



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD SEDE ARAGUA
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
SERVICIO AUTÓNOMO HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY
ESPECIALIZACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL**

Utilidad de la Escala de Trauma Penetrante Abdominal (PATI) en la Evolución Postoperatoria en pacientes del Servicio de Cirugía General Hospital Central de Maracay en el periodo de enero a julio del 2014

Autor: Fuentes C., Juan P.

Maracay, Octubre 2014.



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD SEDE ARAGUA
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
SERVICIO AUTÓNOMO HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY
ESPECIALIZACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL**

Utilidad de la Escala de Trauma Penetrante Abdominal (PATI) en la Evolución Postoperatoria en pacientes del Servicio de Cirugía General Hospital Central de Maracay en el periodo de enero a julio del 2014

Trabajo de Grado presentado ante la Universidad de Carabobo para optar al título de Especialista en Cirugía.

Tutor: Prieto H. María B.

Asesor Metodológico: Aponte C. Yumak.

Autor: Fuentes C., Juan P.

Maracay, Octubre 2014.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ASUNTOS ESTUDIANTILES
SEDE ARAGUA



ACTA DE DISCUSIÓN
TRABAJO DE ESPECIALIZACIÓN

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 29 literal "N" del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo de Especialización titulado:

"UTILIDAD DE LA ESCALA TRAUMA PENETRANTE (PATI) EN LA EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY, EN EL PERIODO DE ENERO A JULIO DEL 2014"

Presentado para optar al grado de **ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL** por el aspirante:

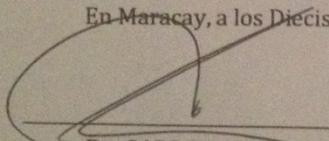
JUAN PABLO FUENTES CRISTANCHO

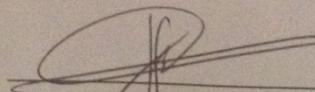
C.I. 18.083.849

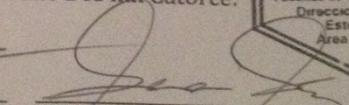
Habiendo examinado el Trabajo de Especialización presentado, decidimos que el mismo está

APROBADO

En Maracay, a los Diecisiete días del mes de Noviembre del año Dos mil Catorce.


Dr. CARLOS ALEJO
C.I.: 8.730.694


Dr. JAVIER MOYA
C.I.: 5.883.865


Dr. GABRIELA GUTIERREZ
C.I.: 7.254.153



Gilda Marcano

"Democracia y Autonomía, garantía de presente y futuro Universitario"
Final Av. Leonardo Ruiz Pineda - La Morita - Edo. Aragua
Telf. 0241-6004000 - 6005000 ext. 404141

Utilidad de la Escala de Trauma Penetrante Abdominal (PATI) en la Evolución Postoperatoria en pacientes del Servicio de Cirugía General Hospital Central de Maracay en el periodo de enero a julio del 2014

Autor: Juan P. Fuentes C. Universidad de Carabobo - Hospital Central de Maracay. Zanetty18@hotmail.com

RESUMEN

Objetivo: Determinar la utilidad de la Escala de Trauma Penetrante Abdominal (PATI) en la evolución postoperatoria en pacientes con trauma abdominal penetrante del Servicio de Cirugía General Hospital Central de Maracay en el periodo de enero a julio del 2014.

Material y método: Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, de corte transversal; basado en una investigación de campo. La población estuvo representada por 66 pacientes mayores de 16 años de edad con diagnóstico de trauma penetrante que ingresaron a la emergencia del servicio de cirugía del hospital central de Maracay enero – julio 2014.

Resultados: De los pacientes que ingresan por traumatismo abdominal penetrante a la emergencia del hospital Central de Maracay está representada por el rango de edad correspondiente a los 20- 30 años, el 92% representado por el sexo masculino, encontrándose que aquellos pacientes que obtuvieron puntuaciones menores de 25 puntos, fueron los que evolucionaron satisfactoriamente tanto en el posoperatorio temprano como tardío, sin embargo el 9% de la muestra presentó complicaciones tanto temprana como tardías.

Conclusiones: el trauma abdominal penetrante sigue siendo una entidad de alta frecuencia de motivo de ingreso a la emergencia, con una incidencia elevada en el sexo masculino y en edades jóvenes y productivas, representadas por el rango entre 20 y 30 años, en este caso el 89% fue producto de lesiones por proyectil de arma de fuego.

Palabras claves: Trauma, herida, proyectil de arma de fuego, arma blanca, traumatismo abdominal, traumatismo abdominal penetrante

Usefulness of Penetrating Abdominal Trauma Scale (PATI) in Evolution in Postoperative Patients General Surgery Central Hospital of Maracay in the period January to July 2014

Author: Juan P. Fuentes C. University of Carabobo - Central Hospital of Maracay. Zanetty18@hotmail.com

ABSTRACT

Objective: To determine the usefulness of Penetrating Abdominal Trauma Scale (PATI) in the postoperative period in patients with penetrating abdominal trauma General Surgery Central Hospital of Maracay in the period January to July 2014.

Methods: A prospective cross-sectional descriptive study was conducted; based on field research. The population was represented by 66 patients over 16 years of age diagnosed with penetrating trauma who were admitted to the emergency surgery service Maracay Central Hospital January to July 2014.

Results: Of the patients admitted to the emergency penetrating Central Hospital of Maracay abdominal trauma is represented by the range corresponding to the 20 to 30 year olds, 92% represented by males, finding that patients with scores under 25 points, were the successful outcomes in both the early and late postoperative period, however 9% of the sample presented both early and late complications.

