



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

Evaluación del manejo del paciente politraumatizado por accidente de tránsito en el Hospital Abel Gilbert Pontón

AUTOR (A):

Miguel José Argenzio Goncalvez

**Trabajo de Titulación previo a la Obtención del Título de:
MEDICO**

TUTOR:

Obando Freire, Francisco

**Guayaquil, Ecuador
2016**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA
CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **Miguel José Argenzio Goncalvez**, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Médico.

TUTOR (A)

OPONENTE

Francisco Obando Freire

**DECANO(A)/
DIRECTOR(A) DE CARRERA**

**COORDINADOR(A) DE ÁREA
/DOCENTE DE LA CARRERA**

Guayaquil, a los 25 del mes de abril del año 2016



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, Miguel José Argenzio Goncalvez

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación Evaluación del manejo del paciente politraumatizado por accidente de tránsito en el Hospital Abel Gilbert Pontón previo a la obtención del Título **de Medico**, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 25 del mes de abril del año 2016

EL AUTOR (A)

Miguel José Argenzio Goncalvez



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA
AUTORIZACIÓN**

Yo, Miguel José Argenzio Goncalvez

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: Evaluación del manejo del paciente politraumatizado por accidente de tránsito en el Hospital Abel Gilbert Pontón, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 25 del mes de abril del año 2016

EL (LA) AUTOR(A):

Miguel José Argenzio Goncalvez

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por la oportunidad que me ha brindado de poder estudiar, y poder culminar esta carrera.

Agradezco a mi familia, que me ha alentado y ayudado en los momentos más difíciles.

Agradezco al Dr. William Muñoz, por su paciencia, comprensión, ayuda y guía durante este trabajo de investigación.

Miguel José Argenzio Argenzio

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN
(Se colocan los espacios necesarios)

PROFESOR GUÍA Ó TUTOR

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

OPONENTE



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

CALIFICACIÓN

PROFESOR GUÍA Ó TUTOR

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

OPONENTE

Contenido de cuadros:

Cuadro 1: Grupo de edades.....	16
Cuadro 2: Tabla de géneros.....	16
Cuadro 3: Diagnósticos más frecuentes.....	17
Cuadro 4: Tiempo de hospitalización.....	17
Cuadro 5: Tabla de mortalidad.....	18

Tabla de contenido

Resumen	5
Abstract.....	6
Introducción.....	7
Capítulo 1	8
Marco Teórico	8
1.1 Politraumatismo	8
1.2 Manejo del paciente politraumatizado extrahospitalario	8
1.3 Manejo del paciente politraumatizado intrahospitalario.....	11
1.4 Referentes empíricos	13
Capítulo 2	14
Marco metodológico.....	14
2.1 Diseño	14
2.2 Población	14
2.3 Variables	14
2.4 Instrumentos.....	14
2.5 Gestión de datos.....	15
2.6 Criterios éticos	15
Capítulo 3	16
Resultados	16
Capítulo 4	19
Discusión	19
Conclusiones.....	20
Recomendaciones	20
Bibliografía	21

Resumen

Objetivo: este trabajo de investigación tiene la intención de demostrar que la aplicación de los protocolos en el manejo del paciente politraumatizado en el área de emergencia, reduce considerablemente la morbimortalidad de los mismos. Los protocolos están dados por el ATLS. También se hará énfasis en las lesiones más comunes y en qué grupo de la población es más común este tipo de eventos. **Materiales y Métodos:** este estudio hace un enfoque cuantitativo, es un estudio no experimental, de tipo transversal. Los datos fueron tomados de la emergencia del Hospital Abel Gilbert Pontón. La muestra fue de 1325 pacientes ingresados por accidente de tráfico, 915 de estos pacientes eran masculinos y 320 eran femeninos. **Resultados:** en este estudio se obtuvo una mortalidad del 6.49%, 86 paciente de los 1239 pacientes de la muestra, de ellos el 65% se encontraba entre las edades de 20-49 años, de ellos 915 pacientes eran de sexo masculino. El diagnóstico más frecuente de los pacientes ingresados fue el politraumatismo en un 44%, y el segundo más frecuente fue el traumatismo craneoencefálico con 30%. En el tiempo de hospitalización el 62% de los pacientes pasaban de 1 a 5 días hospitalizados. **Conclusión:** según los datos la mayoría de los pacientes fueron del sexo masculino y se encontraban entre las edades de 20-49 años, lo que nos demuestra que las personas socioeconómicamente activas son las más propensas a accidentes de tránsito. La mortalidad fue de 6.49%, lo cual nos demuestra que con un buen uso de los protocolos, en el manejo del paciente politraumatizado reduce la morbimortalidad de los pacientes.

