



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**MEDICINA**

USO DE SCORES INTERNACIONALES COMO PRONÓSTICO  
DE SUPERVIVENCIA EN PACIENTES  
POLITRAUMATIZADOS INGRESADOS A SALA DE  
OPERACIONES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL  
LIMA 2023-2024

USE OF INTERNATIONAL SCORES AS A PROGNOSIS OF  
SURVIVAL IN POLYTRAUMA PATIENTS ADMITTED TO  
THE OPERATING ROOM IN A TERTIARY CARE HOSPITAL  
LIMA 2023-2024

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL  
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN  
CIRUGÍA GENERAL

AUTOR

MELISSA APAZA HILACHOQUE

ASESOR

VICTOR MANUEL VASQUEZ MORALES

LIMA – PERÚ

2024

# USO DE SCORES INTERNACIONALES COMO PRONÓSTICO DE SUPERVIVENCIA EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS INGRESADOS A SALA DE OPERACIONES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL LIMA 2023-2024

## INFORME DE ORIGINALIDAD



## FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="https://hdl.handle.net">hdl.handle.net</a> Fuente de Internet	4%
2	<a href="https://repositorio.upao.edu.pe">repositorio.upao.edu.pe</a> Fuente de Internet	3%
3	<a href="https://core.ac.uk">core.ac.uk</a> Fuente de Internet	3%
4	<a href="https://sisbib.unmsm.edu.pe">sisbib.unmsm.edu.pe</a> Fuente de Internet	3%
5	<a href="https://es.slideshare.net">es.slideshare.net</a> Fuente de Internet	2%
6	Francisco Javier Gil Martín. "TRIAJE Y ÉTICA DE DESASTRES", Télós, 2021 Publicación	1%
7	<a href="https://hmong.es">hmong.es</a> Fuente de Internet	1%

[repositorio.upch.edu.pe](https://repositorio.upch.edu.pe)

8	Fuente de Internet	1 %
9	<a href="http://www.scielo.br">www.scielo.br</a> Fuente de Internet	1 %
10	<a href="http://vdocuments.mx">vdocuments.mx</a> Fuente de Internet	1 %
11	<a href="http://www.asecma.org">www.asecma.org</a> Fuente de Internet	1 %
12	<a href="http://www.coursehero.com">www.coursehero.com</a> Fuente de Internet	1 %
13	<a href="http://1library.co">1library.co</a> Fuente de Internet	<1 %
14	<a href="http://edoc.pub">edoc.pub</a> Fuente de Internet	<1 %
15	<a href="http://ichgcp.net">ichgcp.net</a> Fuente de Internet	<1 %
16	<a href="http://www.clinicaltrialsregister.eu">www.clinicaltrialsregister.eu</a> Fuente de Internet	<1 %
17	<a href="http://alicia.concytec.gob.pe">alicia.concytec.gob.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
18	<a href="http://www.revespcardiol.org">www.revespcardiol.org</a> Fuente de Internet	<1 %
19	<a href="http://encolombia.com">encolombia.com</a> Fuente de Internet	<1 %

20

Rolf Lefering. "Trauma Score Systems for Quality Assessment", European Journal of Trauma, 2014  
Publicación

---

<1 %

---

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

Apagado

Excluir bibliografía

Apagado

## 1. RESUMEN

Siendo el traumatismo una causa importante de morbimortalidad, es necesario contar con SCORES de severidad que nos ayuden a poder identificar la gravedad de las lesiones y así brindar un adecuado manejo de estos. Por lo que el objetivo de nuestro estudio es comparar diferentes scores de trauma como predictores de sobrevida en pacientes politraumatizados ingresados a sala de operaciones en el Hospital Cayetano Heredia durante 2021-2023.

Este es un estudio observacional retrospectivo cuyo método de recolección de datos será a partir de la base de datos del servicio de Cirugía General del HCH durante el periodo de diciembre del 2021 a diciembre del 2023. Se muestrearán 132 historias clínicas de pacientes que por causa de un trauma abdominal fueron sometidos a cirugía de emergencia.

