



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA Y BIOMÉDICA

TÍTULO DE MÉDICO

**Tema: Evaluación del manejo del traumatismo torácico o abdominal en
pacientes adultos que acudieron al Hospital UTPL durante el periodo
enero 2012 - junio 2014.**

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTOR: Romero León, Jaime Andrés

DIRECTOR: Gordillo Gordillo, Ángel Alfonso, Dr.

LOJA - ECUADOR

2016

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Doctor.

Ángel Alfonso Gordillo Gordillo

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: Evaluación del manejo del traumatismo torácico o abdominal en pacientes adultos que acudieron al Hospital UTPL durante el periodo enero 2012 - junio 2014 realizado por Romero León Jaime Andrés ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, septiembre de 2016.

f).....

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Romero León Jaime Andrés declaro ser autor del presente trabajo de titulación: Evaluación del manejo del traumatismo torácico o abdominal en pacientes adultos que acudieron al Hospital UTPL durante el periodo enero 2012 - junio 2014, de la Titulación de Medicina, siendo Ángel Alfonso Gordillo Gordillo director del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja, y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado o trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.

f).....

Autor: Romero León Jaime Andrés

Cédula: 1103609358

DEDICATORIA

El presente informe del trabajo de fin de titulación, que representa la cima de mi formación terciaria, lo dedico a mis padres por su apoyo incondicional en todos estos años, y también se lo dedico a mi hijo que desde hace un año me protege y guía desde el cielo.

Jaime Andrés

AGRADECIMIENTO

A DIOS, forjador de cada pensamiento y acción, quien me ha dado la fuerza para llevar a feliz término este sueño.

A las Autoridades de la Universidad Técnica Particular de Loja, de la Titulación de Médico, y en especial al Dr. Ángel Gordillo Gordillo, por su valiosa y acertada orientación en la realización y culminación de este trabajo de investigación.

A la Dra. Johanna Montalvo Vázquez, ya que sin su apertura y ayuda incondicional no hubiese sido posible la obtención de tan valiosa información.

Al Hospital UTPL y personal que contribuyó de alguna manera a la recolección de información.

Jaime Andrés

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA	i
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vi
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICAS	vii
RESUMEN EJECUTIVO	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3-16
- TRAUMA TORÁCICO	6
- TRAUMA ABDOMINAL	13
OBJETIVOS	17-18
METODOLOGÍA	19-22
RESULTADOS	23-36
DISCUSIÓN	37-41
CONCLUSIONES	42
RECOMENDACIONES	43
BIBLIOGRAFÍA	44-47
ANEXOS	48-57

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICAS

Tabla y Gráfica N° 1 (Manejo de los pacientes con trauma torácico atendidos por el médico Residente en Emergencia)	24-25
Tabla y Gráfica N° 2 (Manejo de los pacientes con trauma toracoabdominal atendidos por el médico Residente en Emergencia)	26-27
Tabla y Gráfica N° 3 (Manejo de los pacientes con trauma Torácico y Abdominal atendidos por el médico Residente en Emergencia)	28-29
Tabla y Gráfica N° 4 (Estudios realizados en los Anexos de Revisión Primaria y Secundaria de pacientes con traumatismo torácico y abdominal)	30-31
Tabla y Gráfica N° 5 (Método para el manejo definitivo de los pacientes con trauma torácico y abdominal)	32
Tabla y Gráfica N° 6 (Manejo definitivo de los pacientes con traumatismo torácico y abdominal)	33-34
Tabla y Gráfica N° 7 (Complicaciones que presentaron los pacientes con traumatismo torácico o abdominal)	35-36

RESUMEN

El presente trabajo determina el manejo emergente, definitivo y complicaciones que se dieron en un total de 22 pacientes que acudieron a emergencias del Hospital UTPL por presentar traumatismo torácico o abdominal en el periodo enero 2012 – junio 2014; y mediante un estudio descriptivo, retrospectivo y con enfoque transversal, se analizaron las historias clínicas de la muestra tomada, respetando criterios de inclusión y exclusión se llegó a descubrir que de las mismas, 21 fueron diagnósticas de traumatismo torácico y 1 de traumatismo toracoabdominal. Del total, 15 fueron de sexo masculino y 7 femenino; el diagnóstico encontrado más frecuente fue “Otros traumatismos superficiales de la pared anterior del tórax” con CIE-10 S203; el ítem más usado del protocolo ATLS fue Anexos de Revisión Primaria con 63,64%, luego Revisión Secundaria con 59,09%; y Revisión Primaria en 54,55%; en ningún paciente se utilizó un protocolo alternativo. El manejo definitivo fue clínico en el 100% de pacientes, 90,91% en el área de observación, el resto en hospitalización y ninguno en quirófano. Se pudo constatar una complicación en una de las 22 historias clínicas.

PALABRAS CLAVE: Traumatismo torácico, Traumatismo abdominal, Manejo, Complicaciones, Apoyo Vital Avanzado en Trauma (ATLS), Historias clínicas.

ABSTRACT

The following work seeks to determine the emergent and definitive management and complications that occurred in a total of 22 patients going to the emergency room of UTPL Hospital due to thoracic or abdominal trauma in the period January 2012 - June 2014; and by a descriptive, retrospective and cross-sectional approach study, the medical records of the sample were analyzed using criteria for inclusion and exclusion. It was found that of these patients, 21 were diagnostic of thoracic trauma and 1 of thoracoabdominal trauma. Of the 22 people, there were 15 males and 7 females; the most frequent diagnosis was "Other superficial injuries of front wall of thorax" with ICD-10 S203; the item most used of ATLS protocol was Primary Review Annexes in a 63.64%, followed by Secondary Review in a 59.09%; Primary Review was conducted in a 54.55% and with no patients an alternative protocol was used. The definitive management was clinical in 100% of patients, 90.91% in the observation area, the rest in hospitalization and no one was handled in the operating room. There was noted a complication in one of the 22 medical records.

KEYWORDS: Thoracic Trauma, Abdominal Trauma, Management, Complications, Advanced Trauma Life Support (ATLS), Medical Records

INTRODUCCIÓN

La Real Academia de la Lengua Española define el traumatismo como una lesión de los órganos o los tejidos por acciones mecánicas externas. (Real Academia Española, 2014)

Se puede definir como traumatismo o lesión a la alteración celular causada por un intercambio de energía con el entorno que es superior a la resistencia corporal o tisular. (Brunicardi, 2015)

El traumatismo torácico es cualquier agresión o trauma sobre las paredes del tórax que producirá un daño en las estructuras sólidas y partes blandas comprendidas en la caja torácica como pulmones, corazón, grandes vasos intratorácicos y resto de estructuras mediastínicas. (Díaz, 2011) (González, 2011)

Se puede definir el traumatismo abdominal como una lesión orgánica ocasionada por la suma de la acción de un agente externo sobre el área abdominal junto a las reacciones locales y generales que provoca. El organismo ante dicha agresión puede presentar lesiones en varios órganos abdominales y, por ende, debería ser considerado como un paciente con traumatismo grave, o potencialmente grave. (Sánchez, 2010)

El traumatismo toracoabdominal es una causa importante de mortalidad a nivel mundial. Muchos de estos pacientes mueren después de haber llegado al hospital y muchas de estas muertes podrían ser prevenidas con un diagnóstico adecuado y un tratamiento temprano. (Colegio Americano de Cirujanos, 2012)

Según la OMS los traumatismos en general están dentro de las 10 primeras causas de morbilidad a nivel mundial y en América Latina, sin embargo al evaluar la morbilidad por separado del traumatismo torácico o abdominal en el mundo occidental el primero constituye la 3° causa de muerte luego de cáncer y enfermedad cardiovascular. La máxima incidencia se da entre los 20 a 40 años, menos del 10% de las lesiones cerradas y del 30% de las penetrantes requieren toracotomía. La mortalidad general de las lesiones penetrantes varía entre 3-10%, por arma blanca 3% y de fuego entre 14-20%. (Colegio Americano de Cirujanos, 2012) (IntraMed, 2013) (Marx, 2013) (Organización Mundial de la Salud OMS, 2014)

La tasa de mortalidad corregida mundial según la OMS es de 72,7 por cada 100 000 habitantes debido a traumatismos; en América según la OPS es de 14,8; en Estados Unidos es de 11,7, en América Latina es de 17,6 y en Ecuador es de 27,9 por cada 100 000 habitantes. (Organización Panamericana de la Salud OPS, 2014) (World Heart Organization WHO, 2014)

Las lesiones directas son la causa fundamental del 20% al 25% de todos los fallecimientos por traumatismos. Lo que representa más de 16 000 muertes por año en EEUU. La causa que tiene más frecuencia de este tipo de lesiones son los accidentes de tránsito, en los que las muertes inmediatas se deben a menudo a una rotura de la pared miocárdica o de la aorta torácica. (Colegio Americano de Cirujanos, 2012) (Organización Panamericana de la Salud OPS, 2014) (World Heart Organization WHO, 2014)

La región abdominal es la tercera área corporal que más frecuentemente es lesionada por traumatismos. Se menciona que el traumatismo abdominal cerrado es más común que el abierto en la población civil. Aunque, las heridas por arma de fuego se asocian a ocho veces mayor mortalidad que las heridas por arma blanca en el abdomen. Los traumatismos toracoabdominales en su mayoría son ocasionados por accidentes automovilísticos, el resto corresponde a caídas de altura, accidentes deportivos o agresiones civiles. De los casos de trauma abdominal el 90% requieren internación y el 50% cirugía (laparotomía exploratoria). La mortalidad es más alta en pacientes con traumatismo no penetrante que en aquellos con heridas penetrantes, debido al diagnóstico temprano de las últimas. (Colegio Americano de Cirujanos, 2012) (IntraMed, 2013) (Shockley, UpToDate, 2014)

En Ecuador y en la provincia de Loja según datos estadísticos basados en el INEC el traumatismo se encuentra dentro de las 10 primeras causas de mortalidad. No hay evidencia de datos específicos para traumatismo torácico o abdominal (INEC, 2011) (Ministerio de Salud Pública, 2012)

Mecanismo de producción de los traumatismos:

- **Directo**: Se produce al choque contra objetos contundentes, aplastamiento, lesiones penetrantes por esquirlas de huesos y otros objetos punzantes.
- **Indirecto**: Se debe a un mecanismo de aceleración y desaceleración brusca, o de torsión y de compresión estructural

Clasificación de los traumatismos:

- **Cerrado**: La pared toracoabdominal se encuentra íntegra, sin que se forme comunicación entre el interior y el exterior del cuerpo. Ejemplo: caídas de propia altura, fracturas costales, ruptura de aorta, fractura esplénica, hepática o renal, entre otros.
- **Abierto**: Existe comunicación entre el interior y el exterior del tórax y abdomen. Ejemplo: herida por arma blanca, arma de fuego, pudiendo ocasionar neumotórax abierto, neumoperitoneo, evisceración, etc. (Gutierrez, 2010) (Brunicardi, 2015)

TRAUMATISMO TORÁCICO

Trauma torácico es una causa significativa de mortalidad, muchos de éstos pacientes mueren luego de llegar a emergencias, y algunas de estas muertes se podrían prevenir con un diagnóstico y manejo adecuado y temprano. (Colegio Americano de Cirujanos, 2012) (Legome, 2013)

El tratamiento del paciente con traumatismo grave requiere de una evaluación rápida de las lesiones y del establecimiento de la terapia que salve la vida del paciente. El ATLS nos propone una evaluación inicial que consta:

- **Atención Prehospitalaria**
 - Tiene como objetivo proporcionar al paciente la mejor evaluación y manejo en el lugar del accidente y poder trasladarlo rápidamente al centro de emergencias más cercano. (Colegio Americano de Cirujanos de Chile, 2014)
- **Preparación.**
 - Es necesario que la unidad de salud esté preparada para la llegada del paciente traumatizado, con todo el equipo y personal necesario.
- **Triage.**
 - Selecciona y clasifica a los pacientes según sus necesidades terapéuticas, es donde se inicia con el ABC.

- **Revisión Primaria ABCDE.**

- La evaluación inicial del adulto con un traumatismo torácico se basa en los signos vitales del paciente, la presentación clínica y el mecanismo de la lesión. En general, los signos vitales anormales son más predictivos de lesiones graves. Siguiendo los principios básicos del ATLS, si se presenta un paciente grave, hemodinámicamente inestable, moribundo; hay una mayor posibilidad de estabilizarlo en comparación a otros protocolos.

- **Vía aérea con control de la columna cervical:** Determinar la permeabilidad de la vía aérea superior, detectar signos de obstrucción (aspiración e inspección, para detectar una lengua que colapsa la vía aérea, excluir cuerpos extraños, fracturas faciales, traqueales o laríngeas y lengua). Se debe aplicar maniobras para establecer una vía aérea permeable protegiendo la columna cervical. Se recomienda la maniobra elevación del mentón para lograr la permeabilidad de la vía aérea. Pacientes que necesitan una vía aérea definitiva son:

- ✓ **Necesidad de protección de vía aérea**

- Puntuación en la Escala de Coma de Glasgow igual o menos de 8/15
- Fracturas maxilofaciales severas
- Riesgo de obstrucción
 - Hematoma cervical, trauma laríngeo o traqueal
- Riesgo de aspiración
 - Sangrado o vómito. (Colegio Americano de Cirujanos, 2012)

- ✓ **Necesidad de ventilación u oxigenación**

- Esfuerzo respiratorio inadecuado
 - Taquipnea, hipoxemia, hipercapnia, cianosis
- Trauma craneoencefálico cerrado severo, con deterioro neurológico agudo
- Apnea en parálisis neuromuscular o inconciencia. (Colegio Americano de Cirujanos, 2012)

- **Respiración y ventilación:** La ventilación necesita funcionalidad normal de pulmones, pared torácica y diafragma. La taquipnea y cianosis revelan alteración tardía de la respiración. Las lesiones torácicas que afectan la

respiración que deben ser diagnosticadas y tratadas en la revisión primaria incluyen: neumotórax a tensión, neumotórax abierto, tórax inestable, contusión pulmonar y hemotórax masivo.