Conclusions: penetrating abdominal trauma remains a high frequency entity reason for admission to the emergency, with a high incidence in males and young and productive age, represented by the range between 20 and 30 years, in this case the 89% resulted from injury by gun fire.

Keywords: Trauma, injury, projectile gun, knife, abdominal trauma, penetrating abdominal trauma

INTRODUCCION

El traumatismo abdominal se define como la lesión orgánica producida por la suma de la acción de un agente externo junto a las reacciones locales y generales que provoca el organismo ante dicha agresión. Todo paciente con traumatismo abdominal puede presentar lesiones en múltiples órganos abdominales y, por tanto, debe ser considerado como un paciente con traumatismo grave, o potencialmente grave, desde el momento del ingreso en la unidad de urgencias. (1, 2,3)

El trauma es una de las causas principales de mortalidad a nivel mundial con una alta incidencia en la población joven y constituye hoy la tercera causa general de muerte en los países desarrollados y en vías de desarrollo. Es la primera causa de muerte en menores de 45 años. (2, 4)

Por tanto, el manejo del paciente traumatizado supone un reto importante para los servicios de salud, derivado principalmente del alto costo que presupone la atención de los pacientes y el grave costo social que tiene la afectación de estos pacientes. De ello deriva la importancia de generar instrumentos que permitan homogeneizar su evaluación, manejo, pronóstico y calidad de vida que le espera. Los índices de severidad en trauma son una serie de escalas para evaluar la alteración fisiológica, las anatómicas y la probabilidad de sobrevida del paciente traumatizado. (5,6)

Los índices empleados en la evolución de trauma abdominal están diseñados para proporcionar una descripción objetiva de las condiciones del paciente y ayudan a seleccionar y reconocer en forma sistemática a los pacientes con lesiones de mayor severidad. Estos índices permiten establecer control de calidad de los métodos terapéuticos y también para desarrollar reglas y procedimientos nuevos. (1,7)

Dentro de las principales funciones de este tipo de escalas están entre otros:

- Cuantificar las lesiones anatómicas y las alteraciones fisiológicas
- Determinar el pronóstico de sobrevivencia
- Servir como base para el triaje en accidentes con víctimas múltiples o desastres
- Establecer líneas de investigación clínica
- Establecer aspectos epidemiológicos
- Establecer programas de evaluación y control de calidad de la atención médica
- Implementar programas de prevención de accidentes y violencia. (8)

Hoy en día, existen numerosas escalas e índices para calificar la gravedad de injuria en pacientes con trauma, así como también se han desarrollado índices más específicos para evaluar áreas particulares que tienen una alta incidencia de gravedad y mortalidad en pacientes traumatizados, surge así el Índice de trauma penetrante abdominal (PATI), que es el estudio de lesiones intra abdominales expresada en porcentaje de riesgo de muerte y posibles complicaciones postoperatorias. (2, 3, 9, 10). Esta escala descrita por Moore y cols. En 1981 y actualizado en 1990 fue diseñado exclusivamente para evaluar lesiones intra abdominales penetrantes utilizado posteriormente para establecer los riesgos postoperatorios en estos pacientes. El índice de trauma abdominal penetrante (PATI por sus siglas en inglés) fue diseñado con el fin de cuantificar los riesgos de complicación después de este tipo de lesión; con una sensibilidad de 42.1 % y especificidad de 91.4 % para predecir desarrollo de complicaciones, y sensibilidad de 42.9 % y especificidad de 91.5 % para mortalidad. (3, 11)

Un parámetro que cobra vital importancia en la atención de pacientes traumatizados es el tiempo transcurrido entre el momento del trauma y de la asistencia médica especializada. Pues atendiendo a la medida en que transcurra el tiempo, se produce una acentuación de los trastornos hemodinámicos responsables del empeoramiento y mortalidad de estos pacientes. (12)

En la evaluación de un paciente con trauma abdominal se deben considerar las regiones Anatómicas, por cuanto cada una de ellas exhibe características propias que se traducen en diferencias en cuanto al riesgo de lesión de los órganos y vísceras que contienen. El abdomen se divide en tres compartimientos o regiones anatómicas principales. (13, 14)

La cavidad abdominal, se subdivide en:

Cavidad peritoneal: dividida en una parte superior y otra inferior. Cubierta por la parte baja de la parrilla costal, el abdomen superior incluye el diafragma, hígado, bazo, estómago y colon transverso. Debido a que el diafragma en una espiración total se eleva hasta el 4^o espacio intercostal, las fracturas de costillas inferiores o heridas penetrantes en la misma área pueden involucrar estas vísceras abdominales. El abdomen inferior contiene el intestino delgado y los colon ascendentes, descendentes y sigmoides.

Cavidad pélvica: rodeada por los huesos pélvicos, la cavidad pélvica corresponde a la parte baja del espacio retroperitoneal y contiene el recto, la vejiga, los vasos ilíacos, y en la mujer los genitales internos. El examen para detectar las estructuras pélvicas es dificultado por los huesos adyacentes.

