

TRAUMA ABDOMINAL: EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE

Armando Vernaza*, Oscar Echeverri**, Armando González*

ABSTRACTO

Se describen las características del trauma abdominal en 684 pacientes atendidos en Cali por el Hospital Universitario del Valle de 1967 a 1971. El trauma abdominal ocurre predominantemente en hombres (85%) y afecta principalmente a la población entre 11 y 40 años. De los pacientes atendidos el 81% provenían del Departamento del Valle y el resto de otros lugares del sur-occidente del país; el 72% fueron tratados quirúrgicamente; la mortalidad fue del 10% y la frecuencia de complicaciones del 26%. La tendencia de las laparotomías negativas es decreciente, pero su frecuencia promedio es alta (28%) si se compara con la de otros estudios. Se sugiere evaluar la política de tratamientos quirúrgicos obligatorio para el trauma abdominal abierto.

INTRODUCCION

En Colombia las muertes por causa externa (accidentes, suicidio y homicidio), ocupan los primeros lugares para la población entre 15 y 44 años^{1,2}.

El Estudio de Mortalidad Urbana³ en 12 ciudades (10 de ellas Latinoamericanas), mostró que en las muertes por accidentes de vehículo automotor, Bogotá y Cali ocuparon el 3o. y 6o. lugar; en las muertes por suicidio, Cali tuvo el 4o. lugar y Bogotá el 10o.; en las muertes por homicidio, Bogotá alcanzó el 3o. y Cali el 5o. lugar.

El trauma abdominal como manifestación de la morbilidad producida por las causas externas, ha aumentado dramáticamente en el servicio de urgencias del Hospital Universitario del Valle (HUV) en Cali durante los últimos 5 años, hasta el punto de ocupar 2/3 de las camas en los servicios de cirugía del Hospital. El presente artículo describe la experiencia sobre el manejo del trauma abdominal en el HUV.

MATERIALES Y METODOS

Entre 1967 y 1971 en el HUV se atendieron por trauma abdominal 1440 personas. Para estudiar los principales factores en relación con el trauma abdominal y los resultados de su manejo, se revisaron las historias clínicas de estos pacientes. Se elaboró un formulario donde se incluyeron datos sobre características demográficas, tiempo transcurrido entre la lesión y la consulta, procedencia, asociación con otros traumatismos, tipo de trauma, conducta médica o quirúrgica, hallazgos operatorios, complicaciones, duración

de la hospitalización, mortalidad, etc. Esta información se analizó y se tabuló mecánicamente. En el curso de la investigación hubo necesidad de eliminar 756 historias por varias causas, principalmente registro incompleto de datos, y circunscribir el análisis a 684 casos en los cuales se obtuvo toda la información.

RESULTADOS Y DISCUSION

Edad y sexo: En el trauma abdominal la frecuencia mayor por edad estaba en los grupos de 11 a 40 años, donde se agruparon el 82% de los casos (Figura 1). Se encontró una relación de 8/1 entre hombres y mujeres, lo cual concuerda con hallazgos en otros países^{4,7}.

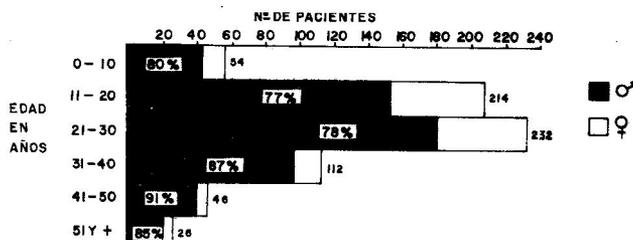


Figura 1: Edad y Sexo de 684 Pacientes con Trauma Abdominal. HUV 1967-1971.

Procedencia y trauma asociado: De los 684 pacientes estudiados, 133 o sea el 19.4% presentaban trauma asociado; 103 procedían de Cali, 20 de ciudades diferentes del Departamento del Valle del Cauca y 10 de otros departamentos. La proporción de trauma asociado varió según el lugar de procedencia, siendo 18% para casos provenientes de Cali y 30% para los procedentes de otras ciudades del Valle.

Tiempo entre lesión y consulta: Más de la mitad (55%) de los pacientes de Cali y el 4% de los originados en departamentos distintos al del Valle consultaron antes de que pasara una hora de haberse producido la lesión. El 41% de los casos de Cali, el 93% de los procedentes del Valle y el 75% de quienes vinieron de otros departamentos acudieron al Hospital entre 1 y 6 horas después de causada la lesión. Es importante anotar que casi la mitad de las personas con trauma abdominal ocurrido en Cali, consultan entre 1 y 6 horas después del trauma. Esto puede explicarse porque en la ciudad no hay un sistema efectivo de ambulancia para el transporte de pacientes al hospital.