- ✓ Neumotórax a tensión: Presencia de aire a presión en el espacio pleural. El diagnóstico se establece cuando se ausculta ruidos respiratorios abolidos en hemitórax, presencia de disnea, taquicardia, hipotensión, distensión de las venas del cuello y desviación contralateral de los órganos del mediastino. Sin un tratamiento inmediato es probable que el paciente muera por un gasto cardiaco inadecuado o por hipoxemia marcada. Para su manejo debe insertarse una aguja gruesa en el segundo espacio intercostal, línea medio clavicular del hemitórax afectado y saldrá el aire acumulado; debe colocarse una sonda de toracostomía para el manejo definitivo. (Colegio Americano de Cirujanos, 2012) (Harrison, 2012)
- ✓ Neumotórax abierto (Herida aspirante de tórax): Los defectos grandes de la pared torácica (2/3 del diámetro de la tráquea) si permanecen abiertos pueden resultar en un neumotórax abierto. El tratamiento inicial se puede lograr cerrando rápidamente el defecto con apósitos estériles, hay que fijar por tres lados para permitir un mecanismo de válvula de escape y se debe colocar un drenaje pleural lejos de la herida o ésta ocasionaría un neumotórax a tensión. Para el manejo definitivo se requerirá intervención quirúrgica para cerrar el defecto. (Colegio Americano de Cirujanos, 2012) (Jover, 2004)
- ✓ Tórax inestable y contusión pulmonar: Un tórax inestable es un segmento de la pared torácica que perdió la continuidad ósea, provocado por la fractura de 3 o más costillas contiguas en al menos dos sitios. Lo grave proviene de la lesión pulmonar subyacente (contusión pulmonar). Ayuda al diagnóstico el observar movimientos respiratorios anormales y crepitantes provenientes de las fracturas. El tratamiento inicial incluye una ventilación, oxigenoterapia y reanimación con líquidos endovenosos. El tratamiento definitivo consiste en asegurar la oxigenación, dar

líquidos y suministrar analgesia para mejorar la ventilación, usando narcóticos intravenosos. Se puede llegar a requerir la instauración de ventilación mecánica invasiva (Colegio Americano de Cirujanos, 2012) (Brunicardi, 2015)

✓ Hemotórax masivo: Debido a una acumulación rápida de 1500 cc de sangre o de 1/3 de la volemia del paciente en la cavidad torácica (pérdida constante de más de 20ml/kg o más de 3ml/kg/hr). La causa más común es por heridas penetrantes donde se genera un estado de hipoxia, con hipovolemia. Se diagnostica cuando existe un estado shock, ausencia de murmullo respiratorio y percusión mate en un hemitórax. El manejo inicial es reponer el volumen sanguíneo y descomprimir la cavidad torácica (toracotomía), además por vía intravenosa pasar cristaloides y sangre cuando sea posible. Se puede realizar una autotransfusión. (Colegio Americano de Cirujanos, 2012) (Legome, UpToDate, 2015)

- **Circulación con control de hemorragia:** Realizar una revisión rápida y precisa del estado hemodinámico del paciente traumatizado en búsqueda de hipotensión hipovolémica (mediante el control de la presión arterial, frecuencia cardíaca, llenado capilar, pulso, diuresis horaria, etc). Además la hemorragia externa debe ser identificada y controlada durante la revisión primaria, mediante presión directa sobre la herida. Sitios principales de hemorragias internas tenemos: tórax, abdomen, retroperitoneo, pelvis y huesos largos, para su estudio se usan radiografías de tórax o abdomen y FAST, y en su manejo se incluye descompresión torácica, faja pélvica, férulas y la intervención quirúrgica. (Colegio Americano de Cirujanos, 2012)
- **Déficit neurológico:** Se debe realizar una rápida revisión neurológica, evaluando el nivel de conciencia (mediante la Escala de Coma de Glasgow), tamaño y reacción pupilar y signos de lateralización y lesión medular como el síndrome medular central, síndrome medular anterior y el síndrome de Brown-Séquard. (Colegio Americano de Cirujanos, 2012)
- **Exposición/Control ambiental:** En esta sección se desviste al paciente para hacer un examen físico exhaustivo, posteriormente se le coloca mantas térmicas para un control adecuado de la temperatura y así prevenir la hipotermia. (Colegio Americano de Cirujanos, 2012)

- **Reanimación.**

- Recordar que antes de cada paso a seguir en el manejo del paciente con trauma se debe volver a evaluar el ABC, para buscar alteraciones que se manifiestan luego de haber hecho ya la evaluación primaria.
 - **Toracotomía para reanimación:** El masaje cardiaco cerrado en paro cardiaco no es efectivo en paciente hipovolémico. Pacientes con lesiones penetrantes de tórax sin pulso, pero con actividad eléctrica cardiaca son candidatos a una toracotomía de reanimación inmediata. Maniobras terapéuticas efectivas que acompañan a la toracotomía son: evacuación de sangre del pericardio, causante del taponamiento.
 - Las indicaciones de toracotomía temprana son :
 - ✓ Lesión penetrante
 - Pacientes con trauma penetrante torácico que están hemodinámicamente inestables a pesar de la reanimación con líquidos adecuados, o
 - Pacientes sin pulso y que se haya instaurado RCP en no más de 15 minutos. (Eidt, 2015)
 - ✓ Lesión cerrada
 - Pacientes que pierden los signos vitales en el servicio de urgencias o en camino hacia éste, y tienen lesiones donde se duda la sobrevivencia (trauma craneoencefálico severo, múltiples lesiones graves), o
 - Pacientes con taponamiento cardíaco diagnosticados rápidamente por ultrasonido, y tienen lesiones donde se duda la sobrevivencia. (Eidt, 2015)
 - Las indicaciones de toracotomía en presencia de hemotórax son :
 - ✓ Pérdida de volemia de 1500 cc o más de 20ml/kg o más de 3ml/kg/hr.
 - ✓ Requerimiento de transfusiones continuas
 - ✓ Heridas penetrantes en el área cardiaca (área inferior a las clavículas, superior a los márgenes costales, y medial a las líneas medioclaviculares)
 - ✓ No se debe practicar una toracotomía a menos que esté un cirujano calificado y con experiencia. (Legome, UpToDate, 2015)

- **Anexos de la revisión primaria.**

- Son necesarios para el diagnóstico y manejo adecuado y definitivo estudios complementarios como:
 - Monitorización electrocardiográfica
 - Catéteres gástricos y urinarios (primero descartar lesión uretral, ausencia de equimosis o hematuria)
 - Signos vitales
 - Gases arteriales y oximetría de pulso
 - Exámenes de radiología (Rx. AP de tórax y de pelvis)
 - FAST y LPD (Lavado Peritoneal Diagnóstico). (Colegio Americano de Cirujanos, 2012)

- **Revisión secundaria.**

- Es necesario dentro de la revisión secundaria una evaluación más minuciosa que consta de:
 - Historia clínica completa, donde se recalca indagar en la historia AMPLIA
 - ✓ A.- Alergias
 - ✓ M.- Medicamentos usados actualmente
 - ✓ P.- Patologías previas / Embarazo
 - ✓ Li.- Libaciones / Últimos alimentos
 - ✓ A.- Ambiente y eventos relacionados con el trauma. (Colegio Americano de Cirujanos, 2012)
 - Examen físico completo
- Lesiones torácicas potencialmente mortales manejadas secundariamente son:
 - Neumotórax simple
 - ✓ Entrada de aire al espacio pleural, en trauma abierto o cerrado
 - Hemotórax
 - ✓ Presencia de menos de 1500cc de sangre en el espacio pleural.
 - Contusión pulmonar
 - ✓ Daño del parénquima pulmonar con edema y hemorragia, en ausencia de una laceración pulmonar asociada. (Caviness, 2013)
 - Lesiones del árbol traqueobronquial
 - ✓ Lesión de la tráquea o de un bronquio generalmente en trauma cerrado, se produce a 3cm de la carina, potencialmente mortales

- Lesiones cardíacas cerradas
 - ✓ Contusión del músculo cardíaco, ruptura de una cavidad cardíaca, disección y/o trombosis de arterias coronarias o ruptura valvular.
- Ruptura aórtica traumática
 - ✓ Ruptura traumática de la aorta, causa común de muerte súbita en accidentes de tránsito o caídas desde gran altura.
- Lesiones traumáticas del diafragma
 - ✓ Es más frecuente en el lado izquierdo, porque el hígado protege el lado derecho, se puede encontrar en el lado izquierdo del tórax porción del intestino, estómago o sonda nasogástrica.
- Lesión cerrada de esófago
 - ✓ Lesiones de esófago son más comunes en trauma penetrante y las raras que son por trauma cerrado pueden ser fatales si no se reconocen (Rodríguez, 2013) (Colegio Americano de Cirujanos, 2012)
- Otras manifestaciones de lesiones torácicas son:
 - Enfisema subcutáneo
 - ✓ Resultado de lesión de la vía aérea, lesión pulmonar o más raro de una lesión por explosión.
 - Lesiones torácicas por aplastamiento (asfixia traumática)
 - ✓ Presencia de plétoras, petequias y edema en parte superior del torso, cara y brazos, secundarias a compresión aguda y temporal de la vena cava superior.
 - Fracturas costales, del esternón y la escápula.
 - ✓ Se fracturan causando gran dolor, lo que dificulta la ventilación, oxigenación y una tos efectiva; aumentando el riesgo de atelectasia y neumonía. (Colegio Americano de Cirujanos, 2012)
- **Tratamiento médico definitivo.**
 - El manejo definitivo que recibe un paciente será instaurado individualmente según el cuadro específico que presente, este tratamiento es muy amplio y diverso por ello clasificaremos el tratamiento médico definitivo en dos grandes grupos, aquellos que son manejados clínicamente y en los que es necesario instaurar una terapia quirúrgica.

- **Complicaciones del traumatismo torácico intrahospitalario.**
 - Derrame pleural
 - Neumotórax
 - Neumonía
 - Arritmias
 - Insuficiencia renal aguda
 - Infección de herida o sitio quirúrgico
 - Muerte. (Ávila, 2013)

TRAUMATISMO ABDOMINAL

Una fuerza ejercida sobre la pared abdominal anterior puede comprimir vísceras abdominales contra la jaula torácica posterior o contra la columna vertebral lumbar, aplastando el tejido. Los órganos sólidos (bazo e hígado) son particularmente susceptibles a laceraciones o fracturas por este mecanismo. (Diercks, 2014)

Cualquier instrumento ya sea arma blanca, objeto corto punzante o arma de fuego puede lesionar todo aquel tejido que atraviesa. El intestino delgado es el órgano más frecuentemente lesionado, seguido por el colon y el hígado. (Puskarich, 2012) (Offner, 2014)

La posibilidad de lesiones por alta presión no debe distraer al médico para realizar una revisión sistemática ABC para identificar y manejar las lesiones cerradas y penetrantes más comunes. (Colegio Americano de Cirujanos, 2012)

El abordaje sistemático del traumatismo abdominal sigue el mismo orden y las mismas acciones que el traumatismo torácico por ello el manejo que es similar será obviado y sólo se recalcará pequeñas modificaciones que se diferencian en el trauma abdominal.

- **Revisión Primaria ABCDE.**
 - La evaluación de la circulación durante la revisión primaria además incluye el detectar posibles hemorragias ocultas en abdomen y pelvis, en paciente con trauma cerrado.

- Mantener un alto índice de sospecha relacionada con las lesiones vasculares y retroperitoneales ocultas.
 - Reconocer tempranamente la necesidad de una intervención quirúrgica y de una laparotomía urgente (Mediante la clínica y estudios, ver apartado de revisión secundaria y anexo de revisión secundaria) (Colegio Americano de Cirujanos, 2012)
- **Reanimación.**
- Recordar que antes de cada paso a seguir en el manejo del paciente con trauma se debe volver a evaluar el ABC, para buscar alteraciones que se manifiestan luego de haber hecho ya la evaluación primaria.
- **Revisión secundaria.**
- Historia clínica detallada indagando el AMPLIA
 - Examen Físico completo recalcando en:
 - **Inspección:** Paciente se examina sin vestimenta, enseguida se lo debe cubrir para prevenir la hipotermia
 - **Auscultación:** Confirmar presencia o ausencia de ruidos intestinales.
 - **Percusión:** Causando leves movimientos del peritoneo puede sugerir signos de irritación peritoneal, que no requiere la evidencia del signo de Blumberg.
 - **Palpación:** La resistencia muscular involuntaria es un signo confiable de irritación peritoneal. La palpación también diferencia entre dolor de tipo superficial o profundo.
 - **Evaluación de la estabilidad pélvica:** Podría haber una hemorragia masiva después de una fractura pélvica en pacientes con trauma cerrado del tronco. Se realizan maniobras para valorar la pelvis ósea y posibles fracturas, inclusive estudios radiográficos
 - ✓ La evaluación de la estabilidad del anillo pélvico se puede realizar mediante 2 maniobras:
 - Comprimir las crestas iliacas con las manos del examinador (sobre las espinas iliacas antero superiores), presionando anterior-posterior y ocasionando una apertura del anillo

pélvico. En caso de existir una inestabilidad rotacional, esta maniobra lo mostrará.

- Comprimir las crestas iliacas simultáneamente con las manos de lateral a medial, creando una fuerza que intenta cerrar el anillo pélvico; esta maniobra también dejará percibir la inestabilidad.
- Estas maniobras se practican de manera suave y por una sola ocasión, debido a que su repetición puede generar más daño y sangrado. Si el paciente tiene inestabilidad hemodinámica no se deben realizar para evitar agravar una posible lesión vascular. (Márquez, 2014)

✓ Dentro de la valoración pélvica también se encuentra:

- Valoración uretral, perineal y rectal
- Examen vaginal
- Examen de los glúteos

- Diagnósticos específicos secundarios a traumatismo abdominal
 - Lesiones diafragmáticas
 - Lesiones duodenales
 - Lesiones pancreáticas
 - Lesiones genitourinarias
 - Lesiones en intestino delgado o grueso
 - Lesiones en órganos sólidos
 - Fracturas pélvicas y lesiones asociadas. (Colegio Americano de Cirujanos, 2012)

- **Anexos de la Revisión Secundaria.**

- Estudios de imagen
 - Existen protocolos para el uso de estudios complementarios adecuados según sea la necesidad y el tipo de traumatismo abdominal, los mismos que son de gran ayuda para el médico en el manejo del paciente, se puede utilizar estudios como ecografías (FAST), radiografías, tomografías y el lavado peritoneal diagnóstico (LPD). (Legome, Medscape, 2014)

- **Tratamiento médico definitivo.**

○ Clínico

- Se realiza la observación periódica del paciente, un manejo adecuado, manteniendo la hidratación necesaria, controlando el dolor con analgesia y realizando exámenes seriados para su monitoreo.