Espacio retroperitoneal: esta área contiene la aorta abdominal, la vena cava inferior, la mayor parte del duodeno, el páncreas, los riñones, los uréteres, así como segmentos del colon ascendente y descendente. Las lesiones en las vísceras retroperitoneales son muy difíciles de reconocer porque el área es de difícil acceso al examen físico y sus lesiones no son detectadas por medio del lavado peritoneal diagnóstico, y difícilmente valoradas por la ecografía, además de ser de difícil exploración física. (15,16)

Los intentos para clasificar la severidad de las lesiones traumáticas son antiguos pero hacia el comienzo del siglo XX con la aparición de los accidentes automotores se incrementaron las lesiones de 10 a 1000 veces llegando a ser obvio el desarrollo de métodos de clasificación de las lesiones. La primera escala desarrollada y orientada a la investigación fue diseñada en Cornell University Medical College en 1943 por Dehaven y col., para el estudio de accidentes de

aviones pero después se le considero útil para evaluar lesiones en accidentes automovilísticos. (6,7) Desde entonces muchos han sido los intentos por encontrar un índice que evalúe las lesiones de los pacientes traumatizados y prediga fielmente su pronóstico (Committee on Medical Aspects of Automotive Safety, 1971). Aunque las clasificaciones de gravedad de lesión se han usado ampliamente no existe un índice que prediga si el paciente va a necesitar o no ser hospitalizado, si es así, en qué centro, su pronóstico, la duración estimada de su estancia hospitalaria, la calidad de los tratamientos administrados, análisis de morbilidad y costos, control de calidad dentro de un mismo hospital e interhospitalario. Los índices de severidad del trauma fueron diseñados para la clasificación y categorización de los pacientes en la escena del accidente en aras de mejorar los cuidados médicos y abaratar sus costos. A raíz del nacimiento de los sistemas 18 regionales de atención al politraumatizado. Los índices de severidad del trauma se han constituido en una herramienta indispensable para garantizar el flujo de pacientes a cada nivel de atención de la red hospitalaria y para cumplir con una de las premisas básicas de estos sistemas o estrategias de cuidados médicos de estos pacientes (Reverón, 1997). Por lo que en esta investigación se tomaron en consideración como antecedentes, los estudios realizados por: García M. (2012), en su investigación titulada *Utilidad del Índice de Trauma Abdominal Penetrante*, determinó la utilidad del Índice de Trauma Abdominal Penetrante y resaltó la importancia del mismo para predecir la evolución y evitar el uso innecesario de recursos. Se clasificó a los pacientes traumatizados según la escala de severidad de la lesión (PATI), proporcionando un modelo objetivo para la evaluación y toma de decisiones terapéuticas en pacientes traumatizados. El tipo de investigación fue descriptivo y con un diseño no experimental, de campo, transversal. Se encontró que el 67,20% de pacientes estudiados con trauma abdominal penetrante, correspondieron al sexo masculino. La edad predominante fue entre 15 y 35 años. El mayor número de pacientes (60%) tenía un PATI entre 16 y 24. La mayoría de pacientes con PATI menor de 24 evolucionaron satisfactoriamente y permanecieron hospitalizados de 8 a 11 días. Los pacientes con PATI mayor de 24 presentaron complicaciones. Por lo que

concluyeron que el PATI es útil para establecer el grado de lesión, establecer la probabilidad de sobrevivida, las complicaciones y estimar la necesidad de recursos necesarios. Vinculándose con esta investigación por el uso de la escala de PATI en pacientes con trauma abdominal penetrante. (3)

Otras investigaciones como la de Garrillo B. (2009), cuyo título fue *Correlación de Índice de Trauma Abdominal Penetrante (PATI) y Grado de Shock Hipovolémico en la Evolución Postoperatoria en Pacientes con Trauma Abdominal Penetrante*. Esta investigación de estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo correlacionó el PATI y el Grado de Shock Hipovolémico en la Evolución de Pacientes con Trauma, para la cual se tomó una muestra representativa 54 pacientes de un universo de 203. En esta investigación se encontró que el 96.3% de los pacientes eran del sexo masculino, con una edad media de 26.4 años, con una incidencia mayor en el grupo etario de 20 a 29 años. El mecanismo de trauma abdominal penetrante predominante fue el arma de fuego en un 83%. De igual manera, se encontró que el grado de shock hipovolémico se relaciona con el PATI, con una significancia estadística positiva, igualmente, las complicaciones se presentaron con mayor frecuencia en el grupo de pacientes con PATI 30 puntos, siendo las más frecuentes: colección intraabdominal con 23%, infección de heridas operatoria 17% y evisceración 13%. Igualmente, se encontró relación entre el PATI y el Grado de Shock Hipovolémico III° - IV° y muerte el 16.67%. (5) y Rojas J. (2003), en su investigación que lleva por título *Relación entre el Índice de Trauma Abdominal (PATI) y la Administración de Antibióticos Postoperatorios en Pacientes con Trauma Abdominal Penetrante*, realizó en estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo desde marzo 2001 a diciembre 2002 en el Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda" de Barquisimeto Venezuela, que incluyó 54 pacientes con Trauma Abdominal Penetrante y PATI. Se administró profilaxis preoperatorio con aminoglicósido y metronidazol, luego fueron divididas en dos grupos de 27 pacientes cada uno. Grupo 1: antibióticos postoperatorio por 24 horas; y Grupo 2: antibióticoterapia por 72 horas. Se obtuvo los siguientes resultados: el promedio de edad de ambos grupos fue de 24 años, sexo

masculino, mecanismo de trauma arma de fuego en un 77.78%. Complicaciones infecciosas: grupo 1: 22.22% y grupo 2: 18.52% el órgano más lesionado el intestino delgado. Se encontraron lesiones en el colon en el grupo 1: en 13 pacientes y en el grupo 2: 10 pacientes. La conclusión final de esta investigación fue que el PATI demostró ser útil para determinar la duración de la terapia antibiótica en pacientes con Trauma Abdominal Penetrante. (6)