Tratamiento: De los 684 pacientes estudiados, 141 (21%) tenían trauma abdominal cerrado y 543 (79%) presentaban trauma abierto, es decir, comprobación de herida penetrante a la cavidad abdominal. En el primer grupo 98 (69%) fueron tratados quirúrgicamente y de ellos 89 mostraron compromiso visceral (laparotomía positiva). Todos los 543 pacientes con trauma abdominal abierto fueron tratados quirúrgicamente pero solamente en 369 (68%) se encontró lesiones viscerales.

La conducta establecida en el servicio de cirugía del HUV ha sido practicar laparotomía exploradora de rutina a quienes presentan trauma abdominal abierto, independientemente de otros hallazgos clínicos. Esta conducta nos parece

* Auxiliar de Cátedra, Departamento de Cirugía. División de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

** Profesor Auxiliar, Jefe, Departamento de Medicina Social, División de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

CUADRO 1

Tratamiento Quirúrgico de 641 Pacientes con Trauma Abdominal* HUV 1967-1971.

Tratamiento Quirúrgico	Tipo de Trauma				Total
	Cerrado		Abierto		
	No.	%	No.	%	
Laparatomía (+)	87	89	369	68	456
Laparatomía (-)	11	11	174	32	185

* No están incluidos los 43 pacientes con trauma cerrado que tuvieron tratamiento médico.

excesivamente determinista. En la literatura existe controversia sobre sus ventajas o desventajas observándose, sin embargo, mayor tendencia a favorecer la laparatomía selectiva⁴⁻¹⁰. El Cuadro 1 muestra el resultado de los 641 pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico según el tipo de trauma. Puede verse como la proporción de laparatomías negativas fue de 32% en casos de trauma abierto y de 11% en trauma cerrado.

Hallazgos quirúrgicos: De los 641 pacientes tratados quirúrgicamente, 456 (72%) presentaron compromiso visceral. La Figura 2 muestra la distribución de las 789 lesiones viscerales encontradas y la proporción en los 456 pacientes. Los porcentajes no suman 100 ya que en algunas oportunidades había lesión en varias visceras simultáneamente. El tracto gastrointestinal alto se encontró lesionado en el 52% de los pacientes siguiendo en orden de frecuencia el hígado (39%), el diafragma (24%), colon transverso (15%), el bazo y el sistema urinario (10% cada uno), hallazgos similares a los de la literatura¹¹⁻¹⁴.

Evolución: En el Cuadro 2, se presenta la evolución según el tipo de tratamiento de los 684 pacientes analizados. Vale la pena destacar que de 185 laparatomizados en blanco el 7% tuvo complicaciones y el 1% murió. Estos hallazgos sugieren que la laparatomía en blanco no es un procedimiento inocuo y que por lo tanto se deben revisar los criterios para definir cuidadosamente la conducta quirúrgica en pacientes con trauma abdominal.

La frecuencia de las complicaciones aumentó con la edad siendo 11% en menores de 20 años, 25% entre 31 y 40 años y del 31% entre 41 y 50 años. Las complicaciones se presentaron 2 veces más frecuentemente en sujetos procedentes de lugares distintos a Cali. Esto posiblemente se deba a la mayor severidad de los casos remitidos.

El tipo de complicaciones no parece estar asociado con el tiempo transcurrido entre la lesión y la consulta, si se exceptúa la infección, la cual se presenta con mayor frecuencia en los pacientes que consultan después de una hora.

Las complicaciones aumentan en una proporción considerable según el grado de compromiso visceral, pues del 18% en quienes tenían solamente una viscera lesionada, pasó a 36% en los individuos con más de una viscera comprome-

CUADRO 2

Evolución según Tipo de Tx. en 684 Pacientes con Trauma Abdominal. HUV 1967-1971

Evolución	Tipo de Tratamiento				%
	Médico		Quirúrgico		
	%	+ %	- %		
Mejoría	100	64	92		74
Complicación	0	26	7		19
Muerte	0	10	1		7
Total	n = 43	n = 458	n = 185		100

tida.

