

Impacto de los centros de Trauma Pediátricos Regionales en la mortalidad

Impact of Pediatric Trauma Centers on Mortality in a Statewide System

D. Potoka MD, L. Schall MS, M. Gardner RN, P. Stafford MD, A. Peitzman MD, H. Ford MD.

Pittsburgh, PA, 17 de octubre de 2000

Según un estudio realizado por los Equipos de Trauma del Hospital de Niños de Pittsburgh y del Hospital de Niños de Filadelfia con pacientes de hasta 16 años con lesiones severas por trauma cerrado o penetrante, se concluyó que se obtuvieron mejores resultados cuando estos pacientes fueron tratados en centros de trauma pediátricos. Los datos fueron reunidos retrospectivamente sobre 13.351 niños politraumatizados entre 1993 y 1997 por la Fundación de Sistemas de Trauma de Pensilvania. Según el Colegio Americano de Cirujanos, el paciente pediátrico traumatizado tiene necesidades especiales que pueden proporcionarse óptimamente en un centro infantil dedicado al cuidado de este tipo de pacientes. En Pensilvania hay cuatro tipos de Centros de Trauma: 1) Centros de Trauma Pediátrico de Nivel I (PTC I); 2) Centros de Trauma Adultos Nivel I (ATCI); 3) Centros de Trauma Adultos con Calificación Agregada en Pediatría Nivel I (ATC AQ); 4) Centros de Trauma Adultos Nivel II (ATCII). Henri Ford, director del Centro de Trauma Pediátrico Benedum, del Hospital de Niños de Pittsburgh es el autor principal del estudio y dice: "Este análisis claramente demuestra que los niños tienen mejores oportunidades terapéuticas en los Centros Pediátricos"... Hay muchas diferencias entre los centros de trauma con respecto a su habilidad para rescatar y tratar niños traumatizados. Por ejemplo, un Hospital de Niños debe complementar su atención inicial con especialidades quirúrgicas para ser categorizado como PTC Nivel I, con cirugía general pediátrica, neurocirugía, ortopedia y cirugía cardiaca, así como intensivistas pediátricos y anestesiólogos, disponibles en todo momento. En contraste, el requisito principal de un ATC AQ para ser categorizado como tal, es que posea cirujanos generales pediátricos en guardia pasiva "on call". No se requieren otros especialistas quirúrgicos pediátricos, como neurocirujanos o cirujanos ortopédicos. Según los datos recopilados, la mortalidad en los niños con traumatismo de cráneo, o comparada con la mortalidad de cualquiera de los ATCs. Además, los datos muestran que pacientes con lesiones esplénicas tratados en cualquier ATC tuvieron 5 veces más chances de ser esplenectomizados que aquellos tratados en PTCs. Esto es particularmente significativo porque los niños esplenectomizados se tornan susceptibles a infecciones con riesgo de vida (sepsis postesplenectomía), además, esto exige para ellos profilaxis antibiótica durante varios años. De la misma manera, en los

niños con lesión hepática, la proporción de mortalidad fue dos veces menor en los PTCs que en cualquier ATC. El estudio reveló: Los Centros de Trauma Pediátrico trataron a 5.189 niños con una mortalidad del 3.6%. Los Centros de Trauma Adultos con Calificación Pediátrica trataron a 3.636 niños con una mortalidad del 4.3%. Los Centros de Trauma Adultos Nivel I trataron a 1.207 niños con una mortalidad del 8%. Los Centros de Trauma Adultos Nivel II trataron a 3.319 con 4.7% de mortalidad. Según el estudio es evidente que los niños con lesiones severas tratadas en PTCs tienen mejores oportunidades de sobrevivir y menor morbilidad comparada con aquellos con lesiones similares tratados en ATCs.

Dr. F. Huiar

La Resección Quirúrgica y la Quimioterapia mejoran el porcentaje de supervivencia en pacientes con hepatoblastoma

Surgical Resection and chemotherapy improve survival rate for patients with hepatoblastoma

Ana Carceller, Herve Blanchard, Josette Champagne, Dickens St-Vil and Arie Bensoussan. Ste Justine Hospital, Montreal, Quebec, Canada.

J. Ped. Surg., Vol 36, N (5):755-7592001

La curación de tumores hepáticos malignos depende de su extirpación completa. En la actualidad el tratamiento combinado (resección quirúrgica y quimioterapia adyuvante) en pacientes con hepatoblastoma permite una tasa de supervivencia que varía entre un 63 y 94%. Los autores describen su experiencia en el tratamiento de 30 pacientes con diagnóstico de hepatoblastoma tratados durante dos periodos (1963-1980 n:8 / 1980-1998 n:22) en los cuales se aplicó diferentes estrategias terapéuticas con una supervivencia global del 60%. La supervivencia durante el primer periodo fue 38% (3 vivos/8) y durante el segundo periodo 68% (15 vivos/22). En este último periodo 17 tratados con quimioterapia y resección tuvieron una supervivencia de 82% (14 vivos/17) con una media de seguimiento de 7 a 8 meses. El índice de supervivencia varió de acuerdo al estadio tumoral siendo de un 92% en los pacientes resecados completamente o con residuo microscópico en el margen quirúrgico (estadio I-II); y 35% para los estadios (III-IV) (p<0,01). La variedad histológica también fue un factor determinante de supervivencia (100% fetal pura, 90% mixta, 54% en embrionaria, un 33% en indeterminada y 0% indeterminada). A pesar de las limitaciones de los estudios retrospectivos no randomizados los hallazgos de los autores confirman la mejoría en la supervivencia de los pacientes con hepatoblastomas tratados con resección completa y quimioterapia.

Dr. P. Cornicelli