El traumatismo abdominal es una lesión grave en el abdomen, bien sea por golpes contusos o por heridas penetrantes. El traumatismo abdominal es una causa frecuente de discapacidad y mortalidad significativa. Debido a potenciales injurias anatómicas y funcionales de las vísceras y tejidos blandos abdominales incluyendo el hígado, intestino, médula espinal o los grandes vasos sanguíneos, las lesiones abdominales son urgencias médicas que si no son tratadas rápida y adecuadamente pueden dar como resultado la muerte. (7)

Un trauma abdominal puede ser mortal, porque los órganos abdominales, especialmente los de espacio retroperitoneal, pueden sangrar profusamente, y es una cavidad con espacio que puede contener una gran cantidad de sangre. Los órganos abdominales sólidos, tales como el hígado y los riñones, sangran profusamente cuando presentan disrupción o avulsión, al igual que los principales vasos sanguíneos, tales como la aorta y la vena cava. Los órganos huecos como el estómago, aunque no es tan probable que resulte en un sangrado profundo, presentan un grave riesgo de infección, en particular aquellas lesiones que no son tratadas rápidamente. Los órganos gastrointestinales como el intestino pueden derramar su contenido en la cavidad abdominal. Tanto la hemorragia como la infección sistémica son las principales causas de muertes que resultan de traumas abdominales. (8)

En cuanto al mecanismo de lesión, las heridas por proyectil de arma de fuego son la causa más común de trauma penetrante de abdomen (56 a 64 %), seguidas de las ocasionadas por instrumento punzocortante (23 a 31 %) y por escopeta (4 a 5 %). Los patrones de lesión difieren dependiendo del arma, teniendo las heridas

por instrumento punzocortante un menor grado de morbilidad y mortalidad, con lesiones más frecuentes en hígado (40 %), intestino delgado (30 %), diafragma (20 %) y colon (15 %). En las heridas por proyectil de arma de fuego y escopeta se encuentran lesiones múltiples de intestino delgado (50 %), colon (40 %), hígado (30 %) y estructuras vasculares (25 %); por dicha razón, los pacientes con este tipo de heridas localizadas entre una línea imaginaria trazada entre ambos pezones y entre ambos pliegues inguinales, tradicionalmente han sido sometidos a laparotomía exploradora. La mayoría de las heridas penetrantes se ubica en el cuadrante superior izquierdo (28 %), seguido por el superior derecho (22 %), epigastrio (21 %), cuadrante inferior izquierdo (17 %) e inferior derecho (12 %). El trauma abdominal es difícil de manejar en la paciente embarazada, ya que el útero crecido empuja el intestino delgado hacia arriba, disminuyendo el riesgo de lesión intestinal en el trauma penetrante, pero asociando la mortalidad materna y fetal a lesiones uterinas.¹⁴⁻¹⁶ No debe olvidarse que las prioridades en el tratamiento inicial son las mismas que en las pacientes no embarazadas, y sólo hay modificación con base en la anatomía y fisiología características de la gravidez. (5,9)

Por lo que en esta investigación se planteó como objetivo principal: “Determinar la utilidad de la Escala de Trauma Penetrante Abdominal (PATI) en la evolución postoperatoria en pacientes con trauma abdominal penetrante del Servicio de Cirugía General Hospital Central de Maracay en el periodo de enero a julio del 2014”. Además de plantearse como objetivos específicos: distribuir la muestra por edad y sexo; frecuencia del mecanismo productor del trauma abdominal penetrante; calcular la frecuencia de órganos lesionados en relación al trauma abdominal penetrante; distribuir la frecuencia de puntuación según el PATI en pacientes con trauma abdominal penetrante; determinar la aparición de complicaciones tempranas y tardías en los pacientes con trauma abdominal penetrante.

MATERIAL Y METODO

Se trata de una investigación con diseño descriptivo, prospectivo y de corte transversal. Se realizó en el Servicio Autónomo del Hospital Central de Maracay, Hospital tipo IV, ubicado en la ciudad de Maracay/ Estado Aragua, en las áreas de hospitalización, recuperación y terapia intensiva, durante el período enero a julio 2014.

La población y muestra estuvo representada por el conjunto total de pacientes que fueron trasladados por presentar trauma abdominal penetrante, que ameritaba resolución quirúrgica en el Hospital Central de Maracay, en el periodo enero a julio 2014, con un total de 66 pacientes, los cuales cumplían con los criterios de inclusión: pacientes en postoperatorios de laparotomía exploradora por proyectil de arma de fuego, pacientes en postoperatorio de laparotomía exploradora por arma blanca, paciente en edades comprendidas desde los 20 años hasta los 80 años que ingresan a la emergencia del Hospital Central de Maracay con traumatismos abdominal y además de no presentar ningún criterio de exclusión: pacientes con laparotomía exploradora por proyectil de arma de fuego o arma blanca no realizada en el Hospital Central de Maracay, pacientes con edad menor a los 20 años o mayor a 80 años, pacientes en postoperatorio de laparotomía exploradora por otras causas, pacientes con laparotomía por trauma abdominal cerrado.

Previa información de los objetivos de la investigación a los pacientes sometidos a cirugía, se obtuvo mediante firma, consentimiento informado y se aplicaron los instrumentos seleccionados para esta investigación como es la escala de Trauma Abdominal Penetrante y el cuestionario que determinaba edad, sexo, mecanismo del trauma, procedimiento quirúrgico realizado, complicaciones inherentes a la cirugía, puntuación en la escala PATI.

