

Tras La Información que Cura



Revista Electrónica
Zoilo E. Marinello Vidaurreta



Volumen 38

Número 4

ISSN 1029-3027 | RNPS 1824



ARTÍCULO ORIGINAL

Enfermedades quirúrgicas en la unidad de cuidados intensivos pediátricos

Surgical Diseases in the Pediatric Intensive Care Unit

Autores: Dr. Eddy Daniel Ramos Ramírez*, Dr. Julio Alberto Rueda Escobar**, Dra. Carmen Beatriz Santos Lorenzo***.

* Especialista de I Grado en Anestesiología y Reanimación. Máster en Atención Integral al Niño. Profesor Instructor. Hospital Pediátrico Provincial “Mártires de Las Tunas”, Las Tunas.

** Especialista de II Grado en Anestesiología y Reanimación. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Asistente. Hospital Pediátrico Provincial “Mártires de Las Tunas”, Las Tunas.

*** Especialista de II Grado en Pediatría y Medicina Intensiva y Emergencias. Máster en Atención Integral al Niño. Profesor Auxiliar. Hospital Pediátrico Provincial “Mártires de Las Tunas”, Las Tunas.

Correspondencia a:

Dr. Eddy Daniel Ramos Ramírez

E-mail: edrr@ltu.sld.cu

RESUMEN

Con el objetivo de determinar el comportamiento de los niños, portadores de enfermedades quirúrgicas en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Pediátrico “Mártires de Las Tunas, se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo en 33 pacientes, que presentaron afecciones quirúrgicas en el año 2011. La muestra la constituyeron los pacientes que fueron atendidos por presentar enfermedad quirúrgica. Se obtuvo que predominara el sexo masculino y el grupo de edad de 11 a 18 años. La apendicitis aguda y los politraumatizados fueron los diagnósticos más comunes. La mayoría de los pacientes se reportaron grave al ingreso, y las complicaciones de mayor incidencia fueron los trastornos del equilibrio hidromoneral y el íleo paralítico. La estadía promedio fue de dos a cinco días en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Se concluyó que los pacientes con afecciones quirúrgicas que requieren cuidados intensivos se han incrementado, aunque el porcentaje es bajo comparado con las afecciones clínicas que requieren tratamiento intensivo.

Palabras clave: ENFERMEDADES QUIRÚRGICAS; CUIDADOS INTENSIVOS.

Descriptor: UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO; APENDICITIS;

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL; HERIDAS Y TRAUMATISMOS.

ABSTRACT

To determine the behavior of children with surgical diseases in the Intensive Care Unit (ICU) of "Mártires de Las Tunas" Pediatric Hospital, a descriptive, longitudinal and retrospective study was carried out with 33 patients that presented surgical affections during 2011. The sample was made up by the patients who were assisted for suffering from surgical diseases. Males and the age from 11 to 18 were those that prevailed. Acute appendicitis and those with multiple traumas were the most common diagnosis. Most of the patients were reported grave at the admission, and the most frequent complications were hydro mineral balance and paralytic ileus. The average stay was about 2 to 5 days in the ICU. As conclusion: the quantities of patients with surgical affections that require intensive care have increased, although the percentage is low when compared to the clinical affections that require intensive treatment.

Key words: SURGICAL ILLNESS; PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT.

Descriptors: INTENSIVE CARE UNITS, PEDIATRIC; APPENDICITIS; INTESTINAL OBSTRUCTION; WOUNDS AND INJURIES.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades quirúrgicas son consideradas un problema de salud a nivel mundial, sobre todo en la edad pediátrica, debido a su alta incidencia. Las malformaciones congénitas, que resuelven con tratamiento quirúrgico, son diagnosticadas antes del año de edad y, muchas veces, en el periodo neonatal; cobran importancia también las lesiones producidas por accidentes en el niño mayor. (1, 3)

En Cuba, a partir de 1981 comienza la apertura de Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) en todas las provincias, ello ha conllevado a una disminución de la mortalidad infantil. Se plantea que alrededor de un 30% de los ingresos en estos servicios se deben a una enfermedad quirúrgica, siendo ésta una causa importante de mortalidad, por lo que la evolución favorable de estos pacientes depende del acceso precoz a la atención especializada que puedan recibir. (4, 6) En Las Tunas la UCIP se creó en 1983, en un inicio los pacientes operados con criterios de ingreso en este servicio tenían que ser trasladados desde el Hospital General "Dr. Ernesto Guevara", hasta que fue inaugurada

la unidad quirúrgica en el Hospital Pediátrico en el año 2002. (7)

Las enfermedades quirúrgicas más frecuentes en la edad pediátrica son: las lesiones por accidentes, constituyendo el politrauma un problema de salud pública, y el abdomen agudo quirúrgico, sobre todo la apendicitis aguda perforada, que es la causa más común que requiere cirugía de urgencia en el niño. (8)