○ Quirúrgico

- En cada paciente se requiere de criterio quirúrgico para determinar el tiempo y la necesidad de una laparotomía, las indicaciones según el ATLS 2012 son:
 - ✓ Trauma abdominal cerrado con hipotensión y con un Eco-FAST positivo o con evidencia clínica de sangrado intraperitoneal.
 - ✓ Trauma abdominal cerrado con LPD positivo
 - ✓ Hipotensión con herida abdominal penetrante.
 - ✓ Heridas por proyectil de arma de fuego que atraviesa cavidad peritoneal o en retroperitoneo visceral/vascular.
 - ✓ Evisceración
 - ✓ Hemorragia del tubo digestivo o aparato genitourinario por trauma penetrante
 - ✓ Peritonitis
 - ✓ Radiografía que muestra la presencia de aire libre, aire retroperitoneal o ruptura del diafragma luego de un trauma cerrado.
 - ✓ Tomografía contrastada que muestra lesión de la vejiga intraperitoneal, lesión del pedículo renal o lesión parenquimatosa visceral grave después de un trauma cerrado o abierto en el abdomen. (Colegio Americano de Cirujanos, 2012)

- **Complicaciones del traumatismo abdominal intrahospitalario.**

- Absceso intraabdominal
- SIRS, sepsis o falla multiorgánica
- Shock hipovolémico
- Neumonía
- Insuficiencia renal aguda
- Infección de herida o sitio quirúrgico
- Muerte. (Ávila, 2013)

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer el manejo idóneo de los pacientes con traumatismo torácico y abdominal mediante el análisis de las historias clínicas teniendo como finalidad evaluar el cumplimiento de normativas internacionales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar si el manejo inicial de los pacientes con traumatismo torácico o abdominal en el servicio de emergencia del Hospital UTPL, sigue las normativas propuestas por el ATLS.

Determinar las formas de manejo definitivo del paciente con traumatismo torácico o abdominal, analizando las historias clínicas de los pacientes del Hospital UTPL

Identificar las complicaciones del traumatismo torácico o abdominal durante la hospitalización, mediante el análisis de las historias clínicas de los pacientes del Hospital UTPL.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: Según el tipo de análisis fue un estudio descriptivo, retrospectivo y con enfoque transversal.

Universo: Historias clínicas de pacientes adultos con diagnóstico definitivo de traumatismo torácico o abdominal en el Hospital UTPL, desde el mes de Enero 2012 hasta Junio 2014.

Muestra: El 100% de las historias clínicas de pacientes del total del universo encontrado, con diagnóstico de traumatismo torácico o abdominal, y que cumplieron los criterios de inclusión.

a) *Criterios de inclusión:*

- (i) Historias clínicas con información completa de pacientes mayores de 14 años con traumatismo torácico o abdominal.

b) *Criterios de exclusión:*

- (i) Historias clínicas de pacientes donde no se encontró todos los datos necesarios para el estudio.
- (ii) Pacientes menores de 14 años de edad.
- (iii) Pacientes que sólo tuvieron un diagnóstico presuntivo

Operacionalización de variables:

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	MEDICIÓN
Manejo de emergencia	Es el manejo empleado en casos que suponen riesgo inminente de vida, tanto real como potencial, y su objetivos, diagnosticar y manejar los aspectos agudos y urgentes de una enfermedad o lesiones que afecten a los pacientes. (Sindicato Médico del Uruguay, 2013)	<p>TORÁCICO</p> <ul style="list-style-type: none"> - ABCDE - Reanimación - Toracotomía de reanimación - Historia clínica - Examen físico - EKG - Signos vitales - Catéteres - Gasometría y oximetría <p>ABDOMINAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - ABCDE 	En frecuencia y porcentaje

		<ul style="list-style-type: none"> - Reanimación - Laparotomía urgente - Historia clínica - Examen físico - Estudios de imagen 	
Manejo definitivo	Primero es necesario llegar al diagnóstico clínico definitivo, para instaurar un manejo específico e individualizado para cada etiología, el cual será necesario para el mantenimiento, regresión o curación del estado patológico del paciente.	<p>TORÁCICO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Clínico - Quirúrgico <p>ABDOMINAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Clínico - Quirúrgico 	En frecuencia y porcentaje
Complicaciones	Fenómenos que sobrevienen en el curso de una enfermedad, distinto de las manifestaciones habituales de ésta y consecuencia de las lesiones provocadas por ella. Las complicaciones agravan generalmente el pronóstico. (García, 2011)	<p>TORÁCICO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Derrame pleural - Neumotórax - Neumonía - Arritmias - IRA - Infección de herida o sitio quirúrgico - Diagnóstico tardío de fracturas - Muerte, Otras <p>ABDOMINAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Absceso intraabdominal - SIRS, sepsis, falla multiorgánica - Shock hipovolémico - Neumonía - IRA 	En frecuencia y porcentaje

		- Infección de herida o sitio quirúrgico - Muerte, Otras	
--	--	---	--

Métodos e instrumentos de recolección de datos:

- c) Métodos: El método de recolección de datos fue la observación de las historias clínicas.
- d) Instrumentos: Los instrumentos que se utilizaron fueron las fichas de observación donde se llevó un registro de los parámetros que investigamos en la historia clínica de cada paciente.

Procedimiento:

Este trabajo fue parte del proyecto para evaluar el manejo del trauma en el Hospital UTPL, el cual estuvo conformado por 4 estudiantes de la titulación de médico, que se realizó con la finalidad de valorar si se implementaron normas internacionales para el manejo de los pacientes durante el periodo Enero 2012 – Junio 2014.

- Se hizo la búsqueda bibliográfica necesaria para el desarrollo del proyecto
- Se realizó una solicitud al Gerente del HUTPL para tomar datos generales del número de personas que constan en el estudio.
- Se realizó el proyecto acorde a las normativas académicas de la titulación.
- Se elaboró una solicitud para las autoridades del HUTPL, junto con una copia de este proyecto con el fin de tener permiso para poder acceder a la información de las historias clínicas y epicrisis de los pacientes con traumatismo toracoabdominal.
- Se hizo la recolección de datos.

Plan de tabulación y análisis:

Para la tabulación se realizó una base de datos en el programa Microsoft Office Excel 2013, en el cual se elaboraron las tablas y gráficas estadísticas que representan los resultados de cada objetivo con análisis estadístico descriptivo que incluye: frecuencia y porcentaje.

RESULTADOS

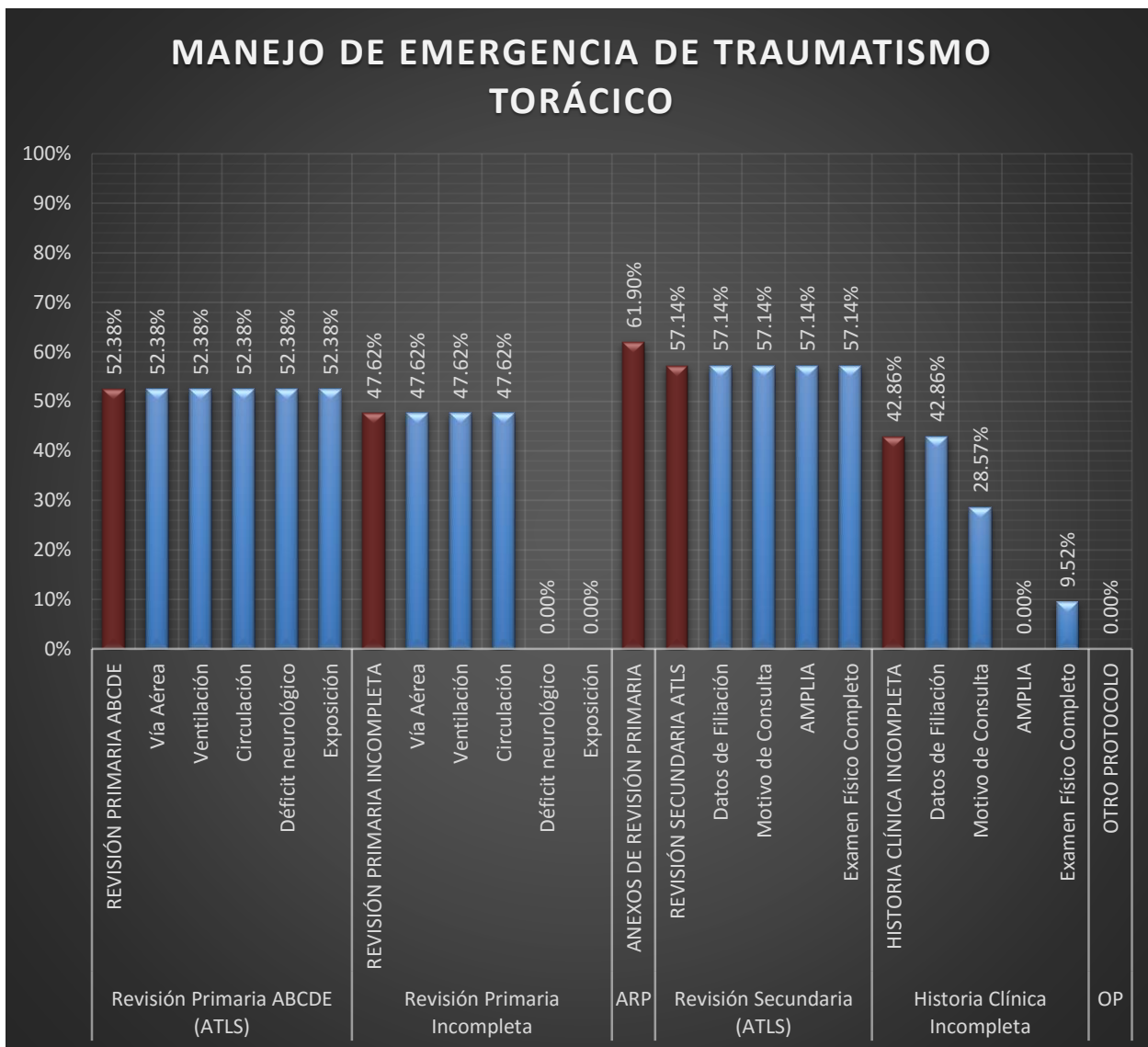
Resultado 1

MANEJO DE LOS PACIENTES CON TRAUMA TORÁCICO ATENDIDOS EN EMERGENCIA DEL H.UTPL

Tabla N° 1. Manejo de los pacientes con trauma torácico atendidos por el médico Residente en Emergencia

Protocolo Usado TRAUMA TORÁCICO		Frecuencia	Porcentaje
TOTAL DE PACIENTES CON TRAUMA TORÁCICO		21	100,00%
REVISIÓN PRIMARIA ABCDE (ATLS)	REVISIÓN PRIMARIA ABCDE	11	52,38%
	• Vía Aérea	11	52,38%
	• Ventilación	11	52,38%
	• Circulación	11	52,38%
	• Déficit neurológico	11	52,38%
	• Exposición	11	52,38%
REVISIÓN PRIMARIA INCOMPLETA	REVISIÓN PRIMARIA INCOMPLETA	10	47,62%
	• Vía Aérea	10	47,62%
	• Ventilación	10	47,62%
	• Circulación	10	47,62%
	• Déficit neurológico	0	0,00%
	• Exposición	0	0,00%
ANEXOS DE REVISIÓN PRIMARIA		13	61,90%
REVISIÓN SECUNDARIA (ATLS)	REVISIÓN SECUNDARIA ATLS	12	57,14%
	• Datos de Filiación	12	57,14%
	• Motivo de Consulta	12	57,14%
	• AMPLIA	12	57,14%
	• Examen Físico Completo	12	57,14%
HISTORIA CLÍNICA INCOMPLETA	HISTORIA CLÍNICA INCOMPLETA	9	42,86%
	• Datos de Filiación	9	42,86%
	• Motivo de Consulta	6	28,57%
	• AMPLIA	0	0,00%
	• Examen Físico Completo	2	9,52%
OTRO PROTOCOLO		0	0,00%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos (ver anexos)



Gráfica N° 1. Manejo de los pacientes con trauma torácico atendidos por el médico Residente en Emergencia.

Fuente: Ficha de Recolección de Datos (ver anexos)

Tabla y Gráfica N° 1. Se puede interpretar en la gráfica que en ninguno de los 21 pacientes que presentaron traumatismo torácico se cumplió al menos un parámetro al 100% de las normas ATLS, los mismo que lo hicieron de forma parcial, siendo estos los Anexos de Revisión Primaria con un 61,90% (#13 de 21 pacientes), la Revisión Secundaria con un 57,14% (#12 de 21 pacientes), y en un 52,38% (#11 de 21 pacientes) se hizo una Revisión Primaria Completa. En ningún paciente se aplicó otro protocolo.