Palabras Claves: accidente de tránsito, politraumatismo, protocolos, evaluación, mortalidad, emergencia

Abstract

Objective: This research intends to demonstrate that the application of the protocols in the management of trauma on patients in the emergency area, significantly reduces the mortality thereof. The protocols are given by the ATLS. There will also be emphasis on the most common injuries and what population group is more affected by these events. **Materials and Methods:** This study makes a quantitative approach, is a non-experimental study, transversal. The data were taken from the Hospital Abel Gilbert Ponton in the emergency area. The sample consisted of 1325 patients admitted by accident, 915 of these patients were male and 320 were female. **Results:** In this research we obtained a mortality of 6.49%, 86 patients out of 1239 patients from the research, the 65% were between the ages of 20-49, 915 patients out of 1325 were male. The most common diagnosis on the admitted patients was the multiple trauma, with percentage of 44%, while in second place was the trauma to the head with 30%. In the hospitalized time of the patients the 62% of the patients stayed between 1-5 days. **Conclusion:** According to data most of the patients were male and were between the ages of 20-49 years, which shows that the socio-economically active people are more prone to accidents. The mortality rate was 6.49%, which shows that with good use of the protocols in the management of trauma patients reduces mortality of patients.

Key Words: Traffic accident, multiple trauma, protocolos, evaluation, mortality, emergency

Introducción

Los accidentes de tránsito son una de las causas de mayor mortalidad alrededor del mundo. Según la OMS más de 1.3 millones de personas mueren por accidentes de tránsito en el mundo. En Chile fallecen cerca de 7.500 personas producto de traumatismos, siendo la tercera causa de muerte en hombres y la séptima en mujeres. En Ecuador en el año del 2014 se registraron 2322 muertes causadas por accidentes de tránsito (4). El politraumatismo es bastante común en pacientes que estuvieron involucrados en accidentes de tránsito ya sea como peatones o como pasajeros del vehículo y el trauma se ha convertido en una pandemia que tiene un severo impacto socio económico para la sociedad (3).

El manejo del paciente politraumatizado esta protocolizado según el ATLS, manual que es usado alrededor del mundo como principal guía. El manejo de estos pacientes se divide en dos etapas: la etapa pre hospitalaria y la etapa intrahospitalaria. La etapa prehospitalaria, como lo sugiere el nombre se desarrolla antes de la llegada del paciente al hospital donde se evaluará el estado del paciente y se lo estabilizara para así poder movilizarlo hacia el centro hospitalario.

El objetivo general es determinar si el manejo del paciente politraumatizado por accidente de tránsito fue el adecuado. Se tomó en cuenta el uso de protocolos y del ATLS como guía. El uso adecuado de los protocolos debe de reducir el riesgo de muerte de estos pacientes. En nuestro país existe un gran número de fallas en el uso de los protocolos para el manejo de estos pacientes, por lo que se quiere comparar con los estudios de otros países.

Los objetivos específicos son determinar la tasa de mortalidad de estos pacientes que debería de reducir si el uso de los protocolos es el correcto. Identificar cuáles son las lesiones más comunes posteriores a los accidentes de tránsito, especificar que género y edad son más propensos y precisar el tiempo de hospitalización de los pacientes.

Capítulo 1

Marco Teórico

1.1 Politraumatismo

Cuando se habla de politraumatismos, hay que diferenciar a los pacientes politraumatizados de los pacientes policontusos. El paciente politraumatizado, según la literatura y el ATLS, es aquel que presenta dos o más lesiones, las cuales ponen en riesgo de muerte al paciente. Se comete errores al momento de valorar al paciente, y se confunde los términos politrauma con policontusion. El paciente puede tener varias lesiones pero si ninguna de estas pone en riesgo su vida no se puede hablar de un politraumatismo (2).

Una de las causas más comunes de politraumatismo son los accidentes de tránsito, tanto en el caso de los conductores de vehículos como en el de los peatones. El accidente de tránsito se define como un acontecimiento involuntario que involucra dos vehículos, o n vehículo y un peatón. En ambos casos los involucrados pueden presentar varias lesiones, y estas dependerán de la gravedad del accidente (7)

1.2 Manejo del paciente politraumatizado extrahospitalario

La fase extrahospitalaria es la fase que comienza con el manejo del paciente antes de ser trasladado al centro de salud donde se le dará el tratamiento indicado. Este debe ser organizado, debe notificar al hospital del estado del paciente que será trasladado. Todo esto se hace con anticipación para tener el área preparada junto con todos los recursos que se necesitaran para ayudar en el tratamiento del paciente. Durante esta fase lo más importante será el mantenimiento de la vía aérea, control de hemorragias externas y shock (1).

