



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACION**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE URGENCIAS

**FRECUENCIA DEL TRAUMATISMO TORACICO
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN LOS MESES
DE JULIO A OCTUBRE DE 2010 Y 2011**

TESIS

Trabajo de investigación para obtener el diploma de:

ESPECIALISTA EN MEDICINA DE URGENCIAS

PRESENTA

ZUÑIGA BARABATA JOSE ANTONIO

SAN FRANCISCO DE CAMPECHE, CAMP., MÉXICO 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA



**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE URGENCIAS
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADEMICA HGZ No.1 CAMPECHE**

**FRECUENCIA DEL TRAUMATISMO TORACICO
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN LOS MESES
DE JULIO A OCTUBRE DE 2010 Y 2011**

Trabajo de investigación para obtener el diploma de:

ESPECIALISTA EN MEDICINA DE URGENCIAS

PRESENTA

ZUÑIGA BARABATA JOSE ANTONIO

SAN FRANCISCO DE CAMPECHE, CAMP., MÉXICO 2013

**FRECUENCIA DEL TRAUMATISMO TORACICO EN EL SERVICIO
DE URGENCIAS EN LOS MESES DE JULIO A OCTUBRE DE
2010 Y 2011**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA DE URGENCIAS

PRESENTA:

ZUÑIGA BARABATA JOSE ANTONIO

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. JOSE LUIS NOVELO DEL VALLE

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA DE URGENCIAS PARA MEDICOS DE BASE DEL
IMSS

DRA. PATRICIA DE LA CRUZ GONGORA RODRIGUEZ

ASESOR METODOLOGICO DE TESIS

DR. JOSE LUIS NOVELO DEL VALLE

ASESOR TEMATICO DE TESIS

DR. WILFRIDO JOSE DUARTE CAMARA

JEFE DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

**FRECUENCIA DEL TRAUMATISMO TORACICO EN EL SERVICIO
DE URGENCIAS EN LOS MESES DE JULIO A OCTUBRE DE
2010 Y 2011**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA DE URGENCIAS

PRESENTA

ZUÑIGA BARATA JOSE ANTONIO

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. ADOLFO LOPEZ GONZALEZ
DIRECTOR DEL HGZ C/ UMF No.1 IMSS CAMPECHE

DRA. ROXANA GONZALEZ DZIB
COORDINADORA DELEGACIONAL DE PLANEACION Y ENLACE
INSTITUCIONAL

AGRADECIMIENTOS

Al Instituto Mexicano del Seguro Social por brindarme la oportunidad de realizar este curso de especialización en Medicina de Urgencias.

Al departamento de enseñanza de este hospital por el apoyo brindado para la realización de este estudio.

A la dirección de este hospital por las facilidades brindadas para realizar este estudio.

A nuestra asesora de trabajo por su generosidad al brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia científica en un marco de confianza, afecto, amistad y profesionalismo.

A los jefes de servicio de los departamentos de urgencias y Terapia Intensiva por las facilidades otorgadas.

Al Dr. José Luis Novelo Del Valle por su dedicación y asesoría profesional.

DEDICATORIAS

A mis abuelos y mi tía (Q.E.P.D) que sentaron las bases para ser una persona leal y útil a la sociedad.

A mis padres Juan Zúñiga y Olga Barabata (Q.E.P.D).

A mis hijos ALIOTH, VANESSA y YOLIBETH con todo mi cariño de padre.

A mi esposa, compañera y amiga YOLANDA por su apoyo incondicional en los buenos y malos momentos.

INDICE

| Contenido | Pagina |
|--------------------------------|--------|
| Agradecimiento | |
| Dedicatoria | |
| I. Antecedentes científicos | 1 |
| II. Planteamiento del problema | 7 |
| III. Justificación | 8 |
| IV. Objetivos | 12 |
| V. Material y métodos | 13 |
| VI. Resultado | 17 |
| VII. Discusión | 25 |
| VIII. Conclusiones | 27 |
| IX. Recomendaciones | 28 |
| X. Referencias | 29 |
| XI. Anexos | 34 |

I. ANTECEDENTES CIENTIFICOS

El trauma se define como una fuerza externa, estrés o acto de violencia física contra un ser humano. En el trauma torácico se identifican tres picos de mortalidad uno inicial que se da en los primeros minutos el cual aporta un 50% de mortalidad global, un segundo pico ocurre en las tres horas siguientes y contribuye a un 20% y un tercer pico que corresponde a la mortalidad tardía y representa un 30%. Se ha considerado a la primera hora como el periodo de oro durante el cual con un manejo adecuado, rápido y oportuno se puede reducir la mortalidad ⁽²⁾.

