

TRAUMA DE ABDOMEN. EXPERIENCIA DE DIEZ AÑOS DE TRABAJO.

Autores:

****Dra. Ana Ivis Crespo Barrios.***

*****Dr. Iván Cruz-Álvarez Cantos.***

******Dra. Daysi Alvarez Montalvo.***

**** Especialista de 1er Grado en Pediatría. Especialista de 2do Grado en Medicina Intensiva y Emergencias.***

***** Especialista de 2do Grado en Cirugía Pediátrica. Profesor Asistente.***

****** Especialista de 1er Grado en Pediatría. Especialista de 2do Grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Profesora Asistente.***

Hospital Pediátrico Docente “Juan Manuel Márquez”

Ave 31 y 76 Marianao, C. Habana.

Teléfono: 260 9651. Cuba.

**Correo electrónico: aivis.crespo@infomed.sld.cu,
xiomi@infomed.sld.cu, karenv@infomed.sld.cu**

INTRODUCCIÓN

La valoración del paciente con sospecha de traumatismo abdominal en el área de urgencias es uno de los retos diagnósticos más importantes en el paciente politraumatizado, pudiendo variar el espectro desde que, o bien no exista ninguna lesión o que éstas sean mínimas, hasta presentaciones catastróficas que requieran una laparotomía inmediata. (1-5)

El desarrollo de sistemas de atención prehospitalaria que determinan una adecuada y pronta atención del paciente, la existencia de equipos de atención multidisciplinarios en las áreas de urgencias de nuestros hospitales, junto con los avances tecnológicos y el aumento de las modalidades diagnósticas de los últimos años, han determinado cambios en la aproximación diagnóstica y terapéutica a los pacientes politraumatizados, especialmente en el caso del traumatismo abdominal. (6-8).

En la última década se han desarrollado protocolos de actuación encaminados a seleccionar pacientes que, sin demora, necesitan la realización de una laparotomía y aquellos otros en los que no es necesaria o bien se puede realizar un tratamiento conservador. Con ello, se pretende proporcionar un adecuado diagnóstico y tratamiento que consiga evitar la muerte del paciente debida a lesiones intraabdominales, ya que siempre es preferible una laparotomía en blanco que dejar sin tratar lesiones intraabdominales subsidiarias de reparación quirúrgica. El conseguir un mínimo tiempo de demora en la realización del diagnóstico y en iniciar la intervención quirúrgica es de vital importancia. (7,9-13)

En las últimas décadas se produjo un vuelco importante en el abordaje médico-quirúrgico de los traumatismos abdominales. De esta manera, el enfoque no quirúrgico de las lesiones de órganos sólidos producidas por traumatismos cerrados se convirtió en la norma, señalan los autores. Aunque el examen físico es la base de la elección de la modalidad terapéutica, la tecnología cumple un papel fundamental en el *triage* del traumatismo abdominal. El empleo de tomografía computada (TC), aspiración peritoneal, ecografía abdominal FAST, laparotomía y angiografía ha sido reemplazado por un enfoque más racional y científico. Muchos autores consideran que la elección de los medios diagnósticos debe basarse en el estado hemodinámico del paciente y en los hallazgos del examen físico. (14,15)

Es por todas estas razones y siendo nuestro hospital el centro de referencia del niño politraumatizado que nos decidimos a realizar una revisión de este tema y ver como ha sido su comportamiento y evolución en estos últimos diez años de trabajo en nuestra unidad de cuidados intensivos pediátricos. (16)

OBJETIVOS:

- ◆ Definir la frecuencia con que se presenta el trauma de abdomen en nuestra unidad.

- ◆ Determinar las estructuras intraabdominales mas frecuentemente lesionadas en nuestra casuística.
- ◆ Precisar el comportamiento según edad y sexo.
- ◆ Conocer la mortalidad por esta causa en nuestro servicio.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal a todos los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión de la investigación, al ser ingresados en la UCIP del Hospital Pediátrico Docente Juan Manuel Márquez durante el periodo de marzo del 1995 a marzo del 2005.

Universo del estudio: Todos los pacientes que ingresaron en la UCIP en este periodo de tiempo.