Los principales objetivos de la fase prehospitalaria son identificar las lesiones críticas en el paciente traumatizado, establecer las prioridades de atención y estabilización apropiada y eficiente tanto en el campo como en el trayecto.

También se debe de preguntar sobre el accidente, el lugar y el mecanismo del traumatismo, dependiendo de esto se puede sospechar sobre las lesiones que se pueden encontrar (2).

La hora de oro es conocido como el tiempo que transcurre entre el accidente y los sesenta minutos después del mismo, este tiempo puede ser la diferencia entre la vida y la muerte, debido a que se puede controlar la pérdida de sangre, mejorar la perfusión de la misma o evitar algún tipo de isquemia. En este tiempo se pueden originar lesiones irreparables para el paciente. También existe algo conocido como los 10 minutos de plata, que se refiere a la atención que tiene que ser dada al paciente en los primeros 10 minutos posteriores al accidente (8).

La revisión primaria comienza con la identificación de las lesiones que amenacen la vida del paciente, revisar los signos vitales e identificar el mecanismo de la lesión. Se describe que esta fase debe de ser rápida y eficiente, en la valoración del paciente, no debe de tomar más de un minuto. Para eso se creó el llamado ABCDE. Esta nemotecnia se refiere a A: mantenimiento de las vías aéreas, B: respiración y ventilación, C: circulación y control de hemorragia, D: déficit neurológico, E: control ambiental, control de otro tipo de lesiones (9).

Mantenimiento de las vías aéreas: lo primero es preguntarle al paciente su nombre, si hay respuesta lo más probable es que la vía aérea sea permeable, caso contrario se debe buscar signos de obstrucción, cuerpos extraños o fracturas faciales o de mandíbula. Para abrir la vía aérea la maniobra indicada es elevar el mentón y levantar la mandíbula. La mayor causa de muerte en un politraumatismo es la obstrucción de la vía aérea. Se debe evitar movimientos bruscos debido a que puede haber lesiones a nivel de la columna cervical. Como regla si el paciente presenta un estado de conciencia de Glasgow menor a 8, nos indica que se deberá permeabilizar de forma artificial, por medio del tubo endotraqueal (3).

Respiración y ventilación: el mantenimiento de la vía aérea no asegura una buena ventilación e intercambio gaseoso adecuado, para un buen funcionamiento debe de valorar una adecuada función de pulmones, pared torácica y diafragma. Se debe de revisar el apropiado movimiento torácico en el momento de la respiración, se debe auscultar los campos pulmonares para detectar la presencia de líquido en los pulmones, la percusión puede ayudar en este examen (5).

Circulación y control de hemorragia: para valorar el estado de la circulación del paciente, se debe valorar el estado de conciencia, el pulso y el color de la piel. Se debe controlar la hemorragia por medio de la transfusión de líquidos para evitar el shock por hipovolemia (la hipovolemia será la principal causa de shock hasta demostrar lo contrario). El color de la piel nos puede decir en qué estado está el paciente, el paciente que conserva la tonalidad de la piel en cara y extremidades rara vez estará en un estado grave. Si el paciente presenta cianosis en extremidades o cara podemos inferir que el paciente tiene una pérdida importante de líquidos (hipovolemia) (2).

El pulso es otro factor importante, para la exploración se debe revisar el pulso central en carótida o femoral, siempre debe valorarse en ambos lados, lo normal en el pulso periférico es un pulso lento con buen llenado. Si este se encuentra rápido y débil este es un signo de hipovolemia, aunque la frecuencia normal del pulso no necesariamente indica un volumen normal (5).

Las hemorragias deben de ser controladas en la revisión primaria, la hemorragia se la puede controlar por medio de la aplicación de presión sobre el lugar del sangrado. El uso de torniquetes es contraindicado (a menos que exista la amputación traumática de algún miembro) ya que pueden causar isquemias de los miembros o lesiones en los tejidos. Siempre se debe valorar el riesgo de una hemorragia interna, los lugares de sangrados importantes son la cavidad abdominal y torácica, los tejidos alrededor de los huesos largos, la cavidad retroperitoneal por una fractura de pelvis (6).