En relación a la sintomatología, la hemorragia exanguinante o desangramiento representa en el trauma torácico una causa importante de mortalidad (cuarta causa) y se define como la pérdida de más del 40% de volumen circulante a un ritmo de 250 ml/minuto; si no se controla el paciente puede morir en menos de 10 minutos. El trauma torácico representa una causa importante de mortalidad en el paciente politraumatizado las lesiones complejas torácicas ameritan técnicas de estabilización que garanticen la supervivencia del paciente hasta la posibilidad de la corrección quirúrgica definitiva de ahí nace el concepto de cirugía de control de daños ⁽²⁾.

En el caso de tórax se limita a técnicas de control vascular del hilio pulmonar, realización de tractomias pulmonares y la toracotomía en el cubículo de choque ⁽³⁾.

El trauma de tórax como el trauma general se clasifica de acuerdo a su mecanismo en abierto o cerrado. El trauma abierto o penetrante corresponde a una lesión que viola la integridad de los tejidos, en el caso de trauma de tórax se define como la lesión que atraviesa la pleura parietal. Es el tipo más común en nuestro medio y es causado por heridas por arma blanca y de fuego; en la herida por arma blanca la lesión se produce únicamente en el trayecto que compromete el tejido penetrado a diferencia de la lesión por proyectil por arma de fuego, en la cual no solo hay afección por el trayecto del proyectil sino también por la energía cinética que este transfiere a los tejidos por donde cruza (cavidad temporal). Los proyectiles de alta velocidad son los que producen máximo daño en los tejidos por inducir una mayor cavidad temporal es 36 veces mayor la lesión que los proyectiles de baja velocidad ⁽²⁾.

El trauma cerrado o contundente resulta de la aplicación de energía sobre los tejidos lo cual los lesiona sin violar su

integridad. La lesión se produce por mecanismos de dispersión de la energía cinética, compresión, aceleración y desaceleración. Este tipo de trauma es causado principalmente por accidentes de tránsito ⁽²⁾.

Fisiopatología:

El sistema cardiovascular es el responsable de la oxigenación, eliminación de CO₂ y aporte de sangre a los tejidos periféricos, si se presenta una disfunción del mismo por un trauma torácico se origina acidosis, hipercapnia e hipoxia tisular todo esto es, consecuencia de dos mecanismos: la hipovolemia secundaria a sangrado y la alteración de la relación (ventilación/perfusión) secundaria a diversos mecanismos como contusión pulmonar, hematomas, colapso alveolar y cambios de la presión intratorácica (hemotórax y neumotórax). La hipercapnia se produce por una mala ventilación secundaria a cambios de la presión intratorácica y alteración de la conciencia, la acidosis se da por una mala perfusión de los tejidos que resulta en la acumulación intracelular de ácido láctico y por elevación de la tensión de CO₂ ⁽²⁾.

Manejo Inicial:

El manejo inicial de todo paciente traumatizado debe cumplirse en todos aquellos con trauma de tórax, y es el siguiente: revisión primaria rápida, resucitación de las funciones vitales, revisión secundaria más detallada, manejo definitivo y la consideración de transferencia ⁽²⁾.

Manejos Específicos en el Trauma de Tórax:

De acuerdo al tipo de lesión identificada durante la evaluación del trauma torácico, pero tratando de llevar al paciente indicado, durante el tiempo indicado, al lugar adecuado, siguiendo las pautas ATLS se realiza el A, B, C, D, E. La evaluación primaria, la resucitación simultánea y la evaluación secundaria. En el caso de focos hemorrágicos en cavidades es imprescindible su detección y para esto se utiliza el FAST (Focused Abdominal Sonography for Trauma) que permite la evaluación del abdomen y del pericardio, del líquido pleural (EFAST) y del líquido en las extremidades (FASTER). Para la categorización inicial se utiliza el TSR (Trauma Score Revisado) y el ISS (criterio de lesión anatómica) ⁽⁴⁾.