Se usó el sistema operativo Microsoft office 2011, en los programas Excel y access y se aplicó análisis estadístico a través del programa Startistix 8 for Windows para la creación de base de datos y la presentación de resultados se

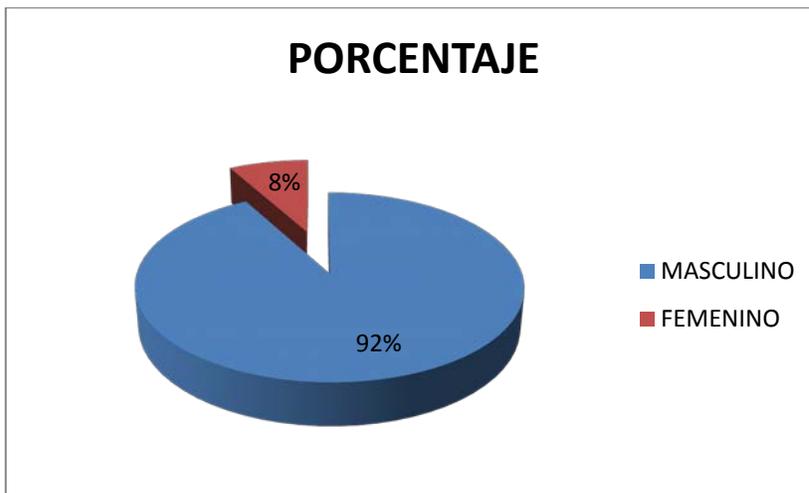
realizó a través de cuadros de distribución de frecuencia, columnas simples, compuestas y proporcionadas, para su posterior discusión y conclusiones.

Las bases bioéticas de la presente investigación se fundamentan en los siguientes aspectos: Los instrumentos de esta investigación fueron pensados en las características del espacio físico donde se desarrolla la investigación. Se respetará el derecho cultural del individuo en estudio. No se tomarán los datos personales, ni se revelarán en tal caso el contenido de los mismos. Los instrumentos a aplicar no serán de carácter imperativo. No se revelarán datos de la institución o personal, más que los necesarios para la investigación

RESULTADOS

De un total de 66 pacientes quienes ingresaron con trauma abdominal penetrante en el Hospital Central de Maracay en el periodo enero a julio 2014 y fueron sometidos a laparotomía exploradora, el 92% (61 pacientes) corresponden al sexo masculino. (Gráfico 1)

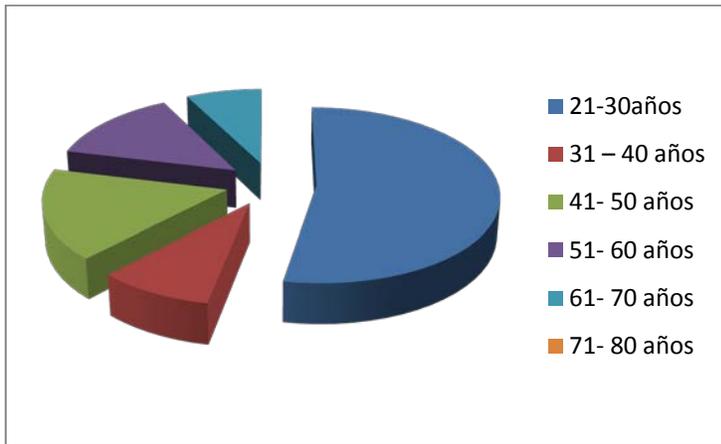
Gráfico N°1. Distribución en porcentaje en relación al sexo de los pacientes que ingresan por presentar trauma abdominal penetrante



Fuente: Ficha recolectora, 2014.

Siendo la edad promedio representada entre los 21- 30 años, con un promedio de 27,3 años. (Gráfico N°2)

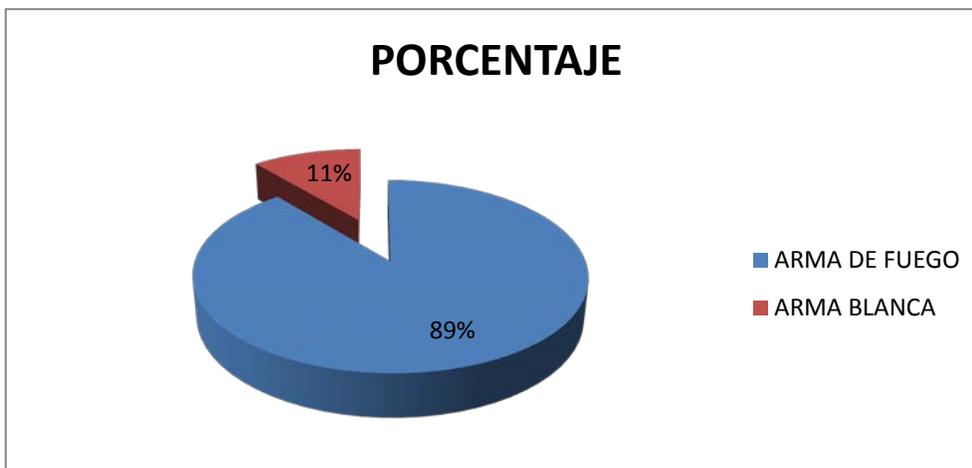
Gráfico N°2. Distribución por edad de los pacientes que ingresan por presentar trauma abdominal penetrante



Fuente: Ficha recolectora, 2014.

En cuanto al gráfico N°3 se observó que el mecanismo productor del trauma abdominal penetrante más frecuente fue el arma de fuego en un 89%.