Déficit neurológico: en esta fase se valora el estado de conciencia con la escala de Glasgow, tiene carácter pronóstico. Un resultado mayor a 13 indica un buen estado de conciencia, un resultado menor 8 será indicación de intubación y un resultado de 3, es indicación de muerte cerebral. Otra característica a valorar es la reacción pupilar, el nivel de lesión medular y los signos de laterización. La disminución del estado de conciencia del paciente puede deberse a hipovolemia, a un trauma craneoencefálico severo o a la disminución de la perfusión cerebral. Primero debe descartarse el uso de drogas, hipoglicemias, o la ingesta de alcohol, hasta demostrar cualquiera de estas se debe pensar en una causa por trauma neurológico (11).

Control ambiental, de otro tipo de lesiones: para la evaluación final se prefiere remover toda la ropa del paciente para hacer una revisión completa del paciente, buscando todo tipo de lesiones. Es importante mantener la temperatura del paciente y que no sufra de hipotermia. Los pacientes politraumatizados pueden llegar con hipotermia debido a la pérdida de sangre, pueden necesitar transfusiones y el uso de cristaloides, lo cal revertirá el estado de la hipotermia (11).

1.3 Manejo del paciente politraumatizado intrahospitalario

En la fase intrahospitalaria, que empieza cuando el paciente politraumatizado llega al centro hospitalario. El paciente será llevado al área de emergencia, donde se deberá tener todos los recursos disponibles, soluciones cristaloides y soluciones de ringer, equipo de monitorización, equipos de diagnóstico y de imágenes, para ser debidamente valorado, diagnosticado y poder dar un tratamiento rápido y eficaz según se necesite (4).

Se debe realizar la segunda revisión, se debe valorar el ABCDE nuevamente y mantener al paciente en observación constante, ya que la pérdida de volumen puede llevar al paciente a sufrir shock, hipotermia o puede causar la pérdida de la conciencia. Se valorara la cabeza en cuanto a la agudeza visual, el tamaño

de las pupilas, hemorragias conjuntivales, lesiones penetrantes, luxación del cristalino o copresido ocular (3).

Trauma maxilofacial: se inspeccionara las lesiones y sangrados que presente, y podrán ser tratados posterior a la revisión secundaria. En caso de presentar una fractura en la lamia cribosa, se coloca sonda gástrica por vía oral en caso de ser necesario (5).

Columna cervical: la mayoría de los pacientes politraumatizados por accidentes de tránsito, presentan lesiones de la columna cervical debido a la desaceleración del vehículo, lo que provoca el efecto de "latigazo". Se debe inmovilizar el cuello de estos pacientes hasta demostrar que no haya lesión de la columna cervical (5).

Tórax: Se evalúa el tórax tanto en cara anterior como posterior, se busca deformidad y dolor a la palpación lo que puede indicar fracturas, se debe auscultar los campo pulmonares y descartar la presencia de neumotórax y hemotórax, debe ser confirmado por medio de radiografía. En el caso de los accidentes de tránsito, hay varias lesiones comunes producto de los mismos como la fractura de clavícula causado por el cinturón de seguridad, y los hematomas en la región de tórax por impacto con el volante (5).

Abdomen: el abdomen debe ser valorado varias veces, dado que el cuadro puede cambiar a medida que pasa el tiempo. Si la persona ha ingerido alcohol, ha hecho uso de drogas o la evaluación del abdomen no es muy clara, se debe realizar un estudio ecográfico del abdomen, la tomografía de contraste se puede realizar en pacientes que no han ingerido alcohol o ha hecho uso de drogas (5).

Periné y vagina: se debe examinar estas regiones en busca de sangrados importantes, hematomas, fracturas de pelvis, antes de poder colocar cualquier tipo de sonda. En caso de fractura de pelvis la sonda vesical está contraindicada. Una fractura común por los impactos de la parte frontal del vehículo son las fracturas de cuello de fémur y de la pelvis (5).

Musculo esquelético: se debe examinar las extremidades del paciente en busca de dolor, hematomas o deformidades que puedan indicar fracturas. La evaluación de la región pélvica se realiza por palpación en busca de puntos dolorosos, la fractura de pelvis puede causar un sangrado importante (5).

1.4 Referentes empíricos

Según el estudio de Yolanda Soto, se realizó un estudio en el que se utilizó tres scores internacionales para valorar el pronóstico de sobrevivencia de los pacientes politraumatizados. Se usó como variables la edad, el sexo y la mortalidad de los pacientes. El 96.8% de los pacientes fueron varones, entre las edades de 20-29 años, mientras que la mortalidad fue de 10.7% del total (11).