Principales Lesiones Torácicas (docena mortal) ⁽⁴⁾:

a) Seis lesiones rápidamente fatales (se detectan en evaluación primaria):

- Obstrucción de la vía aérea
- Neumotórax hipertensivo
- Neumotórax abierto
- Taponamiento cardiaco
- Hemotórax masivo
- Tórax inestable

b) Seis lesiones potencialmente letales u ocultas (detectadas en la evaluación secundaria):

- Lesiones traqueobronquiales
- Ruptura diafragmática
- Lesión esofágica
- Contusión pulmonar
- Ruptura aortica
- Contusión miocárdica

c) Lesiones no necesariamente letales:

- Neumotórax simple evidente u oculto
- Hemotórax simple
- Enfisema
- Fracturas costales
- Fractura de esternón y escapula

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años el crecimiento poblacional y el incremento del desarrollo industrial existente, ha dado como consecuencia una elevada incidencia de los accidentes de tráfico, domésticos y laborales, siendo los traumatismos torácicos un problema frecuente de salud en nuestro medio, constituyéndose en una causa importante de mortalidad y morbilidad directamente responsables del 20 - 25 % de las muertes por traumatismo y en un 50% de fallecimientos en general.

Son un gran problema de salud pública, siendo en ocasiones causantes directos de la muerte; en los Estados Unidos son la cuarta causa, a nivel nacional constituyen una causa importante 1 de cada 4, presentándose alteraciones torácicas en un 10 a 50% de los politraumatizados.

En base a lo anterior surge el interés por investigar: ¿Cual es el traumatismo torácico atendido con más frecuencia en el Servicio de Urgencias del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No.1 “Dr. Abraham Azar Farah” del IMSS, en la Ciudad de San Francisco de Campeche?

III. JUSTIFICACION

El trauma de tórax es responsable de un porcentaje importante de morbimortalidad como consecuencia del trauma en general, de ahí la importancia del rápido conocimiento y el adecuado tratamiento de las lesiones derivadas del mismo.

Este tipo de trauma comprende las lesiones producidas en la pared torácica, en órganos o en estructuras intratorácicas por fuerzas externas de aceleración, desaceleración, compresión, impacto a alta velocidad, penetración de baja velocidad y electrocutamiento. El cuadro clínico de los pacientes es muy variado, depende del tipo y magnitud de las lesiones. El examen físico debe estar guiado por las condiciones clínicas del paciente; en pacientes inestables o severamente comprometidos, la historia clínica debe ser hecha rápidamente y limitada a los datos necesarios para iniciar la terapia de reanimación apropiada, basado en el análisis de la vía aérea, la ventilación pulmonar, el sistema cardiovascular y hemodinámica así como el estado de conciencia ⁽¹⁾.

En México según las estadísticas el número de muertos por traumatismos aumentan cada día por lo que representa un gran problema de salud pública nacional que requiere el planteamiento inmediato de alternativas de solución a corto, mediano y largo plazo. En 1997 la tasa de mortalidad por trauma en el Distrito Federal fue de 379 (1/100,000) es decir cerca de 38 de cada 100,000 personas murieron por causas accidentales ese año y puede asumirse que ese dato continua vigente, si se considera que solo en el Distrito Federal y área conurbada habitan alrededor de 20 millones de personas dicho dato equivale aproximadamente a 7 600 defunciones por esta causa al año.

El problema no radica solo en el hecho de la muerte de una persona joven sino en las repercusiones económicas, sociales, laborales, estéticas y familiares que esto conlleva así como la incapacidad que trae consigo, pues como se sabe la población económicamente activa es la principal afectada por la patología traumática, ya que es responsable de proveer, recursos económicos tanto a las personas en edad infantil como a las de la tercera edad ⁽¹⁾.

A nivel nacional en el 2006 la distribución porcentual de las defunciones registradas de acuerdo al INEGI se encontró de la siguiente manera: los accidentes ocupan la cuarta causa con 13.7% (35 ,474 casos) por debajo de la diabetes mellitus con 28.3% (68,420 casos), las enfermedades del corazón con 26,5% (65,138 casos) y los tumores malignos con 26.4% (63,870 casos) , de acuerdo a la edad en la etapa productiva de 15 a 64 años, ocuparon el segundo lugar por hechos violentos y accidentales con 13.5% solo por debajo de la diabetes mellitus ⁽¹⁾.