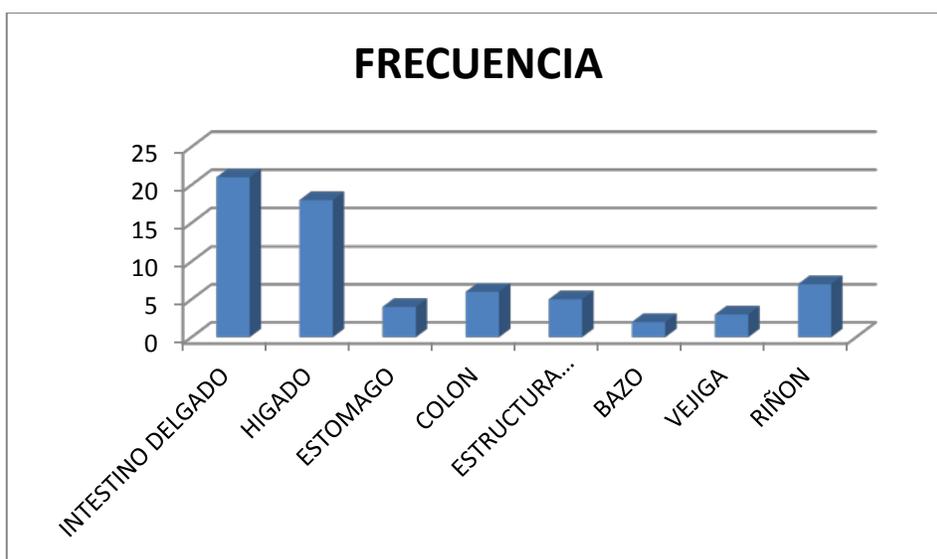
Gráfico N°3. Distribución por mecanismo productor del trauma abdominal penetrante



Fuente: Ficha recolectora, 2014.

En el gráfico N°4 se observó que el órgano más frecuente lesionado por trauma penetrante fue el intestino delgado en un 32% (21 pacientes), seguido del hígado con un 27% (18 pacientes).

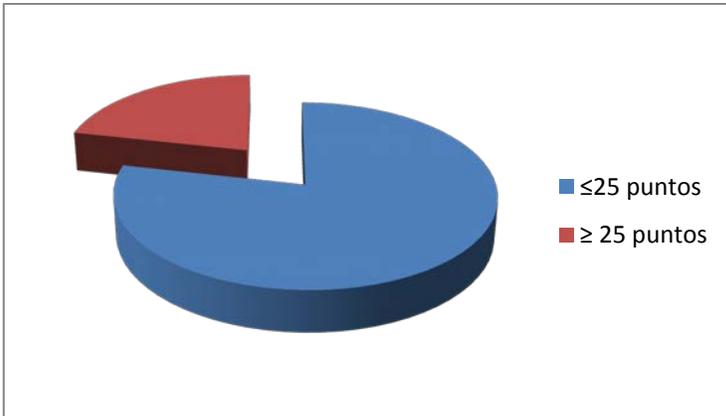
Gráfico N°4 Distribución de frecuencia de órganos más lesionado por trauma abdominal penetrante



Fuente: Ficha recolectora, 2014.

En el gráfico N°5 se demuestra que la puntuación obtenida con mayor frecuencia al aplicar la escala PATI fue menor a 25 puntos 77% (51pacientes), el resto 23% (14 pacientes) fue superior a esta, observándose en ese grupo la aparición de las complicaciones, que luego son expuestas.

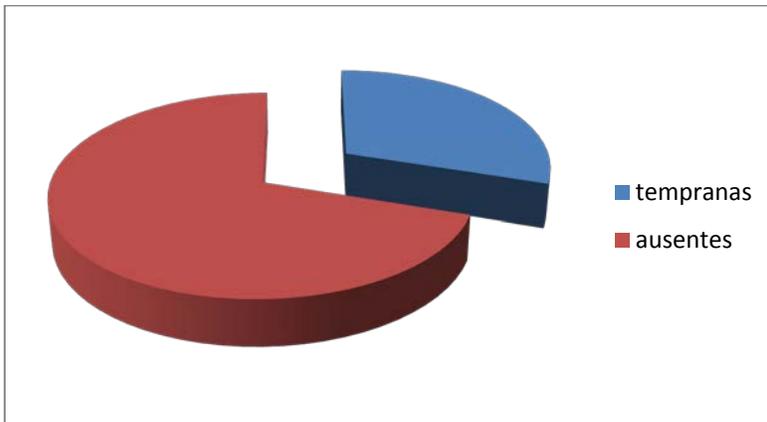
Gráfico N°5. Frecuencia de puntuación según escala de PATI en trauma abdominal penetrante



Fuente: Ficha recolectora, 2014.

En el gráfico N°6 se evidencia la presencia de complicaciones tempranas de la muestra seleccionada, obteniéndose que sólo 33% (15 pacientes) presentaron dichas complicaciones, mientras que 77% (51 pacientes) evolucionaron satisfactoriamente.

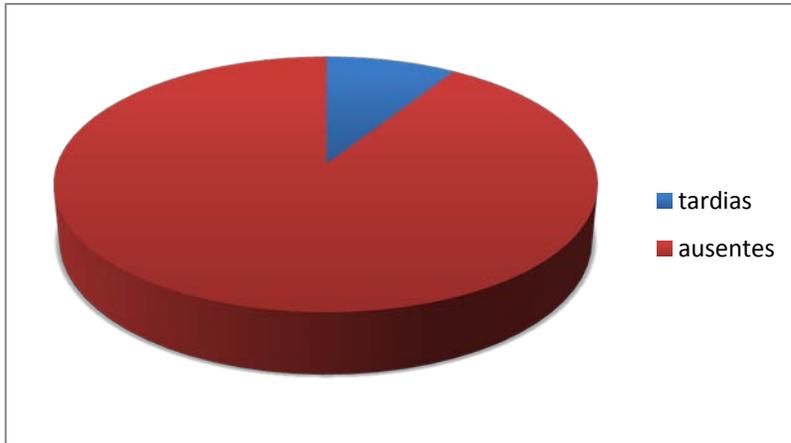
Gráfico N°6. Distribución de la presencia de complicaciones tempranas en pacientes con trauma abdominal penetrante



Fuente: Ficha recolectora, 2014.

