

Medicent Electrón. 2015 ene.-mar.;19(1)

**HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO-QUIRÚRGICO
«ARNALDO MILIÁN CASTRO»
SANTA CLARA, VILLA CLARA****COMUNICACIÓN****Caracterización del traumatismo abdominal cerrado****Characterization of closed abdominal trauma****MSc. Dr. Gustavo Alonso Pérez Zavala¹, MSc. Dr. Jorge L. González Jara²**

1. Especialista de Segundo Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar. Hospital Universitario Arnaldo Milián Castro. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: gustavopz@hamc.vcl.sld.cu
2. Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Asistente. Hospital Universitario Arnaldo Milián Castro. Santa Clara, Villa Clara. Cuba.

RESUMEN

Se realizó una investigación descriptiva que incluyó a 64 pacientes afectados por traumatismo abdominal cerrado, admitidos en el Hospital Universitario «Arnaldo Milián Castro» de Santa Clara, desde julio de 2008 hasta julio de 2011. Se encontró que el sexo masculino: 52 (81,25 %) y los adultos jóvenes menores de 50 años: 47 (73,43 %) fueron los más afectados. El antecedente de trauma abdominal, unido al dolor abdominal: 63 (98,43 %), la taquicardia: 59 (92,18 %) y la hipotensión arterial: 57 (89,06 %), unidos a la ultrasonografía abdominal, constituyeron los pilares para el diagnóstico. Se realizó laparotomía exploradora al 100% de los casos. Las complicaciones aparecieron con más frecuencia en el postoperatorio. La severidad de las lesiones intrabdominales hemorrágicas y el fallo multiorgánico fueron las principales causas directas de muerte. Existió asociación entre la intensidad del trauma y la aparición de complicaciones y muerte. La demora en el diagnóstico incidió en la evolución de los pacientes.

DeCS: traumatismos abdominales/complicaciones, técnicas y procedimientos diagnósticos.

ABSTRACT

A descriptive research of 64 patients with closed abdominal trauma admitted at the University Hospital «Arnaldo Milián Castro» from Santa Clara was carried out since July, 2008 to July, 2011. The most affected were 52 male patients (81,25 %) and 47 young adults under 50 years of age (73,43 %). The antecedents of abdominal trauma which constituted the bases for the diagnosis were abdominal pain: 63 (98,43 %), tachycardia: 59 (92,18 %) and arterial hypotension: 57 (89,06 %), linked to abdominal ultrasonography. Explore laparotomy was made to the 100 % of all cases.

Complications were more frequent in postoperative stage. The main direct causes of death were severe hemorrhagic intra-abdominal lesions and multiorgan failure. There was an association among trauma intensity, appearance of complications and death. Diagnosis delay affected the evolution of patients.

DeCS: abdominal injuries/complications, diagnostic techniques and procedures.

Se denomina trauma abdominal (TA) cuando este compartimiento anatómico sufre la acción violenta de agentes que producen lesiones de diferente magnitud y gravedad en los elementos orgánicos que lo constituyen, sean estos de pared (continente), del contenido (vísceras) o de ambos. El TA provoca grandes dilemas diagnósticos y terapéuticos; en el caso del trauma cerrado, el problema principal es determinar si se lesionó alguna víscera y si es necesario operar o no.¹⁻⁴

En los Estados Unidos, las lesiones traumáticas son la primera causa de la pérdida de vidas humanas en menores de 65 años y la segunda del incremento de los costos médicos.³ En Cuba, con la creación del Sistema Integrado de Urgencias Médicas (SIUM), se ha avanzado en el rescate, atención y evacuación de víctimas de accidentes; además, el SIUM constituye una importante escuela de adiestramiento para el personal médico y paramédico en todo el país.

En el año 2009, fallecieron en Cuba 896 personas por accidentes de vehículo de motor, lo que representó una tasa de 8,0 por 100 000 habitantes, solo ligeramente inferior a la de 2008 que fue de 8,5 por 100 000 habitantes, y en general, en el año 2009, se produjeron 4 785 accidentes, para una tasa de 42,6 por 100 000 habitantes, más de dos puntos superior al año anterior.⁵

El arribo de personas con traumatismo abdominal a los servicios quirúrgicos del Hospital Universitario «Arnaldo Milián Castro» de Villa Clara ha ido en aumento; muchos de ellos llegan a ser intervenidos quirúrgicamente, pero otros no tienen ni siquiera esta oportunidad debido a la severidad del trauma, y fallecen en plena juventud o quedan con secuelas que los limitan física y socialmente; además, no existe en el centro una estrategia para la realización del tratamiento no quirúrgico, que pudiera ser una alternativa en algunos de estos pacientes.