Se obtendrán y analizarán las siguientes variables: Edad, Sexo, Causa de lesión, Escalas a utilizar: REVISED TRAUMA SCORE (RTS), INJURY SEVERITY SCORE (ISS), TRAUMA SCORE AND INJURY SEVERITY SCORE METHOD (TRISS) y ASCOT (A SEVERITY CHARACTERISATION OF TRAUMA), Mortalidad, RE-intervención quirúrgica. La comparación de escalas internacionales de supervivencia de datos se realizará con las pruebas estadísticas de Kaplan-Meier y Log Rank Test, sensibilidad y especificidad y se presentarán bajo la curva de ROC.

**Palabras claves:** Trauma abdominal, Mortalidad, Cirugía abdominal, Score

## 2. INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas más graves en el sistema de salud es el trauma, siendo este una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en el mundo. Ya sea directa o indirectamente supone una carga para la sociedad con elevados costes económicos y sociales.

El paciente politraumatizado es aquel que presenta lesiones a consecuencia de un traumatismo que afectan a dos o más órganos o bien aquel que presenta al menos una lesión que pone en peligro su vida (ATLS,2012).

Para poder especificar la gravedad de las lesiones y así poder precisar el manejo más adecuado de los pacientes politraumatizados los scores de puntuación en trauma son un requisito básico. En varios centros de atención hospitalaria se han encontrado diferencias estadísticas en las tasas de mortalidad y discapacidad a largo plazo, que ilustran la desigualdad en la clasificación de la gravedad de las lesiones y la calidad del tratamiento otorgado a los pacientes (Aydin *et al*,2008). En otras palabras, para un manejo preciso de los pacientes traumáticos, es fundamental contar con una herramienta (SCORE) adecuado para su evaluación.

Las escalas de Trauma se desarrollaron hace más de 30 años para asignar valores numéricos a cambios fisiológicos y anatómicos después de una lesión, pudiendo utilizarse como escala pronóstica en pacientes politraumatizados.

Los SCORES utilizados a nivel mundial actualmente son el Trauma Score Revisado (Champion, 1989) (RST); el Índice de Gravedad de Lesiones (Injury Severity Score o ISS) (Espinoza,2003) y la metodología Trauma y score de severidad de la Lesión (The Trauma Score and Injury Severity Score Method (TRISS) (Osler *et al*,1997).

El TRAUMA SCORE REVISADO(RST) es una escala fisiológica que toma en cuenta tres categorías, siendo la primera de ellas, la escala de coma de Glasgow, la segunda la presión arterial sistólica y por último la frecuencia respiratoria, teniendo un rango de puntuación de 1 a 12 (Champion,1989).

El ISS SCORE es un sistema de puntuación anatómica que proporciona una puntuación general para pacientes con múltiples lesiones, tomando en cuenta la puntuación AIS con valores más altos, es decir puntúa solo las lesiones más graves por cada sistema.

El TRISS es una escala que combina la edad y datos fisiológicos como la presión sistólica, frecuencia respiratoria y Escala de Glasgow; y anatómicos (características de las lesiones) del paciente haciendo uso de dos escalas ya previamente conocidas, el Revised Trauma Scores (RTS) (Tabla 1) y el ISS del paciente ayudándonos a predecir la probabilidad de supervivencia del paciente (Tabla 2) (Osler et al, 1997; Rapsan *et al*,2015).

Según Teasdale et al. (1974), una puntuación de 13 o más en la escala de coma se asocia con una lesión cerebral leve, mientras que una calificación entre 9 y 12 sugiere una lesión moderada. Por otro lado, una calificación de 8 o menos indica una lesión cerebral de mayor gravedad.