La mortalidad también aumentó proporcionalmente según el número de visceras afectadas: 1% en las laparatomías negativas, 5% en el caso de una sola viscera y 18% en pacientes con compromiso visceral múltiple. Igualmente se observó que la mortalidad estaba relacionada con la procedencia del paciente; esta fue de 6% para los casos provenientes de Cali, 9% para los provenientes del Valle y 16% para los casos que fueron remitidos de otros departamentos.

Hospitalización: El 70% de los pacientes con tratamiento médico y el 30% de los operados fueron dados de alta al 4o. día de hospitalización. Al cabo de la primera semana el 10% de los pacientes con tratamiento médico y el 30% de los operados aún permanecen hospitalizados. El cambio de criterio en el manejo de pacientes con trauma abdominal podría disminuir la frecuencia la laparatomías negativas y posiblemente aumentaría el número de pacientes tratados médicamente. Esto se traduciría en la disminución de días de estadía para los pacientes hospitalizados por trauma abdominal. Sin embargo, el promedio de días de hospitalización para los tratados médicamente (2, 6 días) como para los laparatomizados (8, 8 días) es más bajo que el informado por varios autores norteamericanos^{7,12,14,15}.

Tendencia de las laparatomías: La frecuencia de laparatomías negativas fue del 32% y del 11% para trauma abdominal abierto y cerrado respectivamente. El promedio general de laparatomías negativas en trauma abdominal fue

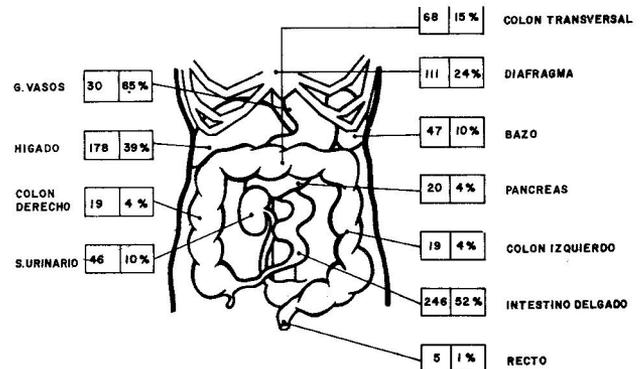


Figura 2: Hallazgos Quirúrgicos en 462 Pacientes de 684 con Trauma Abdominal. HUV 1967-1971.

del 28% y la tendencia en el tiempo es decreciente (Figura 3). La disminución de las laparatomías negativas se puede atribuir a una mejor evaluación de los pacientes con trauma abdominal que permite tomar decisiones quirúrgicas más acertadas. Sin embargo, la proporción de laparatomías negativas en nuestro medio es superior a la encontrada por otros autores^{6,12,16,17} en el manejo de pacientes con trauma abdominal abierto a los cuales se ha aplicado igual conducta que la del HUV.

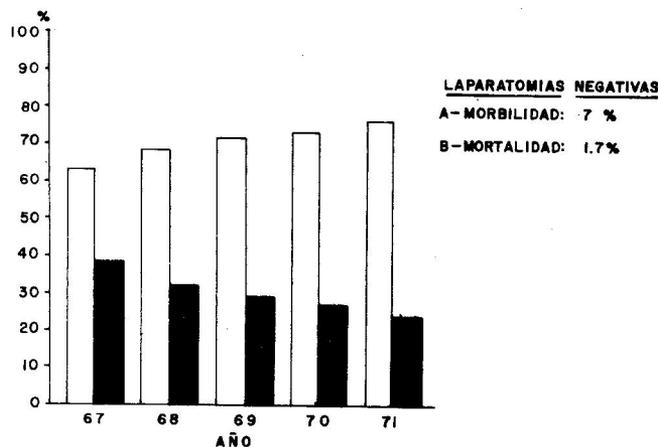


Figura 3: Tendencia por año de Laparatomías Positivas y Negativas durante 5 años de Tx. De Trauma Abdominal. HUV 1967-1971.

SUMMARY

The characteristics of 684 patients with abdominal trauma attended at the University Hospital in Cali are analyzed. Abdominal trauma occurs more frequently in males (85%) and in the age group of 11-40 years. Of all the patients, 81% came from the Cauca Valley and the rest from neighboring states. Surgical treatment was carried in 72% of the cases. The overall mortality rate was 10% and the complication rate 27%. Despite the diminishing trend, the frequency of negative laparotomies (28%) is still very high. It is suggested that the compulsory surgical treatment of open abdominal should be reassessed.