En todo el mundo, la forma de pensar y de actuar en la atención a los pacientes con lesiones traumáticas complejas ha experimentado cambios que implican una modificación importante en la mortalidad y la aparición de complicaciones graves.⁶

Con el objetivo de caracterizar el TA cerrado en el Hospital «Arnaldo Milián Castro», se realizó una investigación descriptiva que incluyó a 64 pacientes admitidos en dicho centro con ese diagnóstico; de estos, 52 (81,25 %) fueron hombres y 12 (18,75 %) mujeres; la edad media fue de 42,8 años, y 47 pacientes tenían menos de 50 años (73,43 %). Estos resultados coinciden con lo informado por otros autores, porque en estas edades es cuando el individuo es más activo, ha comenzado su vida laboral, aumenta la movilidad, y su exposición a agentes traumáticos se ha incrementado por un aumento de su radio de acción; además, es la edad donde, entre la temeridad y la inmadurez, se borran los límites que sugiere la prudencia.^{1-4,6}

Solo en ocho pacientes se realizó el diagnóstico antes de transcurrir 30 minutos desde el accidente que provocó el trauma (12,5 %). Los síntomas más frecuentes fueron el dolor abdominal y la taquicardia, presentes en siete de ellos (87,5 %); en cinco, se encontró hipotensión arterial y las huellas del trauma (62,4 %). En 36 pacientes (56,25 %), se realizó el diagnóstico entre los 30 y 60 minutos, y el dolor abdominal lo experimentaron 34 (94,44 %); la taquicardia estuvo presente en 30 (83,33 %), seguida por la palidez cutáneo mucosa y la hipotensión arterial en 19 (52,77) y 18(50,0%), respectivamente; después de los 60 minutos de ocurrida la lesión fueron diagnosticados 20 pacientes, para un 31,25 %; asimismo, se encontraron como síntomas predominantes, el dolor abdominal en todos los pacientes, la taquicardia en 18 (50,0%) y la palidez cutáneo mucosa en 16 (44,4%).

La mayoría de los autores coinciden en que el dolor abdominal es uno de los síntomas más frecuentes en este tipo de afección.¹⁻⁴ Otros informan como síntomas más frecuentes el dolor abdominal, las huellas del trauma en la piel del abdomen, la taquicardia, la palidez y la hipotensión arterial, por ese orden.^{6,7} García Sabrido también señala el dolor abdominal, la taquicardia y la palidez como los principales hallazgos en el TA.³

Uno de los problemas que enfrenta el cirujano en los servicios de emergencias es la evaluación de pacientes estables con TA en los que hay dudas del posible daño visceral, como en pacientes inconscientes, con trauma múltiple o choque inexplicable, en los que a pesar de aplicar el criterio clínico y de utilizar los métodos auxiliares, no se concluye el diagnóstico.

Desde la introducción del ultrasonido abdominal (UA), la punción abdominal y el lavado peritoneal diagnóstico se realizan con menos frecuencia; fue precisamente el UA el medio diagnóstico que más se utilizó y el que tuvo mayor índice de positividad en las lesiones intrabdominales producidas por el TA cerrado. De 51 pacientes a los que se les realizó UA, 44 resultaron positivos y solo en siete fue negativo, a pesar de que existía la necesidad de tratamiento quirúrgico, para una sensibilidad del 86,2 %. Solo se les realizó punción abdominal a 25 pacientes (39 %) y no se utilizó el lavado peritoneal diagnóstico. Dada la poca disponibilidad de estudios, como la tomografía axial computarizada (TAC) y la resonancia magnética (RM), este último procedimiento podría ser una alternativa para definir la conducta en algunos casos.

Hubo una baja utilización de la TAC en el diagnóstico de las lesiones por traumatismo abdominal, pues solamente se utilizó en cuatro pacientes (6,25 %); sin embargo, en comparación con el UA, la TAC presenta como desventajas la necesidad del uso de contraste –al cual el paciente puede ser alérgico–, las dificultades ante un paciente no cooperador y el tiempo de espera hasta que el equipo esté disponible; precisamente, la no disponibilidad del equipo de forma estable fue el motivo de su poca utilización en esta investigación, lo cual puede considerarse una limitación del estudio.