La ISS es un sistema que tiene valores entre 0 y 75, donde una puntuación más alta indica lesiones más graves y, por ende, una mayor mortalidad. Para calcular la ISS, se asigna una calificación AIS a cada lesión y se utiliza solo la puntuación AIS más alta de cada área del cuerpo afectada. Se toman las puntuaciones de las tres áreas

con las lesiones más graves, se elevan al cuadrado y se suman para obtener la ISS (Rapsan *et al*,2015)

Con respecto a la predicción de mortalidad en pacientes politraumatizados, en un estudio realizado en India por Javali *et al*,2019 encontró que el mejor score en predicción de mortalidad en paciente traumatizados de edad avanzada fue el sistema TRISS con una sensibilidad del 97% y una especificidad del 88%, seguida de la escala de puntuación NISS (S:91% E:93%) y del ISS (S:91% Y E:89%). En otro estudio realizado en Turquía por Orhon *et al*, 2014, se calcularon las puntuaciones de traumatismo al momento de llegada de la emergencia (ISS, NISS, RTS y TRISS), calculándose la puntuación media del trauma para predicción de mortalidad y el valor de p fue igual para todos ( $p=0.001$ ). En este estudio también se analizaron las puntuaciones de trauma para el tiempo de hospitalización en UCI ; mientras que los valores de NISS, RTS y TRISS fueron significativos ( $p=0.048$ ,  $p=0.048$  y  $p=0.017$ ); el valor de ISS no fue significativo ( $p=0.257$ ). Otro estudio realizado por Mitchell *et al.* en Canadá concluyo que las escalas de puntuación que incluían TRISS tenían una buena capacidad para predecir el pronóstico de pacientes con trauma.

En otro estudio realizado por Milton *et al*, 2021 que los mejores valores asignados en sensibilidad y especificidad para predicción de mortalidad fueron respectivamente del 87% y 68% para TRISS; del 81% y 60% para ISS y RTS arrojó 81% y 60%. Siendo el SCORE TRISS quien tuvo mayor sensibilidad y VPN para la predicción de mortalidad en la población politraumatizada de Sudáfrica.

En Perú en Trujillo en un estudio realizado por Macedo *et al*, 2023 encontraron que la predicción de mortalidad del SCORE RTS tenía una sensibilidad del 73% y

especificidad del 97% siendo el área bajo la curva de un 96.50%; concluyendo que el Score de trauma RTS es un buen predictor de mortalidad en politraumatizados.

En el Hospital Cayetano Heredia cada día se reciben múltiples casos de Trauma abdominal quirúrgico ya sea por trauma cerrado o penetrante, no realizándose una adecuada estratificación de riesgo actualmente en nuestro hospital; siendo importante estandarizar el uso de un SCORE de evaluación inicial para así poder realizar un buen diagnóstico y manejo de los pacientes politraumatizados.

A nivel nacional se han realizado pocos estudios sobre SCORES de trauma para indicar el pronóstico de sobrevida en pacientes politraumatizados. La mayoría de estos trabajos se han realizado de manera individual en lugar de comparar, lo que limita la posibilidad de concluir cual es mejor para su aplicabilidad en la población. En esta investigación se busca realizar una comparación sobre la valoración pronóstica de sobrevida de los distintos SCORE DE TRAUMA con el fin de poder ser validado para la población de nuestra jurisdicción; ya que aún no hay un acuerdo sobre que SCORE utilizar actualmente en nuestro medio.

### **3. OBJETIVOS**

#### **OBJETIVO PRINCIPAL**

- Comparar diferentes scores de trauma como predictores de sobrevida en pacientes con trauma abdominal ingresados a sala de operaciones en el Hospital Cayetano Heredia durante 2021-2023.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Definir las características demográficas de la población intervenida quirúrgicamente con diagnóstico de politraumatizados ingresados a sala de operaciones en el Hospital Cayetano Heredia.
- Establecer las características quirúrgicas de población intervenida quirúrgicamente con diagnóstico de politraumatizados ingresados a sala de operaciones en el Hospital Cayetano Heredia.
- Determinar la media del Score de trauma revisado (RST) en pacientes politraumatizados ingresados a sala de operaciones en el Hospital Cayetano Heredia.
- Determinar la media del Score de severidad de lesiones (ISS) en pacientes politraumatizados ingresados a sala de operaciones en el Hospital Cayetano Heredia.
- Determinar la media del Score de severidad de trauma y lesiones (TRISS) en pacientes politraumatizados ingresados a sala de operaciones en el Hospital Cayetano Heredia.