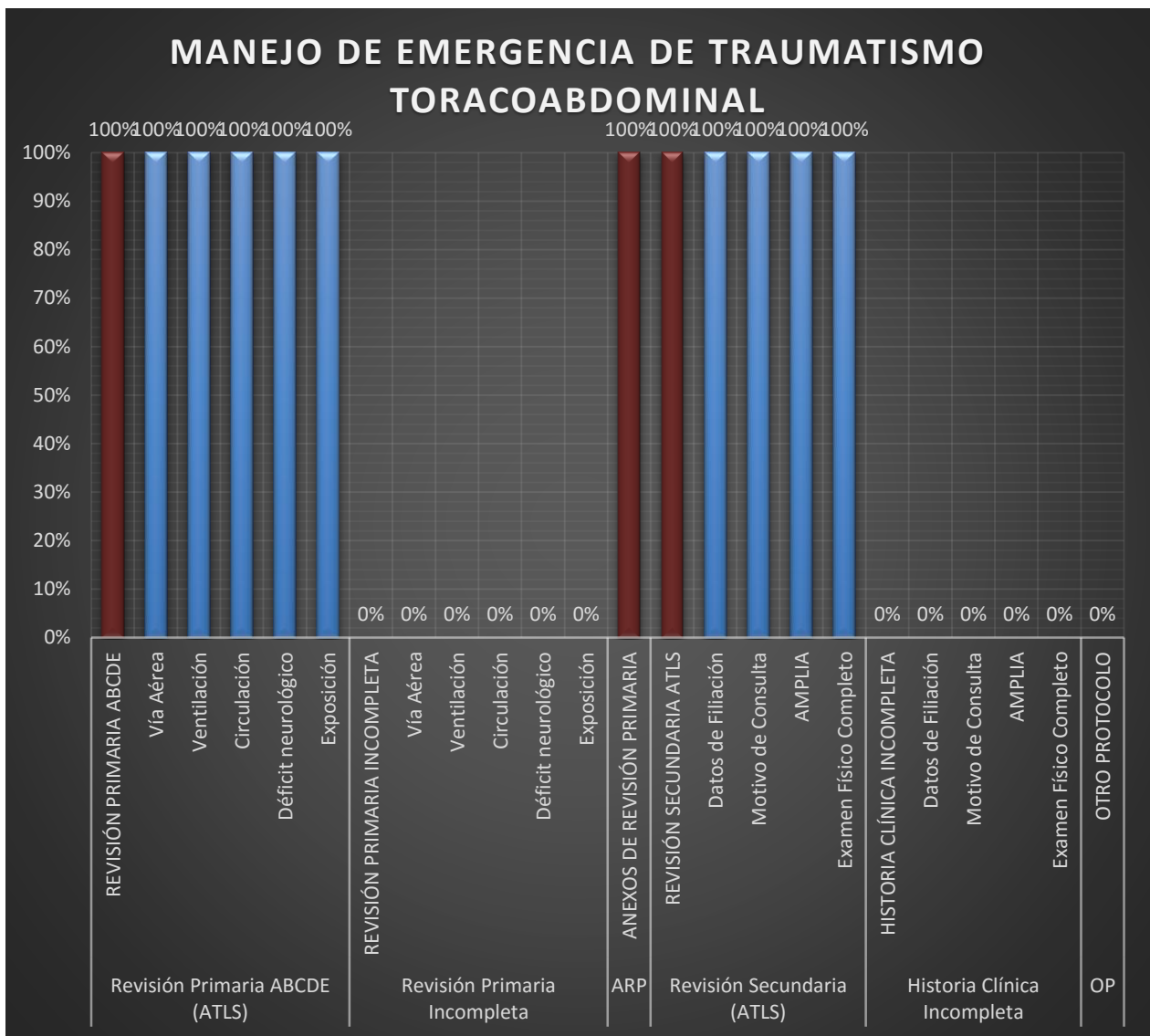
Resultado 2

MANEJO DE LOS PACIENTES CON TRAUMA TORACOABDOMINAL ATENDIDOS EN EMERGENCIA DEL H.UTPL

Tabla N° 2. Manejo de los pacientes con trauma toracoabdominal atendidos por el médico Residente en Emergencia

Protocolo Usado TRAUMA TORACOABDOMINAL		Frecuencia	Porcentaje
TOTAL DE PACIENTES CON TRAUMA TORACOABDOMINAL		1	100,00%
REVISIÓN PRIMARIA ABCDE (ATLS)	REVISIÓN PRIMARIA ABCDE	1	100,00%
	• Vía Aérea	1	100,00%
	• Ventilación	1	100,00%
	• Circulación	1	100,00%
	• Déficit neurológico	1	100,00%
	• Exposición	1	100,00%
REVISIÓN PRIMARIA INCOMPLETA	REVISIÓN PRIMARIA INCOMPLETA	0	0,00%
	• Vía Aérea	0	0,00%
	• Ventilación	0	0,00%
	• Circulación	0	0,00%
	• Déficit neurológico	0	0,00%
	• Exposición	0	0,00%
ANEXOS DE REVISIÓN PRIMARIA		1	100,00%
REVISIÓN SECUNDARIA (ATLS)	REVISIÓN SECUNDARIA ATLS	1	100,00%
	• Datos de Filiación	1	100,00%
	• Motivo de Consulta	1	100,00%
	• AMPLIA	1	100,00%
	• Examen Físico Completo	1	100,00%
HISTORIA CLÍNICA INCOMPLETA	HISTORIA CLÍNICA INCOMPLETA	0	0,00%
	• Datos de Filiación	0	0,00%
	• Motivo de Consulta	0	0,00%
	• AMPLIA	0	0,00%
	• Examen Físico Completo	0	0,00%
OTRO PROTOCOLO		1	0,00%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos (ver anexos)



Gráfica N° 2. Manejo de los pacientes con trauma toracoabdominal atendidos por el médico Residente en Emergencia.

Fuente: Ficha de Recolección de Datos (ver anexos)

Tabla y Gráfica N° 2. Se puede interpretar en la gráfica que en el único paciente que se tuvo con traumatismo toracoabdominal se aplicó el protocolo ATLS al 100%

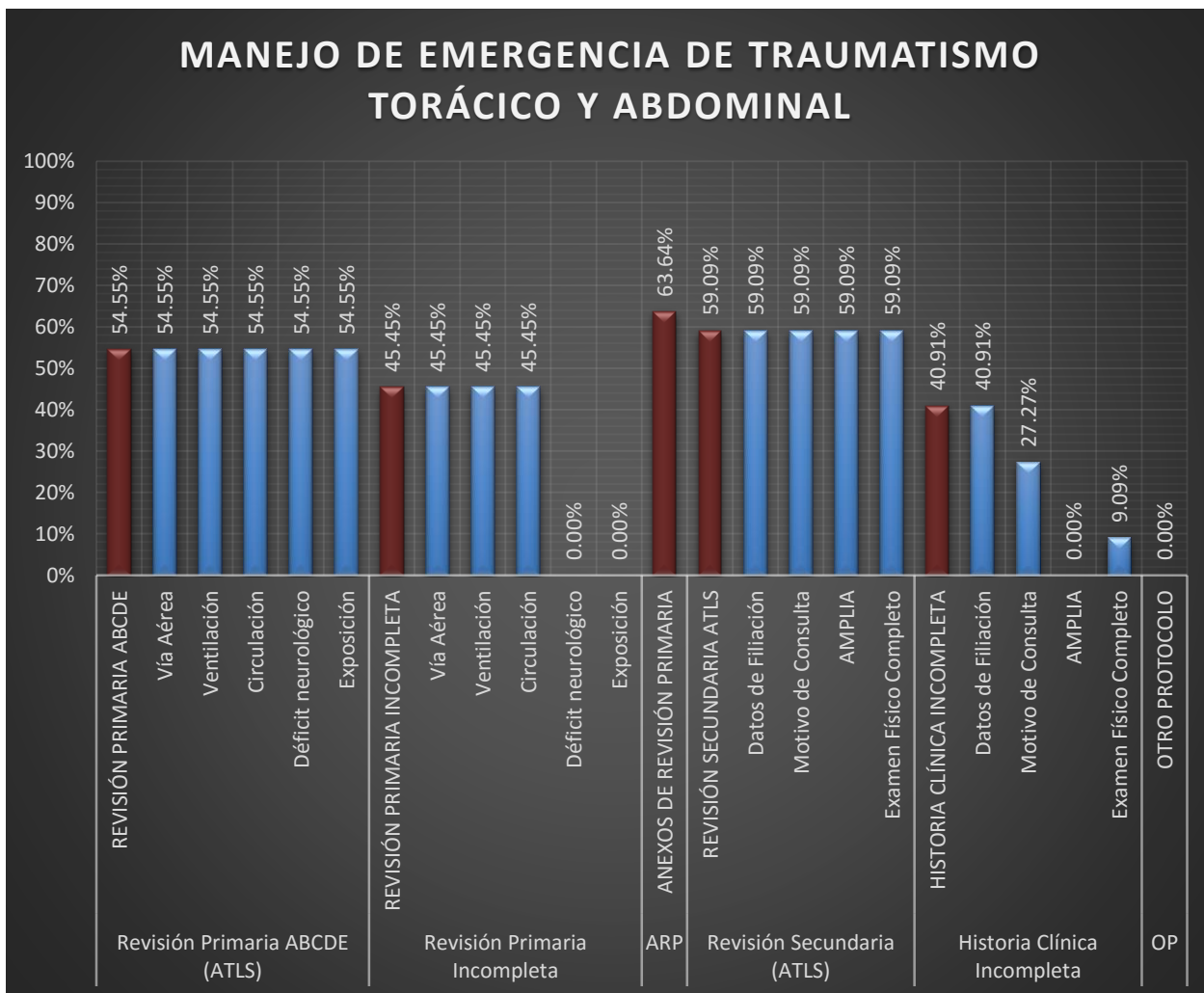
Resultado 3

MANEJO DE LOS PACIENTES CON TRAUMA TORÁCICO Y ABDOMINAL ATENDIDOS EN EMERGENCIA DEL H.UTPL

Tabla N° 3. Manejo de los pacientes con trauma Torácico y abdominal atendidos por el médico Residente en Emergencia

Protocolo Usado TRAUMA TORÁCICO Y ABDOMINAL		Frecuencia	Porcentaje
TOTAL DE PACIENTES CON TRAUMA TORÁCICO Y ABDOMINAL		22	100,00%
REVISIÓN PRIMARIA ABCDE (ATLS)	REVISIÓN PRIMARIA ABCDE	12	54,55%
	• Vía Aérea	12	54,55%
	• Ventilación	12	54,55%
	• Circulación	12	54,55%
	• Déficit neurológico	12	54,55%
	• Exposición	12	54,55%
REVISIÓN PRIMARIA INCOMPLETA	REVISIÓN PRIMARIA INCOMPLETA	10	45,45%
	• Vía Aérea	10	45,45%
	• Ventilación	10	45,45%
	• Circulación	10	45,45%
	• Déficit neurológico	0	0,00%
	• Exposición	0	0,00%
ANEXOS DE REVISIÓN PRIMARIA		14	63,64%
REVISIÓN SECUNDARIA (ATLS)	REVISIÓN SECUNDARIA ATLS	13	59,09%
	• Datos de Filiación	13	59,09%
	• Motivo de Consulta	13	59,09%
	• AMPLIA	13	59,09%
	• Examen Físico Completo	13	59,09%
HISTORIA CLÍNICA INCOMPLETA	HISTORIA CLÍNICA INCOMPLETA	9	40,91%
	• Datos de Filiación	9	40,91%
	• Motivo de Consulta	6	27,27%
	• AMPLIA	0	0,00%
	• Examen Físico Completo	2	9,09%
OTRO PROTOCOLO		0	0,00%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos (ver anexos)



Gráfica N° 3. Casos en los que usaron el protocolo del ATLS para paciente con traumatismo torácico y abdominal.

Fuente: Ficha de Recolección de Datos (ver anexos)

Tabla y Gráfica N° 3. Se puede interpretar en la gráfica que en ninguno de los 22 pacientes que presentaron traumatismo torácico y abdominal se cumplió al menos un parámetro al 100% de las normas ATLS, los mismo que lo hicieron de forma parcial, siendo éstos Anexos de Revisión Primaria con un 63,64% (#14 de 22 pacientes), seguido de la Revisión Secundaria con un 59,09% (#13 de 21 pacientes), y en un 54,55% de los pacientes (12 de 21) se hizo una Revisión Primaria Completa. Promediando estos 3 parámetros del ATLS podemos decir que se cumplió ATLS en un 59,09% en cada paciente. Además se observa que en ningún paciente se aplicó otro protocolo.

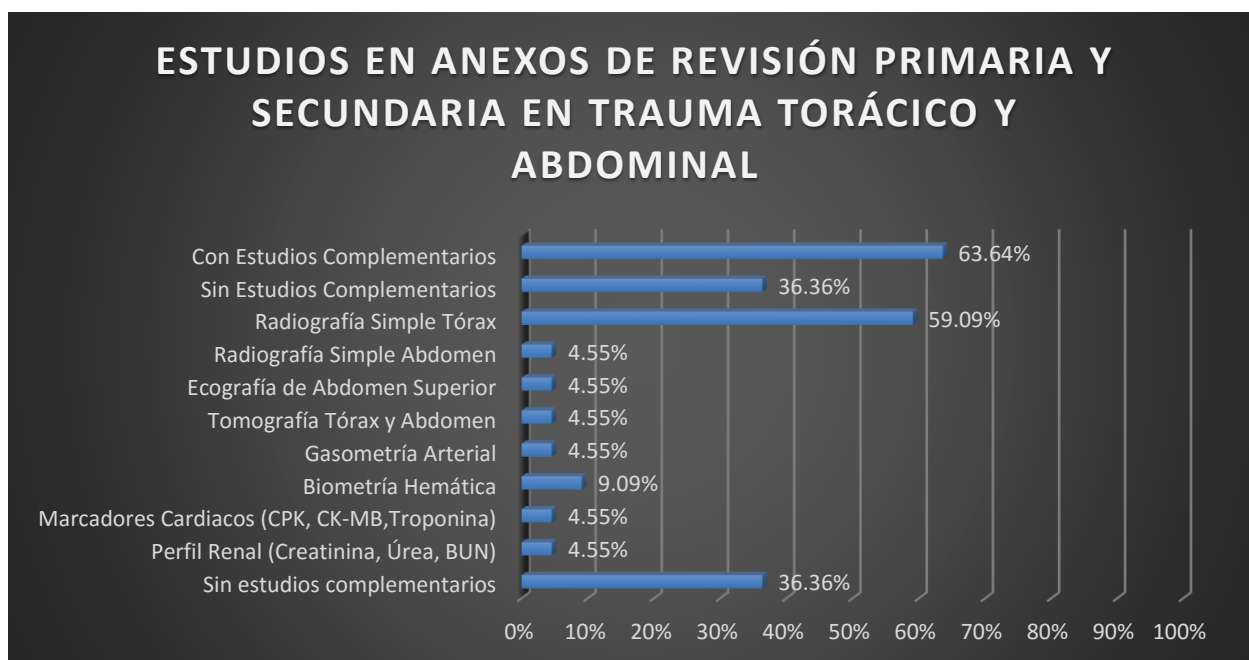
Resultado 4

ANEXOS EN LOS PACIENTES ATENDIDOS POR TRAUMA TORÁCICO Y ABDOMINAL EN EMERGENCIA DEL H.UTPL

Tabla N° 4. Estudios realizados en los Anexos de Revisión Primaria y Secundaria de pacientes con traumatismo torácico y abdominal.

Protocolo usado	Frecuencia	Porcentaje
Con Estudios Complementarios	14	63,64%
Sin Estudios Complementarios	8	36,36%
TOTAL	22	100,00%
• Radiografía Simple Tórax	13 de 22	59,09%
• Radiografía Simple Abdomen	1 de 22	4,55%
• Ecografía de Abdomen Superior	1 de 22	4,55%
• Tomografía Tórax y Abdomen	1 de 22	4,55%
• Gasometría Arterial	1 de 22	4,55%
• Biometría Hemática	2 de 22	9,09%
• Marcadores Cardiacos (CPK, CK-MB, Troponina)	1 de 22	4,55%
• Perfil Renal (Creatinina, Úrea, BUN)	1 de 22	4,55%
• Prueba de Embarazo (Orina y Sangre)	1 de 22	4,55%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos (ver anexos)



Gráfica N° 4. Estudios realizados en los Anexos de Revisión Primaria y Secundaria de pacientes con traumatismo torácico y abdominal.