García Gutiérrez⁷ cita un estudio en el que se utilizó el UA con mucha frecuencia en caso de trauma cerrado estable antes de una cirugía, debido a su bajo costo, el corto tiempo de espera, su buena resolución en manos capacitadas y por no ser agresivo; además, el UA permite examinar el tórax, el espacio retroperitoneal y detectar colecciones intraperitoneales; su principal desventaja es no ser específico para diagnosticar perforación de vísceras huecas. Investigaciones recientes han demostrado que en la evaluación del paciente con TA cerrado, el UA ha logrado disminuir las laparotomías innecesarias en centros donde están bien definidos los protocolos de tratamiento médico para este tipo de pacientes.¹

Ocho pacientes fueron diagnosticados antes de los 30 minutos (12,5 %), de los cuales dos se complicaron y fallecieron producto de la intensidad de las lesiones, y en 56, el diagnóstico se realizó pasado este tiempo (87,5 %); de ellos, se complicaron 10 y cinco fallecieron. Sin embargo, todos los fallecidos presentaban TA grave, al igual que 10 de los 12 pacientes que presentaron complicaciones.

Se complicaron 15 pacientes: tres en el transoperatorio (20 %) –dos de causa hemorrágica y una anestésica–, y 12 en el postoperatorio (80 %); la sepsis de la herida quirúrgica, el absceso intrabdominal, la peritonitis, el sangrado digestivo alto y las bronconeumonías se encontraron en dos casos cada una; la dehiscencia de la sutura y la sepsis de la herida quirúrgica, en un caso cada una, respectivamente.

El TA sigue afectando a la población joven, con el consiguiente costo económico, social y familiar. La presente comunicación trae a discusión un tema que requiere de medidas que permitan mejorar la atención al paciente con TA grave y crear condiciones para arribar a un diagnóstico más rápido y certero. Debe considerarse la necesidad de mejorar la disponibilidad de TAC y RM de urgencia y la introducción del tratamiento conservador de lesiones de hígado y bazo, estableciendo protocolos y condiciones para este tipo de pacientes en nuestro servicio de urgencia.

Agradecimientos

Los autores desean agradecer a Carmen Elena Pérez Irisarri, alumna de tercer año de la carrera de Medicina, por su participación y dedicación en la elaboración del presente trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mofidi M, Hasani A, Kianmehr N. Determining the accuracy of base deficit in diagnosis of intraabdominal injury in patients with blunt abdominal trauma. *Am J Emerg Med.* 2010; 28(8):933-6.
2. Duane TM, Rao IR, Aboutanos MB, Wolfe LG, Malhotra AK. Are trauma patients better off in a trauma ICU? *J Emerg Trauma Shock.* 2008 Jul.-Dec.;1(2):74-7.
3. García Sabrido JL, López Baena JA. Evaluación y reanimación del paciente con traumatismo grave. En: Canales Bedoya C. *Manual de Cirugía.* México, DF.: Mc Graw Hill Interamericana; 2007. p. 225-40.
4. Jurkovich GJ, Carrico CJ. Traumatismo. Tratamiento de la víctima de traumatismo grave. En: Sabiston DC, KemLydy H. *Tratado de Patología quirúrgica.* 15 ed. México, DF.: Mc Graw Hill Interamericana; 2006. p. 319-66.
5. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2009 [internet]. La Habana: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2010 [citado 10 sep. 2013]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2013/05/anuario-2009e3.pdf>
6. LaffitaLabañino W, Abilio Luciano CS, Fernández Expósito W, González López J, García Cordero JE. Caracterización de traumas abdominales en pacientes atendidos en Clínica Multiperfil. *Rev Cubana Cir* [internet]. 2013 jul.-sep. [citado 21 nov. 2013]; 52(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932013000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. García Gutiérrez A. Traumatismos del abdomen. En: García GA, Pardo GG. *Cirugía: Selección de temas.* La Habana: Ciencias Médicas; 2006. p. 312-40.

Recibido: 13 de febrero de 2014

Aprobado: 16 de julio de 2014

MSc. Dr. Gustavo Alonso Pérez Zavala. Especialista de Segundo Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar. Hospital Universitario Arnaldo Milián Castro. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: gustavopz@hamc.vcl.sld.cu