Se determinó que las complicaciones tardías sólo fueron observadas en 6 pacientes (9%) de los que ingresaron por trauma abdominal penetrante. (Gráfico N°7)

Gráfico N°7. Distribución de la presencia de complicaciones tardías en paciente con trauma abdominal penetrante



Fuente: Ficha recolectora, 2014.

DISCUSION

El trauma abdominal penetrante sigue siendo una de las mayores causas de ingreso a la emergencia de centros hospitalarios de nuestro país, siendo los más afectados las personas jóvenes en edad productiva.

En los resultados obtenidos se evidenció que de los 66 pacientes que fueron ingresados por traumatismo abdominal penetrantes, fue predominantemente el sexo masculino en 92% (61pacientes) mientras que el femenino sólo estuvo presente en 8% (5 pacientes), coincidiendo con los trabajos de Garrillo (2009) y García (2012) que el sexo predominante fue el masculino en 96.3% y 67,6% respectivamente.

El periodo de edades más afectados por esta patología fue las de 20 a 30 años en un 53%, con un promedio de edad de 27,3 años; datos que coinciden en el trabajo de Garrillo (2009) cuya edad promedio corresponde a 26,4 años, estando en el rango de esta investigación.

Las heridas penetrantes abdominales en un 89% (59 pacientes) fueron motivadas a heridas por arma de fuego, datos que se relaciona con los obtenidos por Garrillo (2009) que obtuvo un 83%; el resto 11% (7 pacientes) fueron productos de heridas por arma blanca.

El órgano más frecuente lesionado por trauma penetrante fue el intestino delgado en un 32% (21 pacientes), seguido del hígado con un 27% (18 pacientes); esto se correlaciona con los datos obtenidos por Garrillo (2009) 24% y García (2012) 20%.

Además se obtuvo con mayor frecuencia una puntuación menor de 25 puntos en esta investigación, siendo comparada con el 60% obtenido por García (2012), asociándose que los pacientes con puntuación mayor de 25 puntos presentaron tanto complicaciones tempranas como tardías, coincidiendo con los resultados de Garrillo (2012), García (2009) y Rojas (2003).

CONCLUSIONES

Con los resultados que se obtuvieron en esta investigación los autores concluyen; que el trauma abdominal penetrante sigue siendo una entidad de alta frecuencia de motivo de ingreso a la emergencia, con una incidencia elevada en el sexo masculino y en edades jóvenes y productivas, representadas por el rango entre 20 y 30 años, en este caso el 89% fue producto de lesiones por proyectil de arma de fuego. En el índice de trauma abdominal penetrante, el intestino, el hígado son los órganos más frecuentemente afectados.

El estudio demostró que solo 5 pacientes obtuvieron una puntuación mayor de 30 puntos en la escala de PATI y de este grupo son los que presentaron complicaciones tanto tempranas como tardías; el 9% de un total de 66 pacientes evaluados. La presencia de lesión de colon no representó un factor de riesgo para complicaciones infecciosas postoperatorias.

Por lo que la escala de PATI fue de gran utilidad para identificar a los pacientes con mayor probabilidad de complicaciones según la puntuación obtenida (mayor de 25 puntos) y así poder tomar los correctivos de manera oportuna para generar una evolución satisfactoria en estos pacientes.

RECOMENDACIONES

Proponer el uso de la escala de PATI de manera rutinaria en los pacientes que ingresan en el servicio de emergencia del Hospital Central de Maracay, con el fin de clasificar la severidad del trauma abdominal.

Informar a los entes sanitarios sobre los resultados de esta investigación con el fin de modificar las gestiones e inversiones en salud.

Implementar la escala de PATI como parte de la historia clínica de ingreso del paciente con trauma abdominal penetrante, con el fin de obtener de manera rápida datos estadísticos de la gravedad del evento y utilizarlo como factor predictivo de morbi- mortalidad para aplicar los correctivos oportunamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rojas J. 2003. Relación entre el Índice de Trauma Abdominal (PATI) y la Administración de Antibióticos Postoperatorios en Pacientes con Trauma Abdominal Penetrante. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda” de Barquisimeto. Marzo 2001 - Diciembre 2002
2. Garrillo B. 2009. Correlación de Índice de Trauma Abdominal Penetrante (PATI) y Grado de Shock Hipovolémico en la Evolución Postoperatoria en Pacientes con Trauma Abdominal Penetrante. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda” de Barquisimeto. Marzo - Mayo 2009.
3. Brito, F.2003. Incidencia de politraumatismo en pacientes adultos. Servicio de Emergencia. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”. Barquisimeto. Julio 2001-Julio2002.fecha de publicación.45p
4. García M. 2012. Utilidad del Índice de Trauma Abdominal Penetrante. la Universidad del Zulia. Enero - Diciembre de 2010.
5. Sánchez Vicioso Pablo. 2002. Traumatismos abdominales. Manual de Urgencias,
6. Kirkpatrick AW, Sirois M, Ball CG, Laupland KB, Goldstein L, Hameed M, et al. 2004. The hand-held ultrasound examination for penetrating abdominal trauma. American Journal Surgeon.
7. Senado I, Castro A, Palacio F, Vargas A. 2004. Experiencia en el manejo del abdomen agudo de origen traumático en el Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza”. España.