En el estudio de Vilma Terreros, se estudió cual era la lesión más frecuente en los accidentes de tránsito en vehículos livianos. Se demostró que la lesión más frecuente es el traumatismo craneoencefálico (13).

Capítulo 2

Marco metodológico

2.1 Diseño

El enfoque es cuantitativo, observacional, descriptivo de corte transversal.

2.2 Población

Los datos para la muestra fueron tomados en el hospital Abel Gilbert pontón. El universo de pacientes ingresados en la emergencia del hospital Abel Gilbert pontón es de 106643 pacientes, de los cuales la muestra fue de 1325 pacientes que fueron ingresados con diagnóstico de politraumatismo. Ha habido 1719 pacientes por accidentes de tránsito trasladados por una unidad de socorro de las cuales 1370 pacientes han sido trasladados al hospital Guayaquil (estadísticas cuerpo de bomberos de Guayaquil).

El criterio de inclusión: incluye todo paciente politraumatizado causado por accidente de tránsito que esté en riesgo de muerte que llegue vivo a la emergencia del hospital. Criterios de exclusión: Se excluye pacientes con heridas menores y sin riesgo de muerte.

2.3 Variables

Las variables que se utilizaron para la investigación fueron edad, sexo, lesiones que comprometan la vida, tiempo de hospitalización y mortalidad de los pacientes ingresados.

2.4 Instrumentos

Se utilizó una hoja recolectora de datos con las variables de sexo, rangos de edades de 1-11 meses, 1-4 años, 5-9 años, 10-14 años, 15-19 años, 20-49 años, 50-64 años y mayores de 65 años. Tipos de lesiones donde se describe la lesión, tiempo de hospitalización y mortalidad.

2.5 Gestión de datos

Se utilizó el programa SPSS para la recolección de datos y para las estadísticas de cada variable. Luego se usó los resultados en Microsoft Excel para crear las tablas y gráficos.

2.6 Criterios éticos

Este estudio de investigación fue aprobado por las autoridades del Hospital Abel Gilbet Pontón y no presenta conflicto de interés.

Capítulo 3

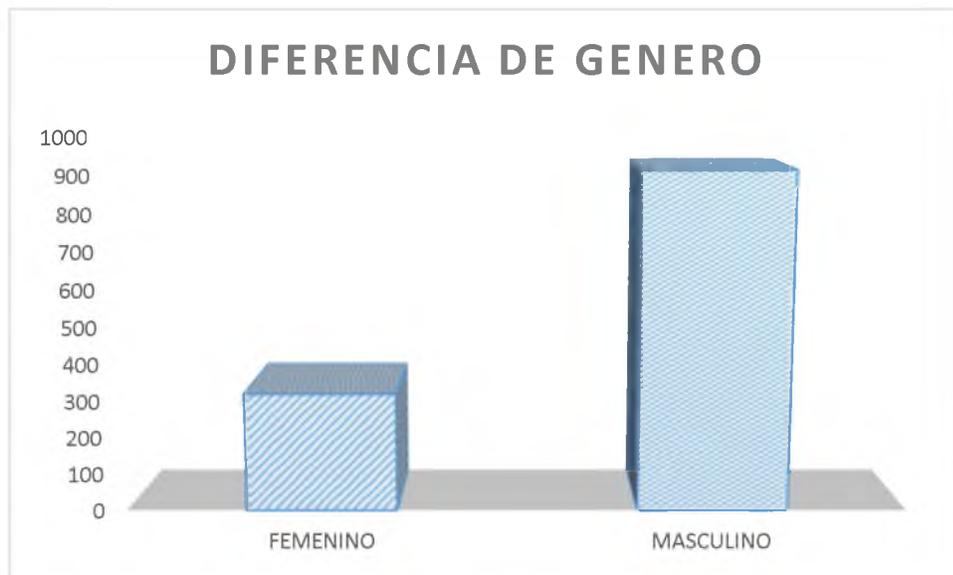
Resultados

Cuadro 1: Grupos de edades



De acuerdo a los grupos de edades, podemos ver que el grupo más afectado se encuentra entre las edades de 20 a 49 años con 65%, los cuales son socioeconómicamente activos.