En el estado de Campeche en el 2008, las estadísticas según el INEGI reportan que la mortalidad por accidentes de tránsito es del 4.8% pero no determina el tipo de lesión. Las estrategias a futuro deben aumentar el número de medidas preventivas, capacitar y entrenar al personal de salud con base a la experiencia en cuanto al tratamiento de las lesiones más frecuentes causadas por los traumatismos.

En los últimos años un nuevo paradigma en la atención de las urgencias torácicas quirúrgicas y no quirúrgicas producidas por traumatismos, es la cirugía de control de daños, la cual

aunque es poco usada en nuestro medio, es parte del manejo actual de los traumatismo torácicos.

El crecimiento tan importante que se tiene como consecuencia de la industrialización constante y el crecimiento poblacional ha hecho que se incrementen los accidentes laborales, domésticos y deportivos sin embargo aún no se cuenta con la experiencia necesaria para el manejo de los traumatismos torácicos frecuentes en este medio.

A nivel estatal en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No.1 del IMSS no existen estadísticas relativas a la prevalencia, incidencia y morbimortalidad de esta patología por lo cual es relevante la realización de este estudio de investigación, dado la importancia que representa.

IV. OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la frecuencia de traumatismo torácico en el servicio de Urgencias del Hospital General de Zona c/ Unidad de Medicina Familiar No.1 “Dr. Abraham Azar Farah” del IMSS en San Francisco de Campeche.

Objetivos Específicos

- Mencionar la edad y sexo en donde se presentó con mayor frecuencia.
- Establecer la causa más frecuente del mismo, así como el sitio o lugar en donde ocurrió.
- Identificar el tipo de traumatismo más frecuente: abierto o penetrante, cerrado o contundente.

V. MATERIAL Y METODOS

- **Diseño del Estudio**

Es un estudio de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo.

- **Población**

Pacientes con diagnóstico de traumatismo torácico o policontundidos que ingresaron al servicio de Urgencias del Hospital General de Zona c/ Unidad de Medicina Familiar No.1 en el período de julio-octubre de los años 2010 y 2011.

- **Muestreo y Muestra**

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, la muestra se integró por un total de 25 pacientes, que cumplieron con los criterios de selección.

- **Criterios de Selección**

Criterios de Inclusión

- Pacientes derechohabientes con diagnóstico de traumatismo torácico o policontundidos.
- Ingresado en el período considerado como vacacional (julio a octubre).

Criterios de Exclusión

- Expedientes incompletos

• Operacionalización de Variables

| VARIABLE DE INTERES | DEFINICION CONCEPTUAL | DEFINICION OPERACIONAL | ESCALA DE MEDICION |
|----------------------|--|--|--------------------|
| Traumatismo Torácico | Es una fuerza externa, estrés o acto de violencia física contra el tórax de un ser humano. | Lesiones producidos por agentes externos sobre el tórax: - Abierto - Cerrado | Nominal |
| Edad | Tiempo cronológico desde el nacimiento de un individuo. | Años cumplidos | Ordinal |
| Sexo | Características físicas y biológicas del individuo. | Masculino Femenino | Nominal |

- **Instrumento**

Para el presente estudio se diseñó una Hoja de Recolección de Datos (HRD), la cual incluye información relacionada con: nombre, afiliación, fecha, sexo, edad, forma de traslado del paciente al hospital, referencia de la unidad de adscripción, diagnósticos de ingreso, cinemática de la lesión, tipo de traumatismo, tipo de atención hospitalaria requerida, antecedentes de enfermedades crónico degenerativas, examen físico y neurológico, estudios realizados (sanguíneos y radiológicos), días de estancia y traslado a tercer nivel.

- **Procedimiento para la Recolección de los Datos**

Posterior a la aceptación del protocolo en el comité local de investigación en el que se asigna número de registro (R-2012-401-) se procede a la recolección de datos. En primer lugar se acudió al departamento de Sistema de Información Médico Operativo (SIMO) en donde se revisaron las Hojas RAIS del servicio de Urgencias existentes de los años 2010 y 2011 para identificar el nombre y afiliación de los pacientes diagnosticados con traumatismo torácico y policontundidos. Después se buscaron los expedientes en el área de archivo clínico y se procedió a su revisión. La información obtenida se

capturó en la Hoja de Recolección de Datos diseñada para el estudio.

- **Análisis Estadístico**

La información obtenida se analizó a través del paquete estadístico SPSS versión 19, obteniéndose las frecuencias y porcentajes de las variables establecidas en el estudio.