REFERENCIAS

1. Ruiz, E.R., Bustos, F. y Medina, H.: Estudio de recursos humanos para la salud y la Educación Médica en Colombia. *Métodos y resultados*. Bogotá, D.E. 1969.
2. Jiménez, V.: Epidemiología de las muertes por causas externas. *Acta Med Valle* 1: 9-15, 1970.
3. Puffer, R. y Griffith, G.: Características de la mortalidad urbana. *Publ Científica* No. 151 OPS/OMS. 1968.
4. Fichter, R.M. y Zaki, M.H.: Selective conservative management of penetrating abdominal injuries. *Surg Gynec Obstet* 130: 677-680, 1971.
5. Lofti, J.W. y Jurani, P.: Comparative study of mandatory and selective surgical intervention in stab wounds of the abdomen. *Surgery* 69: 546-550, 1971.
6. Richter, R.M. y Zaki, M.H.: Selective conservative management of abdominal injuries. *Ann Surg* 166: 238-242, 1967.
7. Stein, A. y Lissos, I.: Selective management of penetrating wounds of the abdomen. *J Trauma* 8: 1014-1017, 1968.
8. Shaftan, G.W.: Selective conservation in penetrating abdominal

trauma. *J Trauma* 9: 1026-1032, 1969.

9. Mathwson, C.: Positive exploration of stab wounds of the abdomen. *J Trauma* 9: 1028-1030, 1969.
10. Shaftan, G.W.: Selective conservation in penetrating abdominal trauma. *Surgery* 69: 114-119, 1971.
11. Wilder, J.R. y Haberman, R.T.: Selective surgical interventions for stab wounds of the abdomen. *Surgery* 61: 231-236, 1967.
12. Nance, F.C. y Cohn, I.: Surgical judgement in the management of stab sounds of the abdomen. *Ann Surg* 170: 569-576, 1969.
13. Maynard, A. de L. y Oropeza, G.: Mandatory operation for penetrating wounds of the abdomen. *Am J Surg* 115: 307-310, 1968.
14. Natterville, R.E. y Hardy, J.: Penetrating wounds of the abdomen analysis of 155 cases with problems in management. *Ann Surg* 166: 232-238, 1967.
15. Bull, J.C. y Matthewson, C.: Exploratory laparotomy in patients with penetrating wounds of the abdomen. *Am J Surg* 116: 223-228, 1968.
16. Perry, J.F.: A five year survey of 152 acute abdominal injuries. *J Trauma* 5: 53-58, 1965.
17. Rodkay, G.U.: The management of abdominal injuries. *J Trauma* 5: 63-69, 1965.

UNA INTOXICACION ALIMENTICIA POR CLOSTRIDIUM PERFRINGENS¹

Raymond Neutra, M.D.², Oscar Echeverri, M.D.³
Pablo Medina, M.D.⁴

ABSTRACTO

De 54 asistentes a una fiesta de Navidad, 74% cayeron enfermos con diarrea y cólicos. El período de incubación tuvo una mediana de 10 horas. El cuadro clínico y el hecho de que la tasa de ataque fue 91% en las personas que comieron alimentos (tamales) recalentados era típico de un brote por *Clostridium perfringens*. Se observó *C. perfringens* a la coloración de gram y en cultivos apropiados. Un análisis más detallado mostró que sí existían las aparentes asociaciones entre agua, ensalada y aguardiente, de un lado, y la enfermedad por otro, debido a la ingestión selectiva de estos comestibles por las personas que comieron tamal. En particular hay que destacar que el aguardiente no influyó en el curso de la enfermedad en este brote. Se revisan las características de las variedades de intoxicación alimenticia y su diagnóstico en el laboratorio.

1. Este trabajo ha sido auspiciado por el Centro Internacional de Investigación Médica (ICMR), Universidad de Tulane-Universidad del Valle, Donación AI-10050 del Instituto Nacional de Alergia y Enfermedades Infecciosas, Institutos Nacionales de Salud, Servicio de Salud Pública de los EE. UU., y por la División de Salud de la Universidad del Valle.
2. Centro Internacional de Investigación Médica (ICMR), Universidad de Tulane-Universidad del Valle, Apartado Aéreo 5390, Cali, Colombia.
3. Departamento de Medicina Social, Facultad de Medicina, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
4. Departamento de Microbiología, Facultad de Medicina, Universidad del Valle, Cali, Colombia.