Cuadro 2: Tabla de géneros



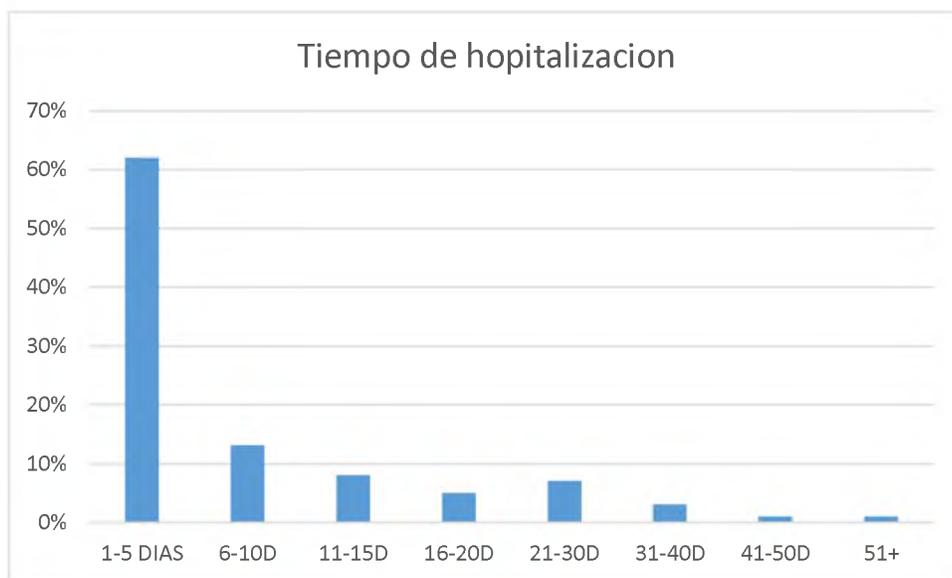
En cuanto a la diferencia de género, como se ha visto en otras estadísticas, el sexo masculino es el más propenso a tener este tipo de accidente. Según este estudio fueron 915 los pacientes masculinos

Cuadro 3: Diagnósticos más frecuentes



En las lesiones más frecuentes, podemos ver que el diagnóstico más común es el de politraumatismo con 44%, seguido del trauma craneoencefálico con 30%.

Cuadro 4: Tiempo de hospitalización



La mayoría de los pacientes politraumatizados tenía una estadia hospitalaria que duraba 1-5 días con 62%.

Cuadro 5: Tabla de mortalidad



La mortalidad muestra 86 pacientes fallecidos y 1239 vivos, la mortalidad es de un 6.49%.

Capítulo 4

Discusión

En este estudio el género más propenso es el masculino, el sexo masculino represento un 74.08%. En cuanto a las estadísticas de los géneros, según el estudio de Yolanda Soto, el 96.8% de los pacientes politraumatizados eran varones (11). En el estudio de Sergio Andrés Cardona, muestra que el 64% de los pacientes fueron varones (14).

En este estudio se encontró similitud en el mismo rango de edades de 20-49 años de edad. Según las edades, en el estudio de Yolanda Soto predomina la edad adolescente entre las edades de 20-29 años de edad y le sigue el grupo de 30-39 años (11).

En esta investigación los resultados mostraron una mayor incidencia de politraumatizmos seguidos traumatismos craneoencefálicos. Se realizó una comparación con otros estudios sobre las lesiones más comunes, causadas en los accidentes de tránsito. Según el estudio de Juan Miguel Rojas, la lesión más común es el traumatismo craneoencefálico e un 53%, seguido de traumas en extremidades en un 29% (12). En la investigación de Vilma Terros, muestra un mayor porcentaje de traumas cefálicos (30.96%) seguido de traumas de miembros inferiores (16.74%) (13).

En este estudio la mortalidad fue de 86 pacientes, en porcentaje un 6.49%. La mortalidad de los pacientes politraumatizados según el estudio de Juan Carlos Fonseca, muestra que un 32.60% de los pacientes fallecieron tras el accidente (15). Según el estudio de Antoni Plasència, que presenta una muestra mayor de 40163 pacientes, presenta una mortalidad del 3% (16).

Las limitaciones que se encontraron en este estudio fueron la obtención de datos, debido a los trámites legales y el tiempo para obtenerlos. Las líneas de investigación a seguir a partir de este estudio, se podría investigar el manejo de las complicaciones de pacientes politraumatizados.