- **Aspectos Éticos**

La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan la investigación de material humano o de información identificables; considerando que en la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.

Según el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, se considera que el presente estudio es una investigación sin riesgo, debido a que sólo se revisaran expedientes para la recolección de la información, motivo por el cual no se requerirá consentimiento informado.

VI. RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados del estudio realizado con la finalidad de identificar la frecuencia de traumatismo torácico en el servicio de urgencias en los meses de julio a octubre del 2010 y 2011.

La población se integró por 25 pacientes, que presentaron las siguientes características:

Tabla 1. Sexo

| Sexo | f | P |
|-----------|----|-----|
| Masculino | 16 | 64 |
| Femenino | 9 | 36 |
| Total | 25 | 100 |

Fuente: HRD

n=25

El sexo que predominó en el estudio fue el masculino con el 64%.

Tabla 2. Edad

| Edad (años) | f | P |
|-------------|----|-----|
| 20 - 24 | 2 | 8 |
| 25 - 29 | 1 | 4 |
| 30 - 34 | 7 | 28 |
| 35 - 39 | 4 | 16 |
| 40 - 44 | 2 | 8 |
| 45 - 49 | 1 | 4 |
| 50 - 54 | 1 | 4 |
| 55 - 59 | 3 | 12 |
| 60 - 64 | 0 | 0 |
| 65 - 69 | 1 | 4 |
| 70 - 74 | 1 | 4 |
| 75 y + | 2 | 8 |
| Total | 25 | 100 |

Fuente: HRD

n=25

Del total de la población estudiada el rubro de edad que tuvo mayor porcentaje fue de los 30 – 34 años con un 28%, con una media de 43 años, la edad mínima de 21 y máxima de 80 años.

Tabla 3. Distribución de Pacientes por Unidad de Adscripción.

| Adscripción | f | P |
|----------------------|----|-----|
| HGZ/ UMF No.1 | 7 | 28 |
| Unidades Periféricas | 18 | 72 |
| Total | 25 | 100 |

Fuente: HRD

n=25

La mayoría de los pacientes (72%) provinieron de Unidades Periféricas entre ellas las UMF No. 10 y 13.

Tabla 4. Unidad Institucional de Traslado

| Unidad de Traslado | f | P |
|--------------------|----|-----|
| IMSS | 2 | 8 |
| Cruz Roja | 13 | 52 |
| Otros | 10 | 40 |
| Total | 25 | 100 |

Fuente: HRD

n=25

El medio de traslado para el paciente estudiado fue principalmente la Cruz Roja en el 52% de los casos.

Tabla 5. Formato de Referencia 4-30-8

| Referencia | f | P |
|------------|----|-----|
| SI | 5 | 20 |
| NO | 20 | 80 |
| Total | 25 | 100 |

Fuente: HRD

n=25

El 80 % de los pacientes no presentaron formato de referencia a segundo nivel de atención.

Tabla 6. Diagnóstico de Ingreso

| Diagnóstico | f | P |
|--------------------|----|-----|
| Policontundido | 23 | 92 |
| Contusión de Tórax | 2 | 8 |
| Total | 25 | 100 |

Fuente: HRD

n=25

El diagnóstico de ingreso de estos pacientes fue en un 92% como policontundido.

Tabla 7. Causas

| Causas | f | P |
|---------------------------|----|-----|
| Caída de su propia altura | 12 | 48 |
| Caída de Moto | 10 | 40 |
| Jugando Futbol | 1 | 4 |
| Accidente de Carretera | 1 | 4 |
| Caída de Escaleras | 1 | 4 |
| Total | 25 | 100 |

Fuente: HRD

n=25

La causa más frecuente del traumatismo fue la caída de su propia altura siendo en un 48% de los casos, seguido de la caída de la motocicleta en un 40%.

Tabla 8. Tipo de Traumatismo

| Traumatismo | f | P |
|-------------|----|-----|
| Abierto | 0 | 0 |
| Cerrado | 25 | 100 |
| Total | 25 | 100 |

Fuente: HRD

n=25

El tipo de traumatismo de los pacientes estudiados fue el cerrado.

Tabla 9. Estudios de Laboratorios realizados

| Estudio Realizado | f | P |
|-------------------|----|-----|
| Si | 8 | 32 |
| No | 17 | 68 |
| Total | 25 | 100 |

Fuente: HRD

n=25

Del total de los pacientes, solo a un 8% se le realizo exámenes de laboratorio.