## **4. MATERIAL Y MÉTODO**

- a) Diseño del estudio: Observacional, analítico, transversal, retrospectivo
- b) Población: Todos los pacientes quienes hayan sido sometido a cirugía abdominal de emergencia en el Hospital Cayetano Heredia con el diagnóstico de trauma abdominal abierto o cerrado entre los meses de diciembre 2021 y diciembre del

2023, según los datos estadísticos son en total 132 pacientes atendidos durante este periodo.

**Criterios de inclusión:**

- Pacientes mayores de 14 años.
- Pacientes que fueron sometidos a tratamiento quirúrgico de emergencia
- Historias clínicas con registro de los siguientes datos: Escala de coma de Glasgow, Presión arterial sistólica, Frecuencia respiratoria, Descripción de lesión o lesiones: ubicación y número.
- Estado de salud al alta hospitalaria vivo o fallecido.

**Criterios de exclusión:**

- Pacientes que recibieron manejo médico
- Historias clínicas incompletas
- Todo paciente que no cumpla con los criterios de inclusión antes mencionados

**c) Muestra:**

Unidad de análisis: Pacientes con diagnóstico de Trauma abdominal que fueron sometidos a manejo quirúrgico de emergencia.

Tamaño muestral: Se trabajará con el tipo de muestreo por conveniencia no aleatorio, tomando en cuenta los pacientes que cumplan con todos los criterios de inclusión.

**d) Definición operacional de variables**

<b>VARIABLE</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Valores de medición</b>
Sexo	Característica biológica que diferencia a los humanos	Cualitativo	Dicotómica Nominal	0: Femenino 1: Masculino
Edad	Son los años cumplidos de la persona. Teniendo en cuenta las etapas de vida	Cuantitativa	Razón	0: 14 a 29 años 1: 30 a 59 años 2: 60 a más
Índice de Comorbilidad	Se empleará el Índice de Comorbilidad de Charlson para determinar las enfermedades que padece la persona	Cualitativo	Politémica Nominal	0: Ausencia de comorbilidades 1: Baja Comorbilidad 2: Alta Comorbilidad
Tasa de mortalidad		Cuantitativa	Razón	número de muertes entre

	Expresa la frecuencia con que ocurren las defunciones en un período de tiempo determinado, por cada mil habitantes			diciembre del 2021 a 2023 *100/ población en dicho periodo
Escala RTS	Probabilidad de supervivencia	Cuantitativa	Razón	0-100%
Escala ISS	Valoración de gravedad de lesiones	Cuantitativa	Razón	0-75
Escala TRISS	Valora funciones vitales y características de las lesiones	Cuantitativa	Razón	0-100%
Mecanismo de trauma	Forma en la que se estableció el trauma abdominal	Categorica	Nominal	Herida por arma de fuego, Herida por arma blanca,

				Trauma abdominal contuso
Tipo de Cirugía	Procedimiento para reparar una parte del cuerpo	Categórica	Nominal	Control de daños, Definitiva, Laparoscopia exploratoria
Estancia en UCI	Días de permanencia en una cama de la Unidad de cuidados intensivos	Cuantitativa	Razón	# de días en hospitalización UCI
REINTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	Volvió a ser sometido a procedimiento quirúrgico	Cualitativa	Dicotómica	SI NO
ALTA HOSPITALARIA		Cualitativa	Dicotómica	Vivo Fallecido

**e) Procedimientos y técnicas:**

El presente estudio se realizará en el servicio de Cirugía General del Hospital Cayetano Heredia, se obtendrá información de la base de datos, historias clínicas y reportes operatorios de los pacientes que cumplen con los criterios de inclusión.

Posteriormente se procederá a la recolección de datos mediante una ficha que incluye información detallada de los scores internacionales. Estas escalas serán aplicadas a todos los pacientes inmediatamente ingresados en el servicio de emergencia durante el periodo de diciembre del 2021 y diciembre del 2023, siempre que sus historias clínicas contengan registros de la Escala de Coma de Glasgow, Presión arterial sistólica, Frecuencia respiratoria y descripción de lesión o lesiones: ubicación y número.