Muestra del estudio: Todos los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión de la investigación.

Criterios de Inclusión:

1. Pacientes que ingresaron en la UCIP con diagnostico trauma abdominal aislado.
2. Pacientes que ingresaron con diagnostico de politrauma y formando parte del mismo tenían además trauma abdominal.

Variables del estudio:

- Los grupos de edad se tomaron en cuenta de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Salud Publica de Cuba, así:
 - a -- 1 año
 - a 1 a 4 años
 - a 5 a 10 años
 - * 11 a 15 años
 - * 16 a 19 años
- Sexo: Femenino y masculino.

Obtención de la información: Se obtuvo mediante la revisión de los registros del servicio y los datos recogidos de las historias clínicas.

Procesamiento y análisis de los datos:

- Para el procesamiento de la información se elaboró una base de datos empleando el programa de Excel.
- Como medidas de resumen para las variables cualitativas se utilizo el porcentaje.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el estudio realizado se comprobó que en 10 años de trabajo nuestra unidad recibió un total de 8801 ingresos y de ellos 140 fueron debidos a trauma de abdomen, lo cual representa un 1.6%. Esta cifra no parecería muy elevada pero si tenemos en cuenta el volumen y variedad de pacientes admitidos en nuestra unidad por ser de tipo polivalente consideramos que si representa una cifra de cierta significación. (Tabla 1)

Hubo un total de 105 pacientes masculinos lo que represento el 75% del total, estas cifras son muy similares a las reportadas por la literatura mundial donde se afirma que los varones sufren más traumatismos que las hembras, en una proporción similar a la nuestra. (Tabla 2)

Los grupos de edad que más se presentaron en nuestro estudio fueron las edades comprendidas entre 10 y 15 años 63 para un 45%, seguido de los de entre 5 y 9 años con 53 para un 38%, estos resultados también son similares a lo que se recogen en las estadísticas mundiales donde se plantea que los niños son mas vulnerables a sufrir traumatismos precisamente entre los 5 y 15 años por encontrarse expuestos con mayor riesgo a los juegos, deportes y accidentes debido a las características de intrepidez en estos grupos de edades. (Tabla 3)

El 38 % de los pacientes que se admitieron tenían trauma abdominal aislado y el 62% formando parte de un politraumatizado. (Tabla 4)

En cuanto a las estructuras abdominales mas frecuentes lesionadas en nuestra serie encontramos que el bazo es el órgano mas traumatizado 49%, casi la mitad de todos los traumas recibidos fueron de bazo, cifra que coincide con lo reportado en la literatura donde se plantea que el bazo es precisamente el órgano que mas sufre sobre todo en trauma de abdomen cerrado a pesar de encontrarse protegido por la caja torácica y esto es debido a su cápsula, la cual es fina y poco fibrosa. Le siguió en frecuencia las lesiones de hígado con un 21% y en tercer lugar las lesiones renales 15%.

Es importante destacar que aunque en nuestra revisión el trauma renal ocupo la tercera posición, este sigue siendo el órgano mas afectado en trauma pediátrico, pero como también coincide con lo que se reporta por otras series por suerte es el trauma mas leve, casi siempre grado uno que resuelve con reposo y en muy pocas ocasiones requiere de seguimiento en una UCIP, por lo que a pesar de existir una casuística mayor en nuestro hospital, estos niños no tuvieron que ir a nuestra unidad. (Tabla 5)

La mortalidad por trauma de abdomen fue baja 8% y en todos los casos fue formando parte de un politrauma, no hubo que lamentar perdidas de vidas por trauma puro de abdomen. (Tabla 6)