Tabla 10. Enfermedad Crónico-Degenerativa

| Enfermedad Crónico-Degenerativa | f | P |
|---------------------------------|----|-----|
| Si | 8 | 32 |
| No | 17 | 68 |
| Total | 25 | 100 |

Fuente: HRD

n=25

El 32% de los paciente eran portadores de enfermedades crónico degenerativas.

Tabla 11. Estudio Radiológico

| Radiografía | f | P |
|-------------|----|-----|
| Si | 24 | 96 |
| No | 1 | 4 |
| Total | 25 | 100 |

Fuente: HRD

n=25

Solo se realizo al 96% de los pacientes estudios radiológicos.

Tabla 12. Tratamiento Quirúrgico

| Tratamiento Quirúrgico | f | P |
|------------------------|----|-----|
| Si | 0 | 0 |
| No | 25 | 100 |
| Total | 25 | 100 |

Fuente: HRD

n=25

Ningún paciente amerito tratamiento quirúrgico.

Tabla 13. Días de Estancia Intra Hospitalaria

| Días de Estancia | f | P |
|------------------|----|-----|
| 1 día | 19 | 76 |
| 2 días | 6 | 24 |
| Total | 25 | 100 |

Fuente: HRD

n=25

La estancia intrahospitalaria fue principalmente de un día en el 76 % de los casos, además en este estudio ningún paciente requirió ser trasladado a tercer nivel.

VII.DISCUSION

Los traumatismos son un serio problema de Salud Pública, ya que afectan significativamente a la población económicamente activa, en el presente estudio la edad de las pacientes con este problema se ubicó entre los 30 y 34 años, similar con lo referido en el ámbito internacional en donde Luiz y cols, reportan alta incidencia en jóvenes entre 20 y 29 años.

Morales y cols, mencionan en su estudio que los varones presentan cifras más elevadas de este tipo de trauma en relación con las mujeres ⁽⁵⁾, lo que coincide con los resultados obtenidos en la población estudiada ya que también predominó en este grupo.

Los traumatismos torácicos se producen con mucha frecuencia como producto de los accidentes de tránsito, domésticos y laborales, y poco común las agresiones y los deportivos según Freixinet y cols ⁽⁷⁾, sin embargo en esta investigación la principal causa fueron las caídas de los pacientes de su propia altura y como segunda causa los accidentes de tránsito.

El tipo de traumatismo torácico que predominó en el estudio fue el cerrado, el cual se define como el resultado de la aplicación de energía sobre los tejidos lo cual los lesiona sin violar su integridad. Por lo que es importante no solo la exploración física, sino complementarla con estudios radiológicos y de laboratorio ⁽²⁾.

VIII. CONCLUSIONES

Al analizar los resultados obtenidos del estudio “Frecuencia de Traumatismos torácicos en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No.1” se concluye lo siguiente: el grupo de edad que predominó se ubicó entre el rango de 30 a 34 años, con una media de 43 años; el sexo masculino.

El diagnóstico de ingreso fue Policontundido, como principal causa las caídas de su propia altura, el tipo de traumatismo fue cerrado y no requirieron tratamiento quirúrgico; entre los estudios realizados predominó el radiológico.

En cuanto a su traslado, la mayoría requirió los servicios de la ambulancia de la Cruz Roja, por lo que no traían referencia de su clínica de adscripción, las cuales en su mayoría fueron periféricas. Referente a su estancia hospitalaria, esta fue de un día y no necesitaron traslado a tercer nivel.

IX. RECOMENDACIONES

Basados en la revisión bibliográfica, a todo paciente con este diagnóstico, se recomienda realizar la exploración física y neurológica completa, estudios de laboratorio que incluyan grupo sanguíneo, serie blanca, pruebas de coagulación, determinaciones bioquímicas, estudio de gases en sangre y marcadores biológicos de daño miocárdico; además de radiografía simple de tórax y electrocardiograma.