Conclusiones

En conclusión, según los datos obtenidos podemos encontrar varias similitudes con otros estudios en cuanto al rango de edad y el género de los pacientes, esto nos confirma que los accidentes de tránsito son más comunes en personas socioeconómicamente activas. También podemos inferir el diagnóstico más común tras los accidentes de tránsito es el politraumatismo, y siguiéndole el trauma craneoencefálico igual que en muchos de los estudios mencionados, debido a la cinética del evento. Podemos concluir diciendo que con un buen uso de los protocolos para el manejo de los pacientes politraumatizados si puede disminuir la tasa de mortalidad en los casos de accidentes de tránsito.

Recomendaciones

El manejo del paciente politraumatizado es un tema bastante importante en el ámbito de la salud, el cual debe ser dominado por todos los agentes del mismo. La idea es hacer que el manejo del paciente politraumatizado sea agregada al pensum de pregrado, dado que muchos de los internos carecen del conocimiento necesario para ayudar con el tratamiento de dichos pacientes, sobre todo para la estabilización de pacientes y mejorar la sobrevida de los mismos.

De este modo se asegura que los estudiantes tengan conocimiento de las maniobras y de los protocolos a seguir en el área de emergencia.

Bibliografía

(1)García Gutiérrez, R. Martín Hidalgo,Y. Herrera Pérez, M.U. Manejo de urgencias del Politraumatizado; Canar. Med. Quir. 2006. Septiembre - Diciembre 2006. Vol. 4 - Nº 11. Disponible en:

http://acceda.ulpgc.es/bitstream/10553/6061/1/0514198_00011_0007.pdf

(2)*Dr. Gabriel M. Rodríguez Suárez. Dra. Teresita del C. Rodríguez Izaguirre. Dr. Ariel E. Uriarte Méndez. Dr. Jorge N. de la Rosa Pérez. Dra. Ileana González Portela.*

MANEJO INICIAL AL POLITRAUMATIZADO. 2006. Vol. 11. Pag 94-101. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/19_manejo_politrauma.pdf

(3)José Miguel Espinoza. Atención básica y avanzada del politraumatizado. *Acta Med Per.* 2011. Vol 28. Pag 105-111. disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172011000200007&script=sci_arttext

(4)Cesar Cortes M. Loreto Acuna R. Fernando Alvarez M. Natalia Alvarez L. Manejo inicial del politraumatizado. *Rev Hosp Clín Univ Chile.* 2013; 25: 206 – 216. Disponible en:

https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/manejo_inicial_politraumatizado.pdf

(5)www.mediagraphic.org.mx. Daniel De la Torre Martínez Tratamiento multidisciplinario del paciente politraumatizado 44680, Guadalajara, Jalisco. México. Ene.-Mar. 2013.

<http://www.mediagraphic.com/orthotips>

(6)Victor Rodriguez. Soporte básico de vida del pacientepolitraumatizado ISBN: obra independiente 978-980-12-3010-6

(7)Ivan Manotas Arevalo, Edder Chamorro Florez, Karen Serpa Hoyos. Principios del manejo hospitalario en pacientes con politraumatismo en cara, en el área de urgencias del servicio de cirugía maxilofacial. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud.* Recibido en Junio de 2012 y Aprobado Noviembre de 2012

(8) Dr. Rafael Badenes, Dr. Fernando López. PROTOCOLO DE ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL EN EL MANEJO DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO. Hospital Clínico Universitario de Valencia. 2015. Disponible en:
<http://clinicomalvarrosa.san.gva.es/documents/4084047/6409072/PROTOCOLO+POLITRAUMATIZADO.pdf>

(9) María González Balverde, Ernesto J. Ramírez Lizardo, Ernesto G. Cardona Muñoz, Sylvia E. Totsuka Sutto, Leonel García Benavides. Triada mortal en pacientes politraumatizados, relación con mortalidad y severidad. Rev Med Chile 2013; 141: 1420-1426. Disponible en:
<http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v141n11/art08.pdf>

(10) José Miguel Cisneros Herreros Joaquín Carneado de la Fuente. MANUAL DE URGENCIAS DE HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN DEL ROCÍO. : Lumen Gráfica S.L. Capítulo 37 pags. 393-438. Disponible en:
<http://www.iuntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hhuuvr/extranet/CmsHUVR/galerias/documentos/profesionales/biblioteca/manuales/manualdeurgencias.pdf>

(11) Yolanda Soto-Cáceres Cabanillas, Víctor Soto-Cáceres. Pronostico de sobrevida en pacientes politraumatizados ingresados a emergencia de un hospital público utilizando tres scores internacionales. Rev. cuerpo méd. HNAAA 5(1) 2012. Disponible en:
<file:///C:/Users/miguel/Downloads/Dialnet-PronosticoDeSobrevidaEnPacientesPolitraumatizadosl-4061331.pdf>