Fuente: Ficha de Recolección de Datos (ver anexos)

Tabla y Gráfica N° 4. Se puede observar en la gráfica que de un total de 22 pacientes que acudieron por trauma torácico y abdominal al Hospital UTPPL se cumplió el apartado del ATLS Anexos de Revisión Primaria y Secundaria en un 63,64% (#14) de pacientes y no se lo hizo en un 36,36% (#8). Dentro de los estudios realizados tenemos con un 59,09% (#13) de pacientes se les realizó una radiografía simple de tórax, a un 9,09% (#2) se les realizó una biometría hemática, y solo en un 4,55% (#1) de pacientes se hicieron otros estudios como radiografía de abdomen, tomografía de tórax y abdomen, marcadores cardiacos y renales, gasometría y una prueba de embarazo. Exámenes que constan como iniciales en el protocolo ATLS como electrocardiograma, sondaje gástrico y vesical no se realizó en ningún paciente.

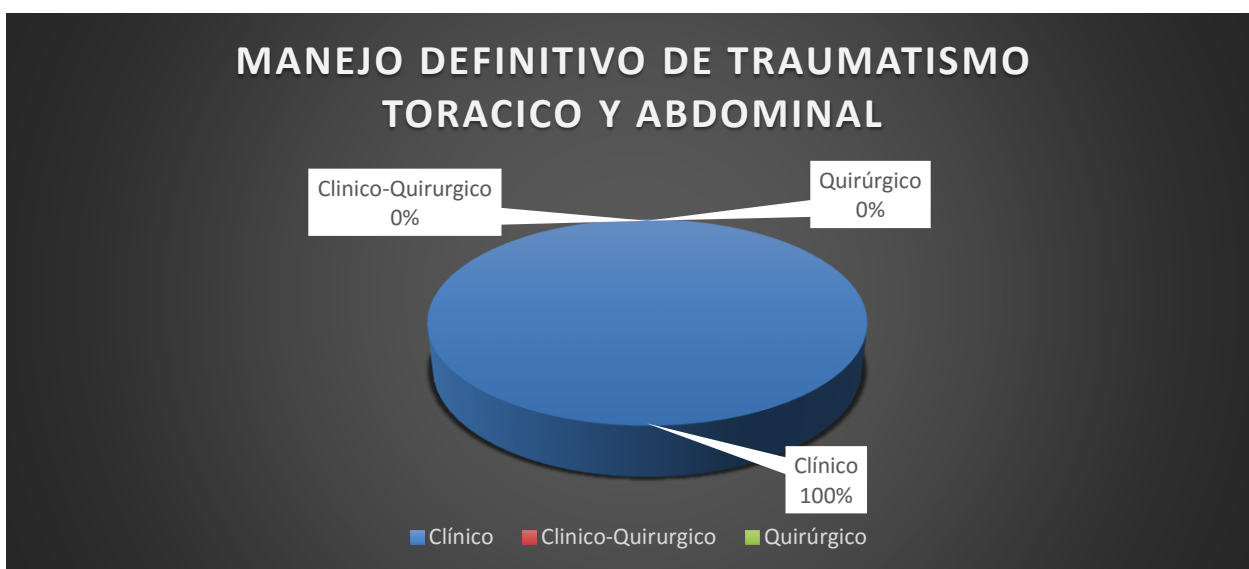
Resultado 5

MANEJO DEFINITIVO DE LOS PACIENTES CON TRAUMA TORÁCICO O ABDOMINAL ATENDIDOS EN EMERGENCIA DEL H.UTPL

Tabla N° 5. Método para el manejo definitivo de los pacientes con trauma torácico y abdominal

Manejo definitivo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Clínico	22	100,00%
Clínico-Quirúrgico	0	0,00%
Quirúrgico	0	0,00%
Total	22	100,00%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos (ver anexos)



Gráfica N° 5. Método para el manejo definitivo de los pacientes con trauma torácico y abdominal

Fuente: Ficha de Recolección de Datos (ver anexos)

Tabla y Gráfica N° 5. Se observa que el manejo definitivo en todos los pacientes que acudieron al HUTPL por traumatismo torácico o abdominal, recibieron un tratamiento clínico y ninguno requirió manejo quirúrgico.

Resultado 6

MANEJO DEFINITIVO DE LOS PACIENTES CON TRAUMA TORÁCICO O ABDOMINAL ATENDIDOS EN EMERGENCIA DEL H.UTPL

Tabla N° 6. Manejo definitivo de los pacientes con traumatismo torácico y abdominal

Área de Manejo Definitivo	Frecuencia	Porcentaje
OBSERVACIÓN	20	90,91%
• Analgesia y Antiinflamatorios	19 de 20	95,00%
• Antibióticos	0 de 20	0,00%
• Sólo observación	1 de 20	5,00%
HOSPITALIZACIÓN	2	9,09%
• Analgesia y Antiinflamatorios	2 de 2	100,00%
• Antibióticos	1 de 2	50,00%
QUIRÓFANO	0	0,00%
Total	22	100,00%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos (ver anexos)



Gráfica N° 6. Manejo definitivo de los pacientes con traumatismo torácico y abdominal.

Fuente: Ficha de Recolección de Datos (ver anexos)

Tabla y Gráfica N° 6. Se observa que el manejo definitivo de la mayoría de pacientes 90,91% (#20) se realizó en el Área de Observación, dentro de ésta recibieron analgesia y antiinflamatorios un 95% (#19 de 20) de los pacientes y solo lo mantuvieron en observación sin realizar ningún procedimiento a 1 paciente que representa el 5% de los pacientes atendidos en el Área de Observación. En el Servicio de Hospitalización se ingresó a 2 de los 22 pacientes atendidos en el Hospital UTPL, representando un 9,09%, en ellos se administró medicación

analgésica y antiinflamatoria al 100% (#2 de 2) y antibioticoterapia al %50 (#1 de 2). Además se puede observar que ningún paciente requirió manejo quirúrgico.

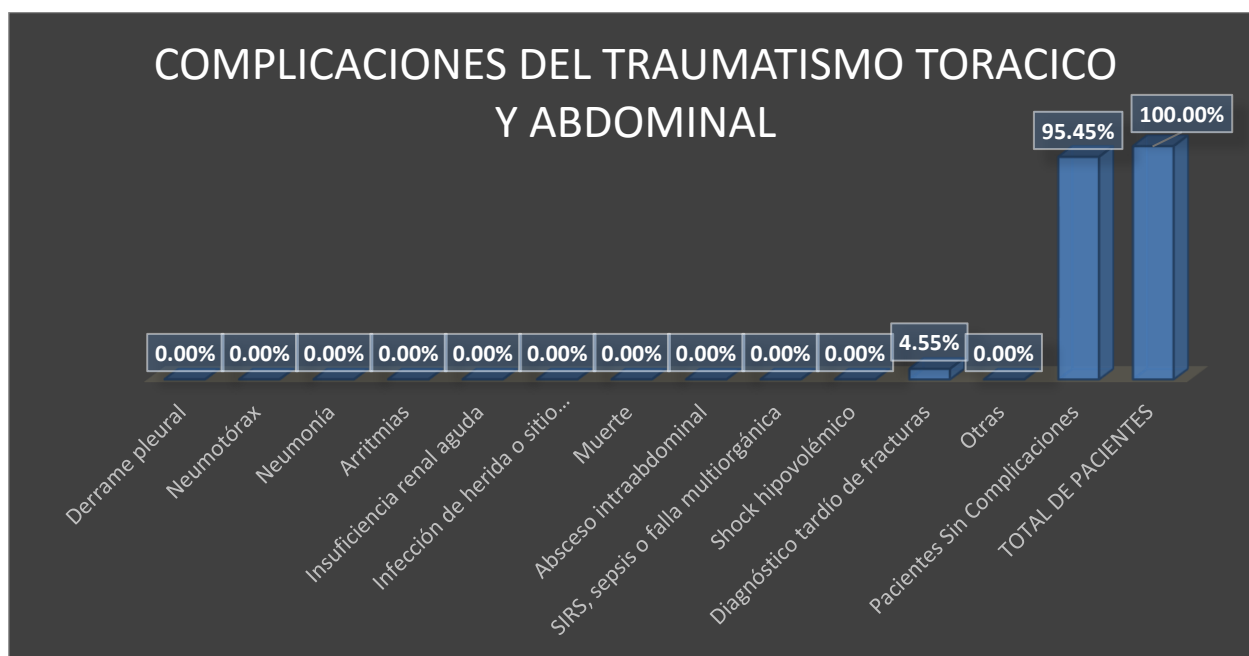
Resultado 7

COMPLICACIONES DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EMERGENCIA DEL H.UTPL

Tabla N° 7. Complicaciones que presentaron los pacientes con traumatismo torácico o abdominal

Complicaciones	Frecuencia	Porcentaje (%)
Derrame pleural	0	0.00%
Neumotórax	0	0.00%
Neumonía	0	0.00%
Arritmias	0	0.00%
Insuficiencia renal aguda	0	0.00%
Infección de herida o sitio quirúrgico	0	0.00%
Muerte	0	0.00%
Absceso intraabdominal	0	0.00%
SIRS, sepsis o falla multiorgánica	0	0.00%
Shock hipovolémico	0	0.00%
Diagnóstico tardío de fracturas	1	4.54%
Otras	0	0.00%
Pacientes Sin Complicaciones	21	95,45%
Total	22	100.00%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos (ver anexos)



Gráfica N° 7. Complicaciones que presentaron los pacientes con traumatismo

Fuente: Ficha de Recolección de Datos (ver anexos)

Tabla y Gráfica N° 7. Podemos darnos cuenta que de todos los pacientes atendidos solo uno de ellos presento una complicación, la cual no entra dentro de las más frecuentes reportadas en la literatura, si no se la clasifica como otras, aunque es importante mencionarla en la gráfica, debido a que es la única complicación encontrada.

DISCUSIÓN

Dr. James Styler cirujano ortopédico, luego de evidenciar en 1976 una respuesta totalmente inadecuada para el manejo de niños heridos en un accidente de avioneta en Nebraska, tuvo la necesidad de desarrollar un enfoque organizado y sistemático para la evaluación y manejo del paciente con trauma, a quién se le unió el Md. Paul Collicott para juntos crear el movimiento “Soporte Vital Avanzado en Trauma”, el mismo que fue adoptado por el Comité del Trauma; desde entonces el curso se ha desarrollado y perfeccionado hasta tener su más reciente edición, la novena, publicada en el año 2012. Hoy el ATLS se ha convertido en el estándar para la atención traumatológica en la mayoría de Centros de Trauma a nivel mundial y es el protocolo que rige América Latina y Ecuador. (Colegio Americano de Cirujanos, 2012)

Se presenta un metaanálisis realizado por Mohammad y col. en 2013 que estudio todos los artículos escritos en ingles desde 1966 hasta 2012 recogidos de Medline, Pubmed, y Cochrane Library (un total de 384 artículos, de los cuales 104 eran relevantes y fueron leídos), relacionados con el impacto educativo del ATLS y sus efectos sobre las tasas de mortalidad de pacientes con traumatismos, en el que se encontraron resultados como:

- Hay Evidencia de Nivel 1 de una mejora significativamente en el conocimiento, habilidades clínicas y gestión en pacientes de trauma luego de haber capacitado al personal con el ATLS. Este hallazgo ha sido apoyado por otros tres artículos que presentan Nivel 1 y 2 en los que se prueban las mismas ganancias. (Mohammad, 2013)
- Estos efectos se ha demostrado en diferentes especialidades y antigüedades, incluyendo estudiantes de medicina y especialistas encargados de manejar pacientes de trauma. Los mismos efectos también se muestra en las zonas rurales y en los países en desarrollo.
- En el metaanálisis, sólo hay siete informes que han estudiado los efectos de ATLS en la mortalidad. Todos eran comparaciones retrospectivas históricas, antes y después de la introducción de ATLS, con la excepción de un informe de los Países Bajos que fue un estudio prospectivo de cohortes. (Mohammad, 2013)
- Cinco de estos estudios no mostraron efecto con el ATLS en la mortalidad, incluyendo un estudio de China, que afirmó que era menor la mortalidad antes del ATLS.
- El estudio muestra que los cursos de ATLS mejoran significativamente los conocimientos, habilidades clínicas, y la toma de decisiones. (Mohammad, 2013)

Mohammad en el mismo metaanálisis recomienda “que los cursos de ATLS deben ser enseñados a todos los médicos que participan en la gestión de los pacientes politraumatizados, como lo demuestra el fuerte impacto positivo que da el curso en conocimientos, habilidades prácticas, y la toma de decisiones críticas. Además que son necesarios futuros estudios para evaluar adecuadamente el impacto del ATLS sobre las tasas de mortalidad de trauma y la discapacidad”. (Mohammad, 2013)

En nuestro estudio realizado mediante el análisis de las historias clínicas de los pacientes que han acudido al servicio de emergencias del Hospital UTPL, el mismo que no es un centro de trauma, donde del total de pacientes registrados desde el Enero del 2012 hasta Junio del 2014, 22 fueron por traumatismo torácico y abdominal y de éstos el 100% de los pacientes acudieron con traumas leves, siendo más frecuente el diagnóstico “Otros Traumatismos Superficiales de la Pared Anterior del Tórax” CIE-10 S203 con una frecuencia del 72,73% de pacientes. Comparando éstos resultados con un estudio de Pinette y col. realizado en un Centro de Trauma Nivel I donde mostraron que de los pacientes estudiados desde el año 2000 hasta el 2011, acudieron por traumatismos severos un 60% del total de visitas, no siendo los traumatismos leves los más frecuentes como en nuestro Hospital de estudio. En otro estudio, Martínez y col. mostraron en la Ciudad de Toledo-España que de los traumatismos torácicos el 51,3% fueron traumas moderados, un 45,3% fueron graves y un 3,4% fueron traumatismos leves. También mencionan que de los traumas abdominales el más frecuente también fue el moderado con un 58,3%, seguido del trauma grave con un 41,2% y finalmente con un 0,5% los traumatismos leves. (Pinette, 2012) (Martínez, 2010)