X. REFERENCIAS

1. Gálvez R., López J. y Morales R. 2006. Epidemiología del trauma en México. Capítulo 24. P. 344 - 345
2. Camacho F. Gonzalez M .Zamarriego R 2011
Trauma de torax Guias para el manejo de Urgencias
Capitulo XIX
3. Avalos A, Cano F y Vazquez J Control de daños torácicos un nuevo concepto Disponible .w.w.w medigraphic.org.mx
Recuperado 15 de octubre 2012
4. Álvarez Liliana Traumatismos de tórax Pauta oficial de la sociedad argentina de cirugía torácica 2008 ,02 – 66
5. Martínez Dubois Salvador -FASCICULO quinto APOYO EN TRAUMA 2006 ; Pp343
6. Illescas G. 2003. *Trauma Epidemiología del Trauma en la Cd. de México*. Rev. TRAUMA. Vol. 6. No. 2. Pp. 40 – 43
7. Hernandez H . Freixinet J . Martinez P Moreno R y Rodriguez P 2011 Normativa sobre diagnostico y tratamiento de los traumatismo toracicos Disponible en <http://archbronconeumol.org> recuperado 15 de octubre 2012

8. Domínguez A., Ferrero E., Martín E. y Vázquez J., 2007. *Efecto Macklin como causa de neumomediastino posterior a contusión torácica. Reporte de un caso.* Rev. TRAUMA. Vol. 10. No. 2. Pp 58- 61
9. Díaz Ch.2007. Trauma: Hemotorax Traumático Retenido Manejado con Torascopia. Rev. medigraphic. Vol. 10, No. 2, pp.37- 40
10. Cardozo A. y Urrego L. 2011.*Diagnostico de neumotórax oculto y fractura costal realizado con ultrasonido de emergencias por urgentólogos.* Disponible: www.medigraphic.org.mx Recuperado 15 de octubre de 2012.
11. Lombardo T. 2007. Manejo de los seis grandes del trauma cuba instituto superior de medicina militar. Rev. 1-9
12. Argote L., Carranza I., Duarte D., Herrera J. Jacinto J. y Martín L., Santillán P. 2009. *Fracturas traumáticas del esternón prioridades y estrategias de manejo.* Rev. Neumología y Cirugía de tórax. Vol. 68. N.4. Pp. 151-155 Disponible en: www.medigraphic.org.mx Recuperado 13 de octubre de 2012
13. Arrocena. Et al. 2007. *Experiencias en el manejo de las complicaciones del trauma torácico en un instituto nacional de salud trauma.* Disponible: www.medigraphic.org.mx Recuperado 15 de octubre de 2012.

14. Gallardo G., Freixinet J., Moreno P. y Ramirez M. 2011 *Traumatismo torácicos* Rev. Archivos de bronconeumología.Vol. 47. Supl. 3. Pp. 9- 14
15. Carreón R. y Rodríguez C. 2005. *El inicio del manejo del traumatismo en la ciudad de México*. Rev. Gac. Med. Mex. Vol 141 No 2
16. Bemelman M T Blockhuis y Poeze M .2010 historic overview of treatment techniques for rib fractures and flail chest Rev eur j trauma emerg sur vol 36 Pp 407-415
17. Clinical science an analysis of 214 cases of rib fractures clinics 2011 66 (3) 449-451
18. O'Byrne,J. Quinlan.J Robertson.Vioreanu 2005 Rev International Orthopedics Vol 29 Pp339. 342
19. Olau Et al 2011-thoraxskader ved et regional traumesenter Disponible en : w.w.wtidsskritt.no.7.8.2011 recuperado 15 de octubre 2011
20. Guan-Yu j, Jian- Xin G, Mao Z, Shao- Wen X , Xiang – Dong Y y Zhi – Hai L 2006 rapid detection of pneumothorax by ultrasonography in patients with multiple trauma Disponible en: <http://Ccforum.com/content/10/4/2012> recuperado 15 de octubre 2012
21. Lung parenchymal injury and its frequency in blunt thoracic trauma the diagnostic value of chest radiography and thoracic

ct Elmali et al diagnostic and intervetional radiology December 2007 vol 13 179-2

22. Carvalho I., Dinis M. y Teles A. 2010. Síndrome de Horner causado por la fractura de la primera Costilla. Arch. de bronconeumol. Vol. 46. No.3. Pp. 152

23. Alvarez L , Armegol M,Charco R .Navarro S , Pastor V .y, Viallonga R 2011 Right –sided diaphragmatic ruptura after blunt trauma An unusual entity Disponible en [http://www.wjcs.org/ content 6/1/3](http://www.wjcs.org/content/6/1/3) recuperado 12 de septiembre 2012

24. Bair A ,Elms A ,Wisner D y Wong G 2011 myocardial ischemia with penetratin thoracic trauma western journal of emergency medicine vol XII No 2