(12) Juan Miguel Rojas Espinoza, ANALISIS DEL MANEJO PREHOSPITALARIO DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO, POR EL SERVICIO DE AMBULANCIA DE LA JUNTA PROVINCIAL DE LA CRUZ ROJA DE LOJA, DURANTE EL PERIODO MAYO 2009 – MAYO 2010”. Disponible en:
<file:///C:/Users/miguel/Desktop/Juan%20Miguel%20Rojas%20Espinoza.pdf>

(13) Vilma Terreros Barros y Catalina Ulloa Clavijo. CARACTERÍSTICAS DE LAS LESIONES DE LOS OCUPANTES DE LOS VEHÍCULOS LIVIANOS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO EN LA CIUDAD DE CUENCA EN EL PERÍODO JULIO - DICIEMBRE DE 2009. Disponible en:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3465/1/MED15.pdf>

(14) Sergio Andrés Cardona-Arbeláez, Carlos Federico Molina-Castaño, Catalina María Arango-Álzate, José Tránsito Pichott-Padilla. Caracterización de accidentes de tránsito y valoración tarifaria de la atención médica en el servicio de urgencias, Caldas-Antioquia 2007-2008. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 9 (19): 216-228, julio-diciembre de 2010 disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v9n19/v9n19a13.pdf>

(15) Dr. Juan Carlos Fonseca Muñoz. FACTORES PRONÓSTICOS DE MUERTE EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS. 2008. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/dr. iuan_carlos_fonseca_munoz.pdf

(16) Antoni Plasència. Estudio de la Mortalidad a 30 días por Accidentes de Tráfico. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO NIPO: 351-04-021-3 Depósito Legal: M-44.443-2004 Imprime: Solana e Hijos, A.G., S. A. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/accidentes/docs/morAccTrafico.pdf>

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Argenzio Goncalvez Miguel José, con C.C: # 0916384589 autor del trabajo de titulación: **Evaluación del manejo del paciente politraumatizado por accidente de tránsito en el Hospital Abel Gilbert Ponton**, previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 26 de abril de 2016

f. _____
Nombre: Argenzio Goncalvez Miguel José
C.C: 0916384589

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Evaluación del manejo del paciente politraumatizado por accidente de tránsito en el Hospital Abel Gilbert Pontón		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Argenzio Goncalvez, Miguel José		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Obando Freire Francisco		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	26 de abril del 2016	No. DE PÁGINAS:	28
ÁREAS TEMÁTICAS:	Problemas socioculturales		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	accidente de tránsito, politraumatismo, protocolos, evaluación, mortalidad, emergencia		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>Objetivo: este trabajo de investigación tiene la intención de demostrar que la aplicación de los protocolos en el manejo del paciente politraumatizado en el área de emergencia, reduce considerablemente la morbimortalidad de los mismos. Materiales y Métodos: este estudio hace un enfoque cuantitativo, es un estudio no experimental, de tipo transversal. Los datos fueron tomados de la emergencia del Hospital Abel Gilbert Pontón. La muestra fue de 1325 pacientes ingresados por accidente de tráfico, 915 de estos pacientes eran masculinos y 320 eran femeninos. Resultados: en este estudio se obtuvo una mortalidad del 6.49%, 86 paciente de los 1239 pacientes de la muestra, de ellos el 65% se encontraba entre las edades de 20-49 años, de ellos 915 pacientes eran de sexo masculino. El diagnóstico más frecuente de los pacientes ingresados fue el politraumatismo en un 44%, y el segundo más frecuente fue el traumatismo craneoencefálico con 30%. En el tiempo de hospitalización el 62% de los pacientes pasaban de 1 a 5 días hospitalizados. Conclusión: según los datos la mayoría de los pacientes fueron del sexo masculino y se encontraban entre las edades de 20-49 años, lo que nos demuestra que las personas socioeconómicamente activas son las más propensas a accidentes de tránsito. La mortalidad fue de 6.49%, lo cual nos demuestra que con un buen uso de los protocolos, en el manejo del paciente politraumatizado reduce la morbimortalidad de los pacientes.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0999515196	E-mail: mj.argenzio@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN: COORDINADOR DEL PROCESO DE UTE	Nombre: Vásquez Cedeño , Diego Antonio		
	Teléfono: 0982742221		
	E-mail: diegoavasquez@gmail.com		

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	