Todo paciente quirúrgico grave tiene la probabilidad de morir, además estos pacientes ocasionan grandes gastos a la economía del país, y también causan trastornos psicológicos al niño y a sus familiares. Se debe trabajar por lograr un diagnóstico oportuno de las enfermedades quirúrgicas, pues esta es la forma de evitar las formas graves de las mismas.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo y de corte transversal para determinar algunas variables epidemiológicas, relacionadas con las enfermedades quirúrgicas graves, en la unidad de cuidados intensivos (UCIP) del Hospital Pediátrico Provincial “Mártires de Las Tunas”, en el período de enero a diciembre de 2011.

El universo quedó integrado por los pacientes que ingresaron en la UCIP y la

muestra por 33 pacientes portadores de afecciones quirúrgicas. Se excluyeron los niños menores de 29 días de edad, ya que ingresan en el servicio de neonatología del Hospital General “Dr. Ernesto Guevara”.

Las variables se estudiaron de la siguiente forma, para darle salida a cada uno de los objetivos propuestos en el estudio: edad, sexo, diagnóstico al ingreso, estado clínico al ingreso, complicaciones y la estadía en la UCIP. Los datos recopilados se almacenaron en una base de datos Excel, para obtener los diferentes porcentos y poder realizar las tablas, las que más tarde se discutieron y se realizaron comparaciones con estudios de nuestro país y de otros países. Se llegó a conclusiones.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En los últimos tiempos se ha observado un incremento de afecciones quirúrgicas en los pacientes pediátricos, como causa de ingreso en las UCI, y constituyen, según la literatura revisada, del 30 al 40% de los ingresos. En el presente estudio representaron sólo el ocho por ciento de los ingresos en la sala polivalente de cuidados intensivos del Hospital Pediátrico Provincial de Las Tunas.

Al analizar la distribución de pacientes según grupo de edad (**tabla 1**), se encontró que el grupo de edad más afectado fue de 11 a 18 años, con 18 casos, para un 54.5%, seguido del grupo de cinco a diez años, con siete casos, para un 21.2%. A medida que disminuye la edad la incidencia de las enfermedades quirúrgicas graves es menor, después de los cinco años de edad es que aparece el mayor número de enfermedades que necesitan de tratamiento quirúrgico, comportamiento similar lo constituyen los accidentes y, dentro de ellos, los politraumas, esto coincide con la mayoría de los autores en la bibliografía consultada. (9)

TABLA 1. Distribución según grupo de edad

Grupo de edades	Pacientes	%
< 1 año	4	12.1
1 a 4 años	4	12.1
5 a 10 años	7	21.2
11 a 18 años	18	54.5
TOTAL	33	100

Respecto al diagnóstico quirúrgico en el momento del ingreso en la UCI (**tabla 2**), se encontró que la mayor morbilidad de casos fue por apendicitis aguda con 11 pacientes, para el 33.3%, seguido de los

politraumatizados con diez casos, para el 30.3% y la oclusión intestinal con tres, para el 9%. En un menor porcentaje se presentaron las hidrocefalias, la invaginación intestinal y la estenosis congénita hipertrófica del píloro. Además, se encontraron otras causas en menor frecuencia, tales como: hidronefrosis y plastrón pélvico. (9) La apendicitis aguda es la causa más frecuente de ingreso, siendo predominante de intervención quirúrgica en los niños mayores de cinco años. Los accidentes, que en Cuba y en Las Tunas ocupan un lugar preponderante, tanto en la atención de cuerpo de guardia como en las salas hospitalarias, en los últimos tiempos van ocupando un lugar importante en las salas de atención al paciente crítico, como pacientes operados graves. (10)

TABLA 2. Distribución según diagnóstico al ingreso

Diagnóstico	Pacientes	%
Apendicitis Aguda	11	33.3
Politraumatismos	10	30.3
Oclusión Intestinal	3	9
Hidrocefalia	2	6
Invaginación Intestinal	1	3
Estenosis Hipertrófica del píloro	1	3

Hidronefrosis	1	3
Plastrón apendicular	1	3
Otros	3	3.9
Total	33	100

El estado clínico es mostrado en la **tabla 3**, donde se observa que el 81,8%, con 27 pacientes, al ser admitidos en la unidad de terapia intensiva fue reportado de grave y el 18.2%, con seis casos, reportados de críticos. Se debe tener presente que en ocasiones el reporte de los pacientes es de carácter sugestivo, según criterio médico individual, pues no existe en el servicio un protocolo para determinar el reporte y el pronóstico del paciente. En la bibliografía revisada sí existen scores pronósticos bien establecidos, que dan un puntaje para dicha evaluación. (11)