Dentro de la investigación realizada mediante el análisis de las historias clínicas de los pacientes que han acudido al servicio de emergencias del Hospital UTPL, durante el lapso de tiempo comprendido entre Enero 2012 – Junio 2014; hemos podido constatar que en un 54,55% (12 de 22 pacientes) se aplicó correctamente la Revisión Primaria Completa (ABCDE), similar en un 63,64% (13 de 22 pacientes) se solicitaron Anexos de Revisión Primaria, y la Revisión Secundaria de la misma manera con un 59,09% (13 de 22 pacientes), teniendo un promedio de 57,57% que sería la frecuencia global con la que se atendió, cumpliendo normativas internacionales del Apoyo Vital Avanzado en Trauma ATLS. Comparando estos resultados con casi todos los estudios mencionados en esta sección del proyecto, realizados en distintas partes del mundo, algunos centros de trauma y otros no, todos los que se rigen por el protocolo ATLS lo cumplen a cabalidad en un 100%, incluyendo los apartados, Revisión Primaria, Anexos de Revisión Primaria, Revisión Secundaria que son con los que estaríamos comparando nuestro

estudio. ATLS se cumple en todos sus pacientes, por ello muestran en sus resultados mejoras a nivel de la mortalidad, atención y disminución de complicaciones. (Navarro, World Journal of Surgery, 2014) (Martínez, 2010) (Pinette, 2012) (Hashmi, 2013) (Navarro, ElSevier, 2013)

Anexos de Revisión Primaria se vio en un 63,64% (14 de 22 pacientes) de todos los casos de traumatismo torácico y abdominal atendidos en el Hospital UTPL, siendo el anexo más solicitado la radiografía de tórax entre otros, donde se podría interpretar que no se solicitan exámenes complementarios a los pacientes como lo recomienda el ATLS, pero teniendo en cuenta los diagnósticos encontrados en este Hospital, siendo todos traumatismos leves y superficiales, no ameritaban en muchos el estudio de imagen aunque estén dentro del protocolo, pero también se solicitan según el criterio del facultativo, y como en nuestra muestra los traumatismos son leves, vemos que no se cumplió este parámetro al 100% porque no se necesitó hacer estudios complementarios en el 100% de nuestra estudio.

En el Hospital UTPL, en donde, mediante el estudio retrospectivo encontramos que un 100% de pacientes tuvieron un manejo clínico, no quirúrgico. Similar al estudio realizado por Kong y col. en el Pietermaritzburg Metropolitan Trauma Service (Department of Surgery) en Sudáfrica donde evidenciaron resultados similares de un estudio retrospectivo de 827 pacientes, donde se observó que se manejó un 96% de los pacientes no quirúrgicamente, realizando solo cirugía en un 4%, (Kong, 2014)

En el Hospital UTPL, donde para el manejo específico de los pacientes que acudieron por traumatismo torácico y abdominal se realizó con mayor frecuencia la administración de medicación analgésica-antiinflamatoria representando un 95-100% (#21 de 22 pacientes), también se utilizó antibioticoterapia en un 4,55% (#1) de pacientes, medidas que fueron muy sutiles, lo cual puede deberse a que la mayor frecuencia de traumas en el Hospital UTPL fueron leves, por lo que se priorizó manejar el dolor. Contrastando, en un estudio realizado por Martínez y col, en 2 Hospitales de Toledo, España analizando 1 090 pacientes de los cuales más del 90% de traumas fueron moderados o graves (menos del 10% traumas leves) por lo que su manejo fue mucho más agresivo. Martínez y col. en el mismo estudio, muestran las medidas empleadas como manejo específico en los pacientes, entre las que se puede observar: intubación endotraqueal (43,2%), fármacos vasoactivos (34,5%), uso de hemoderivados (31,6%), necesidad de transfusión de plaquetas (6,3%), transfusión de plasma (14,6%) y administración de complejo protrombínico (2,2%); los mismos que no tienen nada en relación con los empleados en nuestro Hospital foco de estudio. (Martínez, 2010)

En el Hospital objeto de estudio del total de 22 pacientes que acudieron por traumatismo torácico y abdominal, donde en promedio se cumplieron las normativas ATLS por paciente en un 59,09%, se pudo encontrar la presencia de una complicación en los 22 pacientes representando un 4,55%, siendo ésta un diagnóstico tardío de fractura. Se encontró que un análisis realizado por Hashmi y col. en Aga-Khan University Hospital donde evaluó el riesgo de complicaciones y mortalidad en un total de 1 227 pacientes, antes y después de aplicar varios enfoques, incluyendo ATLS, donde informaron una menor tasa de complicaciones y mortalidad después la introducción de dichos protocolos. (Navarro, 2014) (Hashmi, 2013)

Otro estudio prospectivo en Cataluña, España sobre el manejo de 898 pacientes politraumatizados cerrados basándose en el protocolo ATLS encontraron una reducción en complicaciones del 57,6 al 32%, pero no reducción en la mortalidad que continuó en 11,5%. (Navarro, 2014) (Navarro, Elsevier, 2013)

Como dato complementario podemos analizar el tiempo promedio por persona en los pacientes atendidos en el área de observación que fue de 1 hora 40 minutos, mientras que el empleado en hospitalización fue de 23 horas y en quirófano ninguna, puesto que no se utilizó ese servicio. Martínez y col. muestran en un estudio que el tiempo empleado por paciente en general va 10,4 a 13,2 días, es decir, en promedio 283 horas 20 minutos, cifra lejana, por mucho, a la vista en el Hospital UTPL. (Martínez, 2010)

Hussmann mediante un estudio en Alemania en 2014 demuestra mejoría en el factor tiempo y en la calidad del tratamiento de pacientes con trauma más gravemente heridos, tanto en el campo preclínico y en la sala de trauma de emergencia desde la implementación en el 2003 de los protocolos PHTLS (Pre-hospital Trauma Life Support), y el ATLS (Advanced Trauma Life Support) ayudando su programa DSTC-TM (Surgical Trauma Care). (Hussmann, 2014)

El presente trabajo investigativo permite demostrar que el Hospital UTPL no está capacitado para atención de pacientes con traumatismo torácico y abdominal, debido a que no se manejan los protocolos con un 100% de efectividad como se debería, también se demuestra que el número de pacientes que acuden a este Hospital por este tipo de trauma no es el suficiente para clasificarlo como un Centro de Trauma, lo que demuestra también un bajo rendimiento en el manejo de los pacientes con traumatismo torácico y abdominal además de la complicación encontrada, que siguiendo protocolo ATLS pudo ser evitada.

CONCLUSIONES

Se ha demostrado que no se cumplen las normativas del ATLS en Hospital UTPL, ya que lo hacen parcialmente, habiendo dividido en partes el manejo en el servicio de emergencias, observamos en el Hospital una frecuencia del 54,55% (#12 de 22 pacientes) de realizar una Revisión Primaria Completa (ABCDE), encontramos un 63,64% (#14 de 22) pacientes se les realizaron estudios en Anexos de Revisión Primaria y manera similar con un 59,09% de pacientes a los que se les hizo una Revisión Secundaria Completa. Promediando estos tres parámetros se puede decir que en el Hospital UTPL se cumple el protocolo ATLS en un 57,57%.

Luego del análisis de las historias clínicas de los pacientes del Hospital UTPL, se ha determinado que el cien por ciento de los pacientes que acudieron por traumatismo torácico o abdominal tuvieron un manejo definitivo clínico y no quirúrgico.

Se ha demostrado la presencia de una sola complicación mediante el análisis de las historias clínicas del Hospital UTPL, la misma se dio en un paciente con traumatismo torácico, en el cual se obvió el diagnóstico de una fractura costal, lo que podría ser evidencia de no cumplir el protocolo ATLS en un 100%. Por ello dicho paciente tuvo que acudir a una consulta médica posterior para el respectivo manejo.

RECOMENDACIONES

Se recomienda a la Dirección Médica del Hospital UTPL capaciten al personal médico, encargado del servicio de emergencias, en el manejo de pacientes que acudan por traumatismo torácico o abdominal, para que se proceda en casos posteriores según manda el protocolo internacional ATLS, cumpliendo en el 100% de los pacientes atendidos.

Se recomienda a los médicos residentes del HUTPL realizar historias clínicas más detalladas, para tener datos más completos para estudios posteriores, a más que es un respaldo legal.

Se recomienda a los médicos residentes del Hospital UTPL a cargo del servicio de emergencia hacer un examen más exhaustivo del paciente, sin ignorar pasos del ATLS, para así evitar tener complicaciones, o como fue el caso, obviar un diagnóstico por no haber solicitado un estudio de imagen.

Se recomienda la aplicación del programa ATLS, ya que a la luz de los estudios comparados este programa puede mejorar los conocimientos, habilidades prácticas, y la toma de decisiones clínicas en pacientes críticos, a más de reducir la aparición de errores que se podrían evitar. El ATLS también mejora el tratamiento de pacientes con traumatismos y ayuda a reducir descuidos o iatrogenias en su manejo, los mismos que son potencialmente prevenibles.

BIBLIOGRAFÍA:

- Ali, J. (1993). *Trauma outcome improves following the Advanced Trauma Life Support Program in a developing country*. Trinidad y Tobago: Med Journal Trauma. Recuperado el 20 de Mayo de 2015
- Ariyanayagam, D. (1992). *The impact of the ATLS course on traffic accident mortality in Trinidad and Tobago*. Trinidad y Tobago: Med Journal Surgical. Recuperado el 20 de Mayo de 2015, de The impact of the ATLS course on traffic accident mortality in Trinidad and Tobago.
- Ávila, J. (5 de Mayo de 2013). *Archivos de Bronconeumología*. Recuperado el 3 de Julio de 2014, de Evolución y complicaciones del traumatismo torácico:
<http://www.archbronconeumol.org/es/evolucion-complicaciones-del-traumatismo-toracico/articulo/90199687/>
- Brunicardi, C. (2015). *Schwartz's Principles of Surgery* (Décima ed.). Houston: McGraw-Hill.
- Caviness, A. C. (14 de Octubre de 2013). *UpToDate*. Recuperado el 07 de Junio de 2015, de Pulmonary contusion in children:
https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/pulmonary-contusion-in-children?source=search_result&search=contusi%C3%B3n+pulmonar&selectedTitle=2~42
- Colegio Americano de Cirujanos. (2012). *ATLS Soporte Vital Avanzado en Trauma Manual de Curso para Estudiantes* (Novena ed.). Chicago: American College of Surgeons. Recuperado el 23 de Junio de 2014
- Colegio Americano de Cirujanos de Chile. (2014). *American College of Surgeons - Chile*. Recuperado el 5 de Julio de 2015, de OBJETIVOS CURSO PHTLS:
<http://principal.acschile.cl/phtls/>
- Díaz, A. (2011). Traumatismo Torácico. *Traumatología y Neurocirugía*, 1. Recuperado el 15 de Julio de 2014
- Diercks, D. (10 de Junio de 2014). *UpToDate*. Recuperado el 29 de Junio de 2014, de Initial evaluation and management of blunt abdominal trauma in adults:
http://www.uptodate.com/contents/initial-evaluation-and-management-of-blunt-abdominal-trauma-in-adults?source=search_result&search=Initial+evaluation+and+management+of+blunt+abdominal+trauma+in+adults&selectedTitle=1~150
- Eidt, J. (21 de Enero de 2015). *UpToDate*. Recuperado el 07 de Junio de 2015, de Resuscitative thoracotomy: technique:
https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/resuscitative-thoracotomy-technique?source=search_result&search=toracotomia+temprana&selectedTitle=1~150
- García, M. (28 de Diciembre de 2011). *Medicopedia: El diccionario médico interactivo*. Recuperado el 23 de Junio de 2014, de Complicación:
http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Complicacion
- González, M. (Diciembre de 2011). *Clinopatología del Aparato Respiratorio*. Recuperado el 17 de Julio de 2014, de Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo - Instituto de Ciencias de la Salud:
http://www.uaeh.edu.mx/docencia/P_Presentaciones/icsa/asignatura/16traumatoracico.pdf

- Gutierrez, E. (2010). *Primeros Auxilios*. Madrid: EDITEX. Obtenido de http://books.google.com.ec/books?id=MvZ9J1Qf1SQC&pg=PA103&dq=traumatismos+a+abierto+cerrado&hl=es&sa=X&ei=IGe2U_W0A62-sQSI4YGwCg&ved=0CD0Q6AEwBw#v=onepage&q=traumatismos%20abierto%20cerrado&f=false
- Harrison, T. (2012). *Harrison Principios de Medicina Interna* (Décimo octava ed., Vol. II). (B. José, Trad.) New York: The McGraw-Hill Companies. Recuperado el 29 de Junio de 2014
- Hashmi, Z. (2013). *Hospital-based trauma quality improvement initiatives: first step toward improving trauma outcomes in the developing world*. *Journal Trauma Acute Care Surgical*. Recuperado el 20 de Mayo de 2015
- Hussmann, B. (16 de Octubre de 2014). *International Journal of the Care of the Injured*. (U. H. Department of Trauma Surgery, Ed.) Recuperado el 20 de Mayo de 2015, de Pre-hospital and early in-hospital management of severe injuries: Changes and trends: [http://www.injuryjournal.com/article/S0020-1383\(14\)00376-3/fulltext](http://www.injuryjournal.com/article/S0020-1383(14)00376-3/fulltext)
- INEC. (2011). *Instituto Nacional de Estadísticas y Censos - Indicadores básicos del 2012*. Quito: INEC. Recuperado el 17 de Julio de 2014, de Causas de Mortalidad.
- IntraMed. (Marzo de 2013). *Libros Virtuales IntraMed*. Recuperado el 14 de Junio de 2014, de Trauma Tóraco-Abdominal: http://www.intramed.net/sitios/librovirtual8/pdf/8_01.pdf
- Jover, J. (2004). *Cirugía del Paciente Politraumatizado* (Segunda ed.). Madrid: Aran. Recuperado el 31 de Mayo de 2015
- Kong, V. (11 de Julio de 2014). *International Journal of the Care of the Injured*. Recuperado el 20 de Mayo de 2015, de The selective conservative management of penetrating thoracic trauma is still appropriate in the current era: [http://www.injuryjournal.com/article/S0020-1383\(14\)00339-8/fulltext](http://www.injuryjournal.com/article/S0020-1383(14)00339-8/fulltext)
- Legome, E. (11 de Enero de 2013). *UpToDate*. Recuperado el 23 de Mayo de 2014, de Initial evaluation and management of chest wall trauma in adults: http://www.uptodate.com/contents/initial-evaluation-and-management-of-chest-wall-trauma-in-adults?source=search_result&search=Initial+evaluation+and+management+of+chest+wall+trauma+in+adults&selectedTitle=2~150
- Legome, E. (28 de Marzo de 2014). *Medscape*. Recuperado el 1 de Julio de 2014, de Blunt Abdominal Trauma: <http://emedicine.medscape.com/article/1980980-overview>
- Legome, E. (05 de Febrero de 2015). *UpToDate*. Recuperado el 29 de Mayo de 2015, de Initial evaluation and management of blunt thoracic trauma in adults: https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/initial-evaluation-and-management-of-blunt-thoracic-trauma-in-adults?source=search_result&search=hemotorax+masivo&selectedTitle=3~150
- Márquez, P. (Octubre de 2014). Fractura de pelvis, atención extrahospitalaria. *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 40(07). Recuperado el 07 de Junio de 2015, de <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-fractura-pelvis-atencion-extrahospitalaria-90348940>
- Marx, J. (2013). *Rosen's Emergency Medicine - Concepts and Clinical Practice* (Vol. I). Madrid: Elsevier Science. Recuperado el 23 de Junio de 2014
- Ministerio de Salud Pública. (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud MAIS*. Quito: Ministerio de Salud Pública.