CONCLUSIONES

1. La frecuencia de trauma de abdomen en nuestra unidad fue de un 1.6%
2. La mortalidad se comporto en un 8% (formando parte de politrauma)
3. Mas frecuente en el sexo masculino
4. Las edades en que mas se traumatizaron los niños de nuestra casuística fue entre 5 y 15 años
5. El trauma de bazo ocupo casi la mitad de los traumas de abdomen recibidos 49%.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Baker SP, O'Neill B, Haddon W Jr. The injury severity score: a method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care. *J Trauma* 1974 Mar;14(3):187-96.
2. Balogh Z, Offner PJ, Moore EE. NISS predicts postinjury multiple organ failure better than the ISS. *J Trauma* 2000 Apr;48(4):624-7;discussion 627-8.
3. Boyd CR, Tolson MA, Copes WS. Evaluating trauma care: the TRISS method. Trauma Score and the Injury Severity Score. *J Trauma* 1987 Apr; 27(4):370-8.
4. Brenneman FD, Boulanger BR, McLellan BA. Measuring injury severity: time for a change? *J Trauma* 1998 Apr;44(4):580-2.
5. Cayten CG, Stahl WM, Murphy JG: Limitations of the TRISS method for interhospital comparisons: a multihospital study. *J Trauma* 1991 Apr;31(4):471-81; discussion 481-2.
6. Champion HR, Copes WS, Sacco WJ. A new characterization of injury severity. *J Trauma* 1990 May;30(5):539-45;discussion:545-6.
7. Champion HR, Sacco WJ, Copes WS. A revision of the Trauma Score. *J Trauma* 1989 May;29(5):623-9.
8. Champion HR, Copes WS, Sacco WJ. Improved predictions from a severity characterization of trauma (ASCOT) over Trauma and Injury Severity Score (TRISS): results of an independent evaluation [see comments]. *J Trauma* 1996 Jan;40(1):42-8;discussion 48-9.
9. Copes WS, Champion HR, Sacco WJ. Progress in characterizing anatomic injury. *J Trauma* 1990 Oct;30(10):1200-7.

10. Copes WS, Champion HR, Sacco WJ. The Injury Severity Score revisited. J Trauma 1988 Jan;28(1):69-77.
11. Knaus WA, Zimmerman JE, Wagner DP. APACHE-acute physiology and chronic health evaluation: a physiologically based classification system. Crit Care Med 1981 Aug;9(8):591-7.
12. Knaus WA, Draper EA, Wagner DP. APACHE II: a severity of disease classification system. Crit Care Med 1985 Oct;13(10):818-29.
13. Knaus WA, Wagner DP, Draper EA. The APACHE III prognostic system. Risk prediction of hospital mortality for critically ill hospitalized adults. Chest 1991 Dec;100(6):1619-36.
14. Kollef MH, Schuster DP. Predicting intensive care unit outcome with scoring systems. Underlying concepts and principles. Crit Care Clin 1994 Jan;10(1):1-18.
15. Markle J, Cayten CG, Byrne DW. Comparison between TRISS and ASCOT methods in controlling for injury severity. J Trauma 1992 Aug; 33(2): 326-32.
16. Mc Anena OJ, Moore FA, Moore EE. Invalidation of the APACHE II scoring system for patients with acute trauma. J Trauma 1992 Oct;33(4):504-6; discussion 506-7.

ANEXOS:

Tabla 1: Relación entre ingresos y trauma de abdomen

	Pacientes	Por ciento
Total de ingresos	8801	100
Ingresos por trauma de abdomen	140	1.6

Fuente: Historias Clínicas

Tabla 2: Comportamiento según sexo

Sexo	Numero	Por ciento
Masculino	105	75
Femenino	35	25
Total	140	100

Fuente. Historias Clínicas

Tabla 3: Comportamiento según edades

Edad	Número	Por ciento
-1 año	2	1
1-4 años	21	15
5-9 años	53	38
10-15 años	63	45
16-19 años	2	1
Total	140	100

Fuente: Historias Clínicas

Tabla 4: Asociación de trauma de abdomen y otros

	Número	Por ciento
Politrauma	87	62
Trauma de abdomen aislado	53	38
Total	140	100

Fuente: Historias Clínicas

Tabla 5: Frecuencia según órgano afectado

Órgano	Número	Por ciento
Bazo	26	49
Hígado	11	21
Renal	8	15
Páncreas y duodeno	3	5.6
Int. Delgado	3	5.6
Combinado	2	3.8
Int. Grueso	-	-
Total	53	100

Fuente: Historias Clínicas

Tabla 6: Mortalidad por trauma de abdomen

	Numero	Porciento
Trauma de abdomen	140	100
Fallecidos	11	8

Fuente: Historias Clínicas