8. Reveron, A. 1997. Guárico. Venezuela. http://www.svcot.org.ve/revista_svot/rev_29_03.html. Fecha de consulta 25-02-04.
9. López, A., 2000. Factores de Riesgo para la mortalidad de los pacientes quirúrgicos. Revista Española.
10. Madden, Jhon L. (1984): Atlas de Técnicas en Cirugía. Nueva Editorial Interamericana. México. 60: 70.
11. Mattox, M. 2000. Clasificación de las lesiones y resultados de los traumas. Trauma. Cuarta edición. McGraw-Hill. Companies. INC .México .pp 75-76
12. Moore EE. Et al. Junio 1981. Penetrating Abdominal Trauma Index, The Journal Trauma,
13. Moreno P., 2007. Determinación de las complicaciones quirúrgicas en el postoperatorio de los pacientes con lesiones en el intestino delgado o colon por traumatismo abdominal penetrante del Departamento de Cirugía Hospital Central Universitario "Antonio María Pineda". Documento en línea: www.ucla.edu.ve.
14. Pinedo, Javier; Guevara, Lorenzo; Sánchez, J. Martín. 2006. Trauma abdominal penetrante. Cir. Ciruj. Vol. 74. No. 6. División de Cirugía. Hospital Central Ignacio Morones Prieto. San Luís de Potosí. México.
15. Sánchez Vicioso Pablo. 2002. Traumatismos abdominales. Manual de Urgencias.
16. Sánchez Portela Carlos A. et al, 2007. Morbilidad y mortalidad por traumatismo abdominal 2002 a 2004, Revista Cubana de Cirugía.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ASUNTOS ESTUDIANTILES
SEDE ARAGUA



ACTA DE DISCUSIÓN TRABAJO DE ESPECIALIZACIÓN

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 29 literal "N" del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo de Especialización titulado:

**"UTILIDAD DE LA ESCALA TRAUMA PENETRANTE (PATJ) EN LA
EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE
CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY, EN EL
PERIODO DE ENERO A JULIO DEL 2014"**

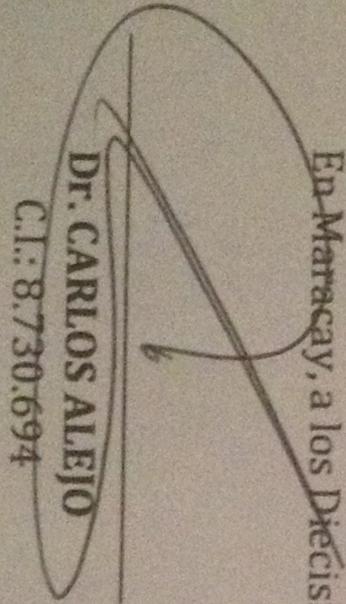
Presentado para optar al grado de **ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL** por el aspirante:

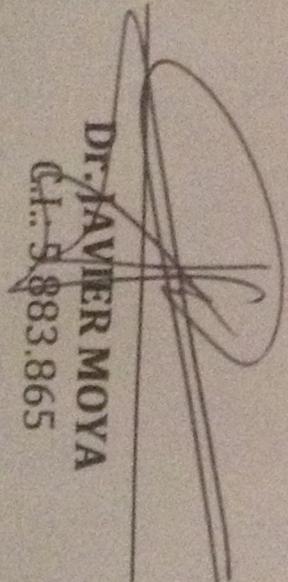
JUAN PABLO FUENTES CRISTANCHO
C.I. 18.083.849

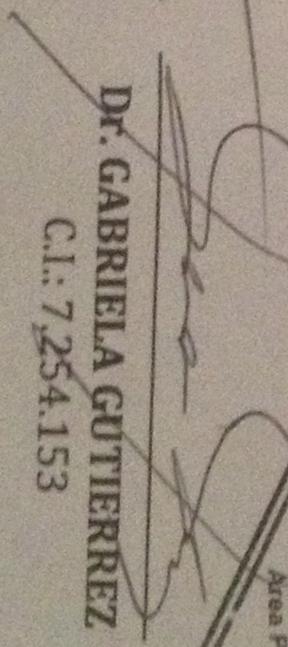
Habiendo examinado el Trabajo de Especialización presentado, decidimos que el mismo está

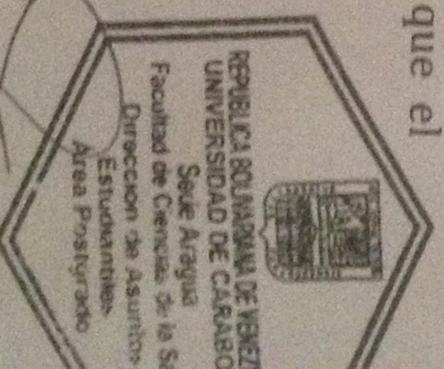
APROBADO

En Maracay, a los Diecisiete días del mes de Noviembre del año Dos mil Catorce.


DR. CARLOS ALEJO
C.I.: 8.730.694


DR. JAVIER MOYA
C.I.: 5.883.865


DR. GABRIELA GUTIERREZ
C.I.: 7.254.153



Gilda Marciano

"Democracia y Autonomía, garantía de presente y futuro Universitario"
Final Av. Leonardo Ruiz Pineda - La Morita - Edo. Aragua
Telf. 0241-6004000 - 6005000 ext. 404141