

# El cirujano pediatra y el trauma

J. Parise

*Cirujano Pediatra, Hospital Infantil «Doce de Octubre». Madrid*

El trauma pediátrico es responsable del 53% de las muertes en la infancia. Afecta severamente a órganos y sistemas, incluida el área psíquica, provocando lesiones importantes y dejando secuelas de todo tipo en un gran número de pacientes, más o menos invalidantes, pero definitivas la mayoría de las veces y que condicionan el presente y el futuro del niño. Interrumpe bruscamente su desarrollo psicofísico durante un período de tiempo variable pero que en caso de ser prolongado, lo encierra en el espacio del temor y la sorpresa ante hechos que no conocía. Según su edad, desarrollará pensamientos relacionados con la soledad y la muerte y el abandono, de los cuales retornará con muchas dificultades y muchas veces no lo conseguirá. Las secuelas del neurotrauma afectan profundamente a su desarrollo psicomotor, siendo éstos los más frecuentes. Todo esto, que resume el alcance del trauma en la infancia, se suele atribuir a los ACCIDENTES; le atribuye un carácter de imprevisibilidad, y tendríamos que aceptarlo como inevitable, aunque, según múltiples evidencias, es todo lo contrario. Una simple visita de Alex Haller por las calles de Baltimore hizo que disminuyeran significativamente las muertes por precipitaciones de niños desde ventanas y balcones que no tenían rejas, al comunicar a las Autoridades su hallazgo. El hecho de usar cascos al montar en bicicleta no modifica el número de caídas, pero la mortalidad puede disminuir en adultos y niños en un 40%. La caída, a su vez puede ser accidental o no, y dependerá del grado de adiestramiento del ciclista y de los consejos de prudencia que haya recibido.

Hasta aquí, brevemente, el niño y su mundo en relación con la enfermedad por trauma.

Los cirujanos pediatras conocemos muy bien su cuerpo, bastante bien su psiquis y manejamos adecuadamente la parte de sus lesiones que nos corresponde como consultores de otros especialistas pediátricos o generales. Muchas veces somos requeridos exclusivamente para realizar procedimientos quirúrgicos o diagnósticos determinados, siendo esto a veces motivo de desavenencias entre los responsables del cuidado del niño lesionado, argumentando todos de manera no unificada, con idiomas distintos y fraccionándolo en segmentos corporales que reciben desigual atención. Nos preocupamos

en resolver las lesiones que presentan sin una secuencia preestablecida o una metodología adecuada para su estabilización, y ante la llegada del paciente a urgencias, es evaluado exclusivamente para determinar su destino dentro del hospital, triage, pero sin las fases previas en la atención inicial del trauma.

Por otro lado, los pacientes llegan a las urgencias de nuestros hospitales en ambulancias medicalizadas, día a día mejor equipadas, con personal entrenado adecuadamente, y con tiempos de actuación y traslado correctos; pero la mayoría de las veces, lo hacen en brazos de familiares u observadores, que en algunos casos ayudan a la progresión de las lesiones por no saber estabilizar adecuadamente, por ejemplo, la columna vertebral de la víctima. La hipoxia, la hipovolemia y la hipotermia no se controlan correctamente en esta fase.

No quiero significar con ello que lo estamos haciendo mal. Significa que lo podemos hacer mejor, diría que mucho mejor, y que esto redundaría en beneficio directo no sólo del niño traumatizado, sino de nosotros como médicos, y fundamentalmente como equipo de médicos con la función añadida, pero sumamente grata, de atender integralmente a nuestros pacientes, en colaboración con el resto del personal sanitario en todo el proceso de su enfermedad.

¿Qué se requiere para ello por nuestra parte?

1. Agregar a nuestros conocimientos los correspondientes a la epidemiología del trauma, mediante el desarrollo de *Registros de Trauma Pediátrico* a nivel hospitalario, para ser integrados en el *Registro Nacional de Trauma Pediátrico*. Esto nos ayudará a nosotros y a nuestras autoridades a conocer la epidemiología del trauma en nuestro país, y a analizar científicamente nuestras actuaciones para mejorar los resultados. Esto ya está en marcha en el Hospital Gregorio Marañón y con toda seguridad seremos bien recibidos los que queramos unirnos a su Registro.
2. También significa adecuar nuestros departamentos o servicios de cirugía al concepto no reconocido oficialmente de Centro de Trauma Pediátrico, que en la mayoría de nuestros hospitales, no requiere cambios en la estructu-

ra arquitectónica ni adquisición indiscriminada de materiales caros, sino principalmente el cambio de nuestras actitudes frente al trauma, independientemente del número de víctimas que atendamos en un período de tiempo. Las unidades de trauma dentro de un hospital pediátrico y los equipos de trauma son unidades funcionales que establecen las pautas a seguir y que están integradas por todos los que se hayan capacitado previamente en esta disciplina. Son *unidades integradoras de ideas, voluntades y conocimientos*.

3. Para la atención inicial existen procedimientos y métodos reconocidos universalmente como muy apropiados, con resultados evidentes y revisados continuamente, que se pueden aprender en España y que deberían ser impartidos a todos aquellos que deban atender al trauma pe-

diátrico a través de los cursos AITP. La secuencia *ABC* en esta etapa y sus buenos resultados son otra muestra de que lo simple en trauma suele ser lo más efectivo.

Dejo para el final el comienzo del trauma. Debemos evitar que se produzca, al menos intentar que disminuya significativamente.

Estoy convencido, y sé que no soy el único, que los cirujanos debemos y podemos participar activa y pasivamente en la *prevención primaria*. Podemos investigar en biomecánica de los accidentes, en epidemiología del trauma, en sus aspectos sociológicos o quirúrgicos, etc.; actuar públicamente a través de los medios de comunicación sin por ello dejar de ser cirujanos pediatras. Estoy convencido que con ello, insisto, seríamos mejores cirujanos pediatras, y el conjunto de nuestra sociedad estará mejor cuidada.