TABLA 3. Distribución según estado clínico al ingreso

Estado Clínico	Pacientes	%
Críticos	6	18,2
Graves	27	81,8
Total	33	100

Las complicaciones que presentaron estos pacientes son expuestas en la **tabla 4**, siendo la más frecuente el ilio paralítico postquirúrgico, con diez pacientes, para el

30.3%; más que una complicación, éste se debería de incluir como una condición fisiológica en la cirugía abdominal, sobre todo cuando hay compromiso intestinal, aunque el paciente tenga un buen estado hidroelectrolítico y hemodinámico. Otras complicaciones importantes son las alteraciones hidroelectrolíticas, que se presentaron en el 24.2%, con ocho casos; dentro de ellas la deshidratación isotónica, hiponatremia e hipopotasemia. Éstas se presentan debido a la falta de ingestión de líquidos al manejo perioperatorio y, en ocasiones, diagnóstico tardío de estas enfermedades, se agravan produciendo deterioro clínico y alteraciones del medio interno. (12)

TABLA 4. Distribución según complicaciones

Complicaciones	Pacientes	%
Íleo paralítico	10	30.3
Alteraciones del equilibrio Hidroelectrolítico	8	24.2
Sepsis	4	12.1
Hipovolemia	2	6
Sangrado digestivo alto	1	3

La estadía descrita en la **tabla 5** fue de dos a cinco días en el 51.5% de los casos, para

17 pacientes, seguido de un día en un 45.4% y más de cinco días, para un 3%. Debido a los cuidados intensivos los pacientes se recuperaron en corto tiempo, sin embargo, el que presentó estadía prolongada fue debido a reintervenciones, coincidiendo con otros artículos revisados. En este estudio no encontramos fallecidos. (13)

TABLA 5. Distribución según estadía

Estadía	Pacientes	%
1 día	15	45.4
2 a 5 día	17	51.5
6 ó más días	1	3
Total	33	100

CONCLUSIONES

- El grupo de edad más afectado fue el de 11 a 18 años.
- Los diagnósticos quirúrgicos mayormente observados fueron: apendicitis aguda, los politraumas y la oclusión intestinal.
- El mayor número de pacientes fue reportado grave.
- Predominaron como complicaciones el ilio paralítico y las alteraciones del equilibrio hidromineral.
- La estadía hospitalaria promedio fue entre dos y cinco días.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Peter K. The historical development of intensive care in Germany. Epilogue to a thematic review in *Der Anaesthesist*. *Anaesthesist* 2000; 49(12):1064-72.
2. Ibsen B. Intensive therapy: background and development 2006. *Int Anesthesiol Clin* 2006; 37(1):1-14.
3. Ibsen B. The beginning of intensive care in Denmark. *Ugeskr Laeger* 2008;158(51):7423-24.
4. Leveau P. History of respiratory intensive care with reference to first aid for newly drowned persons. *Ann Fr Anesth Reanim* 2009; 15(1):86-100.
5. Gilbertson AR. Before intensive therapy. *J R Soc Med* 1995; 88(8):459P-453
6. Goulon M. The beginning of intensive care in France. *Rev Prat* 2010;43(2):215-18.
7. Quevedo Guanache Lázaro. Apendicitis aguda: clasificación, diagnóstico y tratamiento. *Rev Cubana Cir [revista en la Internet]*. 2007 Jun [citado 2013 Mar 27]; 46(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932007000200011&lng=es.
8. Garland A., Roberts D., Graff L. Twenty-four-hour intensivist presence: a pilot study of effects on ICU patients, families, doctors

and nurses. *Am J Respir Crit Care Med* 2012; 185:738-43.

9. Burnham EL, Moss M, Geraci MW. The case for 24/7 in-house intensivist coverage. *Am J Respir Crit Care Med* 2010; 181:1159-60.

10. Cartin-Ceba R, Bajwa EK. 24-Hour on-site intensivist in the intensive care unit: yes. *Am J Respir Crit Care Med* 2010; 181:1279-80.

11. Lott JP, Iwashyna TJ, Christie JD, Asch DA, Kramer AA, Kahn JM. Critical illness outcomes in specialty versus general intensive care units. *Am J Respir Crit Care Med* 2009;179:676-83.

12. Barnato AE, Chang C-CH, Farrell MH, Lave JR, Roberts MS, Angus DC. Is survival better at hospitals with higher “end-of-life” treatment intensity? *Med Care* 2010;48:125-32

13. Kim MM, Barnato AE, Angus DC, Fleisher LA, Kahn JM. The effect of multidisciplinary care teams on intensive care unit mortality. *Arch Intern Med* 2010; 170: 369-76. [Erratum, *Arch Intern Med* 2010; 170:867.]