- Mohammad, A. (18 de Octubre de 2013). *World Journal of Surgery*. Recuperado el 20 de Mayo de 2015, de Educational and Clinical Impact of Advanced Trauma Life Support (ATLS) Courses: A Systematic Review: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00268-013-2294-0>
- Navarro, S. (01 de Julio de 2013). *ElSevier*. Recuperado el 20 de Mayo de 2015, de Estudio para la mejoría de la atención hospitalaria inicial del paciente politraumatizado: proyecto TRAUMACAT: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002577531300523X>
- Navarro, S. (28 de Abril de 2014). *World Journal of Surgery*. Recuperado el 20 de Mayo de 2015, de Impact of ATLS Training on Preventable and Potentially Preventable Deaths: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00268-014-2587-y>
- Offner, P. (27 de Abril de 2014). *Medscape*. Recuperado el 3 de Julio de 2014, de Penetrating Abdominal Trauma: <http://emedicine.medscape.com/article/2036859-overview>
- Organización Mundial de la Salud OMS. (Mayo de 2014). *Las 10 principales causas de defunción en el mundo*. Recuperado el 17 de Julio de 2014, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/>
- Organización Panamericana de la Salud OPS. (2013). *Representación de OPS/OMS en Argentina*. Recuperado el 18 de Julio de 2014, de Situación de salud en las Américas 2013: http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=160:datos-estadisticas
- Puskarich, M. (13 de Noviembre de 2012). *UpToDate*. Recuperado el 29 de Junio de 2014, de Initial evaluation and management of abdominal gunshot wounds in adults: http://www.uptodate.com/contents/initial-evaluation-and-management-of-abdominal-gunshot-wounds-in-adults?source=search_result&search=Initial+evaluation+and+management+of+abdominal+gunshot+wounds+in+adults&selectedTitle=1~150
- Real Academia Española. (27 de Enero de 2014). *Diccionario de la Lengua Española* (Vigésimo Tercera ed., Vol. I). Madrid: ISPASA. Recuperado el 26 de Junio de 2014, de Diccionario: <http://lema.rae.es/drae/?val=traumatismo>
- Rodriguez, J. (2013). *Diagnóstico, Tratamiento Médico: Grenn Book* (Quinta ed.). Madrid: MARBÁN. Recuperado el 3 de Julio de 2014
- Sánchez, P. (2010). Traumatismos Abdominales. *Hospital Clínico Universitario "Virgen de la Victoria" de Málaga*, 3. Recuperado el 16 de Julio de 2014
- Shockley, L. (26 de Mayo de 2014). *UpToDate*. Obtenido de Initial evaluation and management of abdominal stab wounds in adults: https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/initial-evaluation-and-management-of-abdominal-stab-wounds-in-adults?topicKey=EM%2F356&elapsedTimeMs=2&source=search_result&searchTerm=a+bdominal+trauma&selectedTitl
- Shockley, L. (03 de Junio de 2014). *UpToDate*. Recuperado el 29 de Junio de 2014, de Initial evaluation and management of abdominal stab wounds in adults: http://www.uptodate.com/contents/initial-evaluation-and-management-of-abdominal-stab-wounds-in-adults?source=search_result&search=Initial+evaluation+and+management+of+abdominal+stab+wounds+in+adults&selectedTitle=2~150

- Sindicato Médico del Uruguay. (Septiembre de 2013). *SMU Sindicato Médico del Uruguay*. Recuperado el 19 de Junio de 2014, de Definición del Servicio de 1727 Emergencias: <http://www.smu.org.uy/publicaciones/noticias/noticias104/art15.htm>
- Van Olden, G. (2004). *Advanced trauma life support study: quality of diagnostic and therapeutic procedures*. Países Bajos: Med Journal Trauma. Recuperado el 20 de Mayo de 2015
- World Heart Organization WHO. (22 de Mayo de 2014). *World Heart Organization*. Recuperado el 05 de Julio de 2015, de World, Injuries, Deaths per 100 000 population, 2012, Both sexes, All ages (total) years: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.RCODWORLD?lang=en>

ANEXOS

Anexo 1

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

TITULACION DE MEDICO
TRABAJO DE FIN DE TITULACION



FICHA DE OBSERVACION

Autor: Jaime Andrés Romero Leon
Tema: Evaluación del manejo de traumatismo torácico o abdominal en pacientes adultos que acudieron al Hospital UTPL durante el periodo Enero 2012 - Junio 2014

N°	DATOS GENERALES						DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	CIE-10	TRIAGE	MANEJO																										
	TIPO DE DOCUMENTO	CÉDULA	PACIENTE	EDAD	SEXO	FECHA DE INGRESO				MANEJO DE EMERGENCIA									MANEJO DEFINITIVO																	
										TORACICO						ABDOMINAL			Estudios en Anexos de Revisión Primaria y Secundaria						TORÁCICO			ABDOMINAL								
										REVISIÓN PRIMARIA ABCDE (ATLS)	REVISIÓN PRIMARIA ABCDE INCOMPLETA	ANEXOS DE REVISIÓN PRIMARIA	REVISIÓN SECUNDARIA (ATLS)	HISTORIA CLÍNICA INCOMPLETA	OTRO PROTOCOLO	REVISIÓN PRIMARIA ABCDE (ATLS)	REVISIÓN PRIMARIA ABCDE INCOMPLETA	ANEXOS DE REVISIÓN PRIMARIA	REVISIÓN SECUNDARIA (ATLS)	HISTORIA CLÍNICA INCOMPLETA	OTRO PROTOCOLO	Radiografía Simple Tórax	Radiografía Simple Abdomen Superior	Ecografía de Abdomen Superior	Tomografía Tórax y Abdomen	Gasometría Arterial	Biometría Hemática	Marcadores Cardíacos (CPK, CK-MB, Troponina)	Perfil Renal (Creatinina, Urea, BUN)	Prueba de Embarazo (Orina y Sangre)	Clinico	Clinico-Quirúrgico	Quirúrgico	Clinico	Clinico-Quirúrgico	Quirúrgico
1	CEDULA DE CIUDADANIA	1104434533	WILLIAN FRANCISCO JUMBO JUMBO	28	M	27/06/2012	OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX (CAIDA DE PROPIA ALTURA)	S203	II	1		1											1							1						
2	CEDULA DE CIUDADANIA	1102537832	ELSA ROSANORA ERIQUE ORTEGA	48	F	29/06/2012	OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX (TRAUMA CON OBJETO CONTUNDENTE)	S203	I		1	1	1										1							1						
3	CEDULA DE CIUDADANIA	1101851440	IVAN RAMIRO JARAMILLO ZUÑIGA	56	M	15/12/2012	OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX (CAIDA DE PROPIA ALTURA)	S203	II	1			1																	1						
4	CEDULA DE IDENTIDAD	0704354000	DANNY FERNANDO TINOCO TINOCO	23	M	03/08/2012	OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX (CAIDA DE PROPIA ALTURA)	S203	II		1		1																	1						
5	CEDULA DE CIUDADANIA	1101851440	IVAN RAMIRO JARAMILLO ZUÑIGA	56	M	11/01/2013	TRAUMATISMO DEL TORAX NO ESPECIFICADO (CAIDA DE PROPIA ALTURA, se observó FRACTURA COSTAL)	S299	II	1		1	1										1							1						
6	PASAPORTE	EH645268	MICHAEL ANDRE JEAN MOENS	27	M	24/10/2012	OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX (CAIDA DE 1,5 METROS DE ALTURA)	S203	II	1		1		1									1							1						
7	CEDULA DE CIUDADANIA	1103348940	JUAN CARLOS ROMAN TOSCANO	35	M	23/11/2012	OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX (CAIDA DE BICICLETA)	S203	II	1		1		1									1							1						
8	CEDULA DE CIUDADANIA	1103204119	YADIRA SUAREZ CORDOVA	39	F	09/07/2013	OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX (TRAUMA CON OBJETO CONTUNDENTE)	S203	II		1			1																1						
9	CEDULA DE CIUDADANIA	1104228315	JOSE ROBERTO RIOS ERREIS	28	M	22/09/2013	OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX (TRAUMA CON VOLANTE DE BICICLETA)	S203	II	1				1																1						
10	CEDULA DE CIUDADANIA	1100318565	HILDA MARIA GONZALES	73	F	24/02/2013	OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX (CAIDA DE PROPIA ALTURA)	S203	II		1		1																	1						
11	CEDULA DE CIUDADANIA	1102889654	GUSTAVO ABRAHAM JUMBO OBACO	44	M	06/06/2013	OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX (TRAUMA CON OBJETO CONTUNDENTE)	S203	I	1		1	1										1							1						
12	CEDULA DE CIUDADANIA	1105218323	DIANA ALEXANDRA CAJAMARCA ORDOÑEZ	22	F	14/10/2013	OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX + TRAUMATISMOS SUPERFICIALES QUE AFECTAN EL TORAX CON EL ABDOMEN, LA REGION LUMBOSACRA Y LA PELVIS (GOLPE -PUÑO- EN EPIGASTRIO - ESTERNON)	S203 T001	I	1		1	1		1		1	1					1						1			1				
13	MENOR SIN IDENTIFICAC.	398	ARTUR OJEDA ZUÑIGA	19	M	06/03/2013	OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX (DOS PERSONAS LE CAEN ENCIMA DESDE PROPIA ALTURA)	S203	I	1		1	1										1							1						
14	CEDULA DE CIUDADANIA	1100180387	ARTURO MENDOZA GONZALEZ	65	M	01/10/2013	OTROS TRAUMATISMOS DEL TORAX ESPECIFICADOS FRACTURA DE ESTERNON (ACCIDENTE DE TRANSITO)	S298 S222	IV	1		1	1							1	1	1	1	1	1				1							
15	CEDULA DE CIUDADANIA	1703798288	ANGELA CORINA AGILA PALACIOS	63	F	11/08/2013	OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX (CAIDA DE PROPIA ALTURA)	S203	I		1		1																	1						
16	CEDULA DE CIUDADANIA	1900291384	CARMITA DE JESUS AGUILAR ESPINOZA	44	F	17/10/2013	OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX (ACCIDENTE DE TRANSITO)	S203	I		1	1	1										1							1						
17	MENOR SIN IDENTIFICAC.	361	BRAYAN IVAN LOAIZA IÑIGUEZ	16	M	31/05/2014	OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED POSTERIOR DEL TORAX (CAIDA DE PROPIA ALTURA)	S204	I		1			1																1						
18	CEDULA DE CIUDADANIA	1103808778	PABLO OCHOA CUEVA	33	M	26/10/2013	OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX (CAIDA DE UN PISO DE ALTO)	S203	I	1		1	1										1							1						
19	CEDULA DE CIUDADANIA	1101409942	JOSE GABRIEL SONGOR ESPARZA	57	M	26/10/2013	OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED POSTERIOR DEL TORAX (CAIDA DE PROPIA ALTURA)	S204	I		1			1																1						
20	CEDULA DE CIUDADANIA	1100118957	HUGO HUMBERTO SOLORZANO FERNANDEZ	80	M	29/10/2013	OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX (CAIDA DE PROPIA ALTURA)	S203	I		1	1	1										1	1	1					1						
21	CEDULA DE CIUDADANIA	1103590848	OFELIA LORENA BENITEZ HURTADO	35	F	23/01/2014	OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX (CAIDA DE PROPIA ALTURA)	S203	II	1		1		1														1	1							
22	CEDULA DE CIUDADANIA	1103013650	DIEGO FABRICIO ORDOÑEZ SINCHE	38	M	13/04/2014	TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL TORAX (TRAUMA CON OBJETO CONTUNDENTE)	S208	I		1	1		1									1							1						
								TOTAL		11	10	13	12	9	0	1	0	1	1	0	0	13	1	1	1	1	2	1	1	1	22	0	0	1	0	0

Anexo 2

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
TITULACION DE MEDICO
TRABAJO DE FIN DE TITULACION
FICHA DE OBSERVACION



Autor: Jaime Andres Romero Leon

Tema: Evaluación del manejo de traumatismo torácico o abdominal en pacientes adultos que acudieron al Hospital UTPL durante el periodo Enero 2012 - Junio 2014