25. Gabrielli B., Giannicola V., Marcosingnori M., Pomponio G Polanora S., Pupita G., Raggetti G., Salvi A., y Screpante F. 2011. A management of blunt thoracic trauma in an emergency department observation unit pre –pos observational study. Rev. the journal of trauma injury infection and critical care. vol XX , n. XX xxx . Pp. 1-7

26. Vazquez-Torres J. 2007. Anestesia en el paciente con trauma de tórax. Rev. Mexicana de anestesiología. Vol. 30 supl. 1 abril – junio Pp. s285 – s293

27. Escobedo D., Montes de Oca J., Loyola U. y Ortega J. 2007. Fractura bronquial izquierda secundaria a trauma cerrado de tórax neumología y cirugía de tórax. Rev. Medigraphic. Vol 66. N. 2. Pp. 93 – 96
28. Gómez M., Gonzales R., Morales M. y Ramos A. 2008. Lesiones torácicas graves y el enfoque del control de daños. Recuperado: 13 de Octubre de 2012. Disponible: <http://w.w.redalyc..org//src/ArtPdfRed.jsp>
29. Marine M, Moya M, Y Piñera P Tratado de medicina de urgencias politraumatizado 2005 Cap 24.8
30. Luz F. 2009. Trauma torácico análisis de 124 pacientes sometidos a toracotomía. Rev. col BRAZ CIR. Vol.36 No.6 p. 482- 486
31. Espinoza M. 2011. *Atención básica y avanzada del politraumatizado*. Rev. Acta Med. Per. Vol.28. No. 2
32. Morales M 2006 triada mortal en el paciente politraumatizado Rev cubana Cir VOL 45 (1)
33. Jimenez M , Molins L .Perez A . Rivas J y Torres J 2008 normativa sobre el diagnostico y tratamiento del neumotórax espontaneo Rev arch de bronconeumologia vol 44 No 8 Pp 437- 448
34. Septien Luis rev inst Nal Enf Resp Mex vol 19 numero 3 julio –septiembre 2006 Pp 225- 228

XI. ANEXOS

ANEXO 1. CRONOGRAMA DE TRABAJO

| ACTIVIDAD | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | ENE |
|-------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Recolección de la información | X | | | | | | |
| Realización de protocolo | | X | | | | | |
| Recolección de resultados | | | X | X | X | | |
| Análisis de resultados | | | | | | X | |
| Entrega de Tesis | | | | | | | X |

ANEXO 2. HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE Y APELLIDOS _____

FECHA _____

SEXO _____

EDAD _____

No AFILIACION _____ -

TRAIDO POR :

AMB IMSS () CRUZ ROJA () SEG PUB () OTRO ()

HOJA DE REFERENCIA SI ____ NO ____

UMF DE ADSCRICION _____

DIAGNOSTICO 1 _____

DIAGNOSTICO 2 _____

CINEMATICA DE LA LESION _____

TIPO DE TRAUMATISMO :

ABIERTO O PENETRANTE _____

CERRADO O ONCTUNDENTE _____

TIPO DE ATENCION HOSPITALARIA QUE REQUIERE EL PACIENTE

CIR URGENTE ____ CIR ELECTIVA ____ NO QUIRURGICO : ____

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

CRONICO DEGENERATIVOS SI () NO ()

QUIRURGICOS () TRAUMATICOS ()

HIPOXIA CRONICA COMPROBADA SI () NO ()

HIPERCAPNIA SI () NO ()

RENAL HEMODIALISIS SI () NO ()

EXAMEN FISICO:

TEMP ____ FR ____ FC ____ TA ____ PAM ____

NEUROLOGICO

VALORACION SEGUN ESCALA DE GLASGOW _____

LABORATORIOS REALIZADOS

BIOMETRIA HEMATICA ____ QUIMICA SANGUINEA ____

ENZIMAS MUSCULARES ____ EXAMEN GNERAL DE ORINA__

GASOMETRIA ARTERIAL_____

RADIOLOGICO:

RAYOS X _____ ULTRASONOGRAFIA _____

TOMOGRAFIA AXIAL_____ OTROS ESTUDIOS _____

TRATAMIENTO INICIAL A SU INGRESO _____

TRATAMIENTO POSTERIOR _____

DIAS DE ESTANCIA _____

TRASLADO A TERCER NIVEL_____