported health and cognitive impairments. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67(12):1291-1297

7.1. ANEXOS

ANEXO N°1

ESCALA DE TRAUMA DE DAVIDSON

La encuesta que tiene en sus manos es parte de una investigación y cuenta con la aprobación de un Comité de Ética e Investigación de certificado por la Universidad Cesar Vallejo Filial Piura. Su participación en este estudio es voluntaria, con el llenado de la encuesta entendemos que brinda su consentimiento para participar en la investigación. Los datos proporcionados son confidenciales y anónimos. Los resultados de esta investigación servirán para la realización y ejecución de mi tesis.

Responda las siguientes preguntas:

PRIMERA SECCIÓN: DATOS GENERALES

Nombre y Apellidos:

- **Género:** Masculino () Femenino () **Edad:** _____ años
- **Estado civil:** _____
- **Grado de instrucción:** Primaria () Secundaria () Superior universitario () Técnico no universitario ()

SEGUNDA SECCIÓN: ESTANCIA HOSPITALARIA

- **¿En qué fecha Ud. estuvo internado en el hospital?:** (colocar fecha) _____
- **¿Hasta cuándo estuvo hospitalizado?** (colocar fecha): _____
- **¿Cuántos días? :** _____
- **¿Qué diagnóstico tuvo al ingreso?** _____
- **Suceso traumático:** Accidente de tránsito () Herida por arma de fuego o pistola () Herida por arma blanca o cuchillo () Traumatismo Encefalocraneano () Otros (), ¿cuál? _____
- **¿Presentaba alguna enfermedad a la vez que le ocurrió este suceso?** () No () Si, ¿cuál? _____
- **¿Hace que tiempo ocurrió esto?** (semana, meses, años) ¿cuántos? _____
- **¿Presento alguno de estos eventos?** () Fractura () Luxación () Esguince () Otros: _____
- **¿Presentaba alteración del estado de conciencia o perdió el conocimiento?** () No () Si () Leve () Moderado () Severo

TERCERA SECCIÓN: Cada una de las siguientes preguntas se refiere a sucesos específicos, que usted puede haber experimentado después de ocurrido el suceso traumático. Para cada pregunta tenga en cuenta cuantas veces le ha sucedido (frecuencia) y con cuanta intensidad (gravedad). Escriba en los recuadros de al lado de cada pregunta un número de **0 a 4**, para indicar la frecuencia y la gravedad.

Frecuencia 0 = nunca 1 = a veces 2 = 2-3 veces/semana 3 = 4-6 veces/sem
4 = a diario

Gravedad 0 = nada 1 = leve 2 = moderada 3 = marcada
 4 = extrema

SÍNTOMAS	Frecuencia	Gravedad
1. He tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento.		
2. He tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento.		
3. He sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo, como si lo estuviera reviviendo.		
4. Hay cosas que me lo han hecho recordar.		
5. He tenido sensaciones físicas por recuerdos del acontecimiento.		
6. He estado evitando pensamientos o sentimientos sobre el acontecimiento.		
7. He estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que me recordaran el acontecimiento.		
8. He sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento.		
9. He tenido dificultad para disfrutar de las cosas.		
10. Me he sentido distante o alejado de la gente.		
11. He sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto.		
12. He tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir mis objetivos.		
13. He tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño.		
14. He estado irritable o he tenido accesos de ira.		
15. He tenido dificultades para concentrarme.		
16. Me he sentido nervioso, fácilmente distraído, o como "en guardia".		
17. He estado nervioso o me he asustado fácilmente.		
PUNTAJE TOTAL (TEPT)		
TOTAL		

Ud. tiene un número de acontecimientos difíciles o angustiosos que algunas veces les suceden a las personas. Para cada suceso, marque una o más de las casillas de la derecha para indicar: (a) le ocurrió a usted personalmente (b) usted fue testigo de lo que le ocurrió a alguien (c) usted se enteró de lo que le ocurrió a alguien cercano a usted (d) usted no está seguro de que se ajuste a lo que le sucedió. (e) no se puede aplicar a lo que le sucedió a usted. Asegúrese de que considera toda su vida (desde la época de crecimiento hasta la edad adulta) a medida que vaya repasando la lista de sucesos.

SUCESO	Me ocurrió	Fui testigo	Me entere de ello	No estoy seguro	No se aplica
1. Desastres naturales (por ejemplo, inundaciones, tornados, terremotos).					
2. Fuego o explosión.					
3. Accidente con medios de transporte (por ejemplo, accidente de coche, naufragio, accidente de tren o avión)					
4. Percances en el trabajo, accidentes domésticos o en el transcurso de actividades recreativas					
5. Exposición a sustancias tóxicas (por ejemplo, sustancias químicas peligrosas, radiaciones).					
6. Ataques físicos (por ejemplo, ser atacado, golpeado, abofeteado pataleado o apaleado).					
7. Ataques con un arma (por ejemplo, ser disparado, apuntado o amenazado con un cuchillo, pistola o bomba).					
8. Ataques sexuales (violación, intento de violación o cualquier tipo de actuación sexual mediante la fuerza o amenaza.					
9. Otro tipo de experiencias sexuales desagradables o no deseadas.					
10. Situación de combate o exposición a zona de guerra (como militar o civil).					
11. Cautividad (por ejemplo, ser secuestrado, raptado, o bien, tenido como rehén o prisionero de guerra.					
12. Enfermedades o lesiones que amenazan la vida.					
13. Gran sufrimiento humano.					
14. Muerte violenta, repentina (por ejemplo; homicidio, suicidio).					
15. Muerte inesperada, repentina de alguien próximo.					
16. Muerte, lesión o perjuicio importante que haya causado usted a alguien.					
17. Cualquier otro suceso o experiencia estresante.					

Gracias por su participación.