N°	TIPO DE DOCUMENTO	CÉDULA	PACIENTE	EDAD	SEXO	FECHA DE INGRESO	DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	CIE-10	TRIAGE	COMPLICACIONES																				
										TIPO DE MANEJO				TORÁCICAS						ABDOMINALES										
										HOSPITALIZACIÓN Nro HORAS	QUIROFANO Nro HORAS	Analgesia y Antinifamatorios	Antibióticos	Sólo observación	Derrame Pleural	Neumotórax	Arritmias	Insuficiencia Renal Aguda	Infección de herida o sitio quirúrgico	Muerte	Diagnóstico tardío de fractura	Otras	Absceso intraabdominal	SIRS, sepsis o Falla multioragnica	Shock Hipovolémico	Neumonía	Insuficiencia Renal Aguda	Infección de herida o sitio quirúrgico	Muerte	Otras
1	CEDULA DE CIUDADANIA	1104434533	WILLIAN FRANCISCO JUMBO JUMBO	28	M	27/06/2012	OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX (CAIDA DE PROPIA ALTURA)	S203	II					1																
2	CEDULA DE CIUDADANIA	1102537832	ELSA ROSANORA ERIQUE ORTEGA	48	F	29/06/2012	OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX (TRAUMA CON OBJETO CONTUNDENTE)	S203	I					1																
3	CEDULA DE CIUDADANIA	1101851440	IVAN RAMIRO JARAMILLO ZUÑIGA	56	M	15/12/2012	OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX (CAIDA DE PROPIA ALTURA)	S203	II													1								
4	CEDULA DE IDENTIDAD	0704354000	DANNY FERNANDO TINOCO TINOCO	23	M	03/08/2012	OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX (CAIDA DE PROPIA ALTURA)	S203	II					1																
5	CEDULA DE CIUDADANIA	1101851440	IVAN RAMIRO JARAMILLO ZUÑIGA	56	M	11/01/2013	TRAUMATISMO DEL TORAX NO ESPECIFICADO (CAIDA DE PROPIA ALTURA, se obvió FRACTURA COSTAL)	S299	II					1																
6	PASAPORTE	EH645268	MICHAEL ANDRE JEAN MOENS	27	M	24/10/2012	OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX (CAIDA DE 1,5 METROS DE ALTURA)	S203	II					1																
7	CEDULA DE CIUDADANIA	1103348940	JUAN CARLOS ROMAN TOSCANO	35	M	23/11/2012	OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX (CAIDA DE BICICLETA)	S203	II															1						
8	CEDULA DE CIUDADANIA	1103204119	YADIRA SUAREZ CORDOVA	39	F	09/07/2013	OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX (TRAUMA CON OBJETO CONTUNDENTE)	S203	II					1																
9	CEDULA DE CIUDADANIA	1104228315	JOSE ROBERTO RIOS ERREIS	28	M	22/09/2013	OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX (TRAUMA CON VOLANTE DE BICICLETA)	S203	II					1																
10	CEDULA DE CIUDADANIA	1100318565	HILDA MARIA GONZALES	73	F	24/02/2013	OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX (CAIDA DE PROPIA ALTURA)	S203	II					1																
11	CEDULA DE CIUDADANIA	1102889654	GUSTAVO ABRAHAM JUMBO OBACO	44	M	06/06/2013	OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX (TRAUMA CON OBJETO CONTUNDENTE)	S203	I					1																
12	CEDULA DE CIUDADANIA	1105218323	DIANA ALEXANDRA CAJAMARCA ORDOÑA'EZ	22	F	14/10/2013	OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX + TRAUMATISMOS SUPERFICIALES QUE AFECTAN EL TORAX CON EL ABDOMEN, LA REGION LUMBOSACRA Y LA PELVIS (GOLPE -PUÑO- EN EPIGASTRIO - ESTERNON)	S203 T001	I					1																
13	MENOR SIN IDENTIFICAC.	398	ARTUR OJEDA ZUÑIGA	19	M	06/03/2013	OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX (DOS PERSONAS LE CAEN ENCIMA DESDE PROPIA ALTURA)	S203	I					1																
14	CEDULA DE CIUDADANIA	1100180387	ARTURO MENDOZA GONZALEZ	65	M	01/10/2013	OTROS TRAUMATISMOS DEL TORAX ESPECIFICADOS (FRACTURA DE ESTERNON (ACCIDENTE DE TRANSITO))	S298 S222	IV	22		1	1																	
15	CEDULA DE CIUDADANIA	1703798288	ANGELA CORINA AGILA PALACIOS	63	F	11/08/2013	OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX (CAIDA DE PROPIA ALTURA)	S203	I					1																
16	CEDULA DE CIUDADANIA	1900291384	CARMITA DE JESUS AGUILAR ESPINOZA	44	F	17/10/2013	OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX (ACCIDENTE DE TRANSITO)	S203	I					1																
17	MENOR SIN IDENTIFICAC.	361	BRAYAN IVAN LOAIZA IÑIGUEZ	16	M	31/05/2014	OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED POSTERIOR DEL TORAX (CAIDA DE PROPIA ALTURA)	S204	I					1																
18	CEDULA DE CIUDADANIA	1103808778	PABLO OCHOA CUEVA	33	M	26/10/2013	OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX (CAIDA DE UN PISO DE ALTO)	S203	I					1																
19	CEDULA DE CIUDADANIA	1101409942	JOSE GABRIEL SONGOR ESPARZA	57	M	26/10/2013	OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED POSTERIOR DEL TORAX (CAIDA DE PROPIA ALTURA)	S204	I					1																
20	CEDULA DE CIUDADANIA	1100118957	HUGO HUMBERTO SOLORZANO FERNANDEZ	80	M	29/10/2013	OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX (CAIDA DE PROPIA ALTURA)	S203	I	24				1																
21	CEDULA DE CIUDADANIA	1103590848	OFELIA LORENA BENITEZ HURTADO	35	F	23/01/2014	OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX (CAIDA DE PROPIA ALTURA)	S203	II					1																
22	CEDULA DE CIUDADANIA	1103013650	DIEGO FABRICIO ORDOÑEZ SINCHE	38	M	13/04/2014	TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL TORAX (TRAUMA CON OBJETO CONTUNDENTE)	S208	I					1																
TOTAL										23	0	21	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	

Loja 29 de julio de 2014

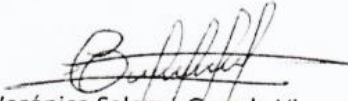
Dra. Patricia González

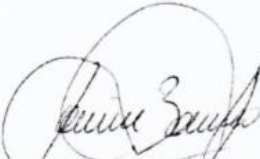
CORDINADOR DE LA TITULACIÓN DE MÉDICO DE LA UTPL


De mi consideración.-


Por medio del presente permítame saludarle y desearle éxitos en los labores que diariamente desempeña con éxito, el motivo del cual es para solicitarle nos conceda un oficio solicitando los respectivos permisos para recolectar información y realizar el trabajo de fin de titulación en el Hospital UTPL sobre Trauma en la sección preclínica.

Esperando su favorable respuesta me despido deseándole éxitos en sus labores diarias.


Verónica Salomé Granda Vivanco
1105650723

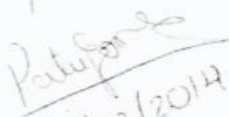

Jaime Andrés Romero León
1103609358


Danny Vladimír Silva Cano
1900431592


Juan José Arrieta Rodríguez
1720393055



Quando estén aprobados los
proyectos de investigación se
debe presentar al hospital con
copia del proyecto


30/07/2014.



UTPL
UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

Of. Circ. Nº 123 DCS- UTPL
Loja, 21 de agosto de 2014

Doctor
Ángel Alfonso Gordillo Gordillo
DOCENTE DE LA TITULACIÓN DE MÉDICO UTPL
Presente

De mi consideración:

La Dirección del Departamento de Ciencias de la Salud le agradece por formar parte de su equipo docente y se permite comunicar a usted que ha sido designado como **DIRECTOR (A)** del proyecto de fin de titulación presentado por el (a) estudiante: JAIME ANDRÉS ROMERO LEÓN, cuyo tema ha sido aprobado desde la Coordinación de la Titulación. Le rogamos comedidamente colaborar con el desarrollo del mismo, con la finalidad de cumplir con el cronograma establecido para la culminación del Trabajo de Fin de Titulación.

Particular que pongo a su conocimiento para los fines consiguientes.

Atentamente,

Dra. Yoredy Sarmiento Andrade
**DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO
DE CIENCIAS DE LA SALUD (e)**



Cc: estudiante



UTPL
UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

Oficio 178 CTM – UTPL
Loja, 28 de agosto del 2014

Doctora
Johana Montalvo Vázquez
DIRECTORA MÉDICA DEL HOSPITAL UTPL
Presente.-

De mi consideración:

Reciba un cordial y atento saludo y mi deseo de éxito en sus funciones. Me permito agradecerle por la valiosa colaboración que da la institución que usted dirige en la formación académica de los estudiantes de la Titulación de Médico de la Universidad Técnica Particular de Loja.

Me permito solicitarle de la manera más comedida autorice a quien corresponda para que se brinde el acceso a información Estadística y a las Historias clínicas a los estudiantes de la carrera de medicina, según listado adjunto, con el fin de que puedan realizar la recolección de datos y desarrollar el Trabajo de Fin de Titulación que fue aprobado.

En agradecimiento a su gentil atención, me suscribo de usted, reiterándole mis sentimientos de consideración y estima personal.

Atentamente,

Dra. Patricia González Granda
**COORDINADORA DE TITULACIÓN
DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UTPL**



Adjunto:

- Listado de estudiantes con temas de Proyectos de Fin de Titulación aprobados.

San Cayetano Alto s/n
Loja-Ecuador
Telf.: (593-7) 257 0275
Fax: (593-7) 258 4893
informacion@utpl.edu.ec

Autorizado
28/08/2014
Dra. Johanna Montalvo V.
Hospital UTPL DIRECTORA
MEDICA

Loja, 24 de Diciembre del 2014

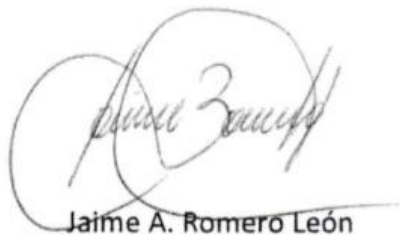
Dra. Johanna Montalvo Vázquez
DIRECTORA DEL HOSPITAL UTPL

De mis consideraciones.-

Yo, JAIME ANDRES ROMERO LEON con CI: 1103609358, le solicito a Usted de la manera más cordial, me ayude con una autorización para ingresar al archivo físico/virtual de las historias clínicas de los pacientes que han acudido a esta casa de salud por motivo de Traumatismo Torácico y/o Abdominal durante Enero 2012 a Junio 2014, con el fin de hacer la recolección de datos para la realización de mi Proyecto de Fin de Titulación, que tiene a esta población de pacientes como estudio.

Esperando una respuesta favorable a la presente le antelo mis más sinceros agradecimientos y deseo suerte en sus labores diarias.

Atentamente.-



Jaime A. Romero León

1103609358



Loja, 12 de junio del 2015

Dr. Víctor Hugo Vaca Merino

COORDINADOR DE LA TITULACIÓN DE MÉDICO

De mis consideraciones.

Yo, Jaime Andrés Romero León con C.I. 1103609358, estudiante de Décimo ciclo de la Titulación de Médico, solicito a usted de la manera más comedida la asignación del tribunal correspondiente para el Trabajo de fin de titulación: **"Evaluación del manejo del traumatismo torácico o abdominal en pacientes adultos que acudieron al Hospital UTPL durante el periodo Enero 2012 - Junio 2014"**, por cuanto se ha cumplido con los requisitos propuestos.

Seguro de contar con su aprobación desde ya le antelo mis más sinceros agradecimientos y a la vez desearle éxitos en su labor diaria,

Atentamente:



Jaime A. Romero León
1103609358



Oficio Circ. N°052-DCS- UTPL
Loja, 18 de junio de 2015

Doctores
Ángel Gordillo
Paúl Castillo
Karina León
DOCENTES DE LA TITULACIÓN DE MÉDICO

Estimados doctores:

Me dirijo a ustedes con el fin de expresarles un cordial saludo. A la vez me permito comunicarles, que se les ha designado como parte del Tribunal de revisión del Trabajo de Fin de Titulación (TFT) del estudiante **Jaime Andrés Romero León**. El mismo que está conformado de la siguiente forma:

- Dr. Ángel Gordillo (Director TFT)
- Dr. Paúl Castillo (Presidente de Tribunal)
- Dra. Karina León (Vocal de Tribunal)

Les agradezco por el cumplimiento del cronograma que se detalla a continuación, con la finalidad de evitar dificultades en el proceso, tomando en cuenta el elevado número de estudiantes pendientes de las disertaciones.

ACTIVIDAD	5° grupo
Entrega de los 3 anillados	15 de junio de 2015
Revisión por parte del Tribunal	Del 16 al 29 de junio del 2015
Corrección por parte del estudiante	Del 30 de junio al 06 de julio de 2015
Revisión final del Tribunal	Del 07 al 13 de julio de 2015
Entrega de calificación del Trabajo de Fin de Titulación	20 de julio de 2015

Saludos cordiales,



Dra. Viviana Dávalos B.

DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

cc: **Jaime Andrés Romero León**

Adj.: toda la información relacionada con la revisión y calificación del TFT pueden encontrar en el aula de docentes en el EVA, anuncio 3



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

TITULACIÓN DE MÉDICO

FORMATO DE EVALUACIÓN DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN

Estudiante: *Jaime Andrés Romero León*
 Tema: *Manejo del traumatismo tórax y abdomen en H. UTPL*
 Tutor: *Dr. Angel Jordillo Jordillo*

PARÁMETRO	CALIFICACION			
	Presidente	Vocal	Tutor	Promedio
CALIDAD CIENTÍFICA DE LA INFORMACIÓN (5 PUNTOS)	5	5	5	5
PRESENTACIÓN SEGÚN EL FORMATO (2 PUNTOS)	2	2	2	2
CONCORDANCIA DEL FIN Y OBJETIVOS CON LA METODOLOGÍA (1.5 PUNTOS)	1.5	1.5	1.5	1.5
CALIDAD Y ACTUALIDAD DE LA BIBLIOGRAFÍA (1.5 PUNTO)	1.5	1.5	1.5	1.5

Observaciones:

Nota final/ 10: 10


PRESIDENTE DEL TRIBUNAL


TUTOR DEL TRABAJO DE FIN DE CARRERA


VOCAL

Loja, 24 de Julio de 2015

Dr. Víctor Hugo Vaca Merino

COORDINADOR DE LA TITULACIÓN DE MÉDICO

De mis consideraciones.-

Yo, Jaime Andrés Romero León con C.I. 1103609358, estudiante de Décimo ciclo de la Titulación de Médico, me dirijo a usted con el motivo de informar que realizo la entrega de la calificación y el CD de mi Trabajo de Fin de Titulación: **“Evaluación del manejo del traumatismo torácico o abdominal en pacientes adultos que acudieron al Hospital UTPL durante el periodo Enero 2012 - Junio 2014”**, en la Secretaría de la Titulación de Médico.

Deseando éxito en sus funciones diarias y agradeciendo por la atención prestada a la presente, le antelo mis más sinceros agradecimientos

Atentamente:



Jaime A. Romero León
1103609358