Para calcular la escala de ASCOT, se utilizarán las variables que se utilizaron con el índice TRISS (Escala de Coma de Glasgow, Presión Sistólica, Frecuencia Respiratoria y la edad). Asimismo, se colocarán puntajes de las tres zonas corporales, A: cabeza, cerebro y cordón espinal con puntaje de AIS mayor de 2; B: tórax y región anterior del cuello, con puntaje de AIS mayor de 2; C: Trauma en cualquier otra zona del cuerpo con puntaje de AIS mayor de 2 (Martinez,2005).

El seguimiento y evolución final de los pacientes se determinarán a partir de los datos de supervivencia registrados en las historias clínicas tomando en cuenta la condición al alta hospitalaria (vivo o fallecido). Finalmente se realizará el análisis de la información obtenida.

**f) Aspectos éticos del estudio:**

Se solicitará los permisos al comité de ética e investigación y a jefatura de Archivo de las historias clínicas del Hospital Cayetano Heredia.

No se solicitará consentimiento informado debido a que no se registrará información personal de la población estudiada.

Solo los investigadores tendrán acceso a la base de datos creada para el estudio.

### **g) Plan de análisis:**

La información recolectada se almacenará en una base de datos electrónica computarizada en el programa Microsoft Excel, estos datos serán analizados empleando el estadístico IBM SPSS Statistics versión 28. Se aplicará los SCORE de trauma seleccionados y para el cálculo del pronóstico de sobrevivencia se hará uso de la calculadora automática diseñada mediante el uso de cálculos logarítmicos realizados en forma automática con solo registrar los datos solicitados; que esta disponible en la página web (RCCC-2024 web). La distinción de la predicción de la sobrevida pronosticada en relación con la sobrevida observada se determinará con las pruebas estadísticas de Kaplan-Meier y Log Rank Test, sensibilidad y especificidad, los resultados se presentarán bajo la curva de ROC.

## **5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. American College of Surgeons Committee on Trauma. Advanced Trauma Life Support (ATLS) Student Course Manual. 9.<sup>a</sup> ed. Chicago: American College of Surgeons; 2012.p 250-258
2. Aydin SA, Bulut M, Ozgüç H, Ercan I, Türkmen N, Eren B, et al. Should the New Injury Severity Score replace the Injury Severity Score in the Trauma and Injury Severity Score? *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2008;14(4):308–12. Disponible en <https://europepmc.org/article/MED/18988055>
3. Champion HR, Sacco W J, Copes WS, Gann DS, Gennarelli TA, Flanagan ME. A Revision of the Trauma Score. *J Trauma.* 1989; 30(11): 1356-65 Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2657085/>
4. Espinoza R. Indices de Gravedad en Trauma. Santiago de Chile: Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile; 2003. Disponible en: [http://urgenciauc.com/profesion/pdf/trauma/indices\\_de\\_gravedad.pdf](http://urgenciauc.com/profesion/pdf/trauma/indices_de_gravedad.pdf)
5. Javali RH, Krishnamoorthy *et al.* Comparison of Injury Severity Score, New Injury Severity Score, Revised Trauma Score and Trauma and Injury Severity Score for Mortality Prediction in Elderly Trauma Patients. *Indian J of Crit Care Med* 2019;23(2):73-77. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31086450/>
6. Macedo C. Score de Trauma Revisado como predictor de mortalidad intrahospitalaria en pacientes politraumatizados atendidos en el Hospital Belén de Trujillo en Junio 2023. Universidad Privada Antenor Orrego. Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/10849>

7. Martínez Viera, M. Y. Valor pronóstico del método ASCOT Servicio de Emergencia Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.2005.
8. Milton M, Engelbrecht A, Geyser et al Predicting mortality in trauma patients - A retrospective comparison of the performance of six scoring systems applied to polytrauma patients from the emergency centre of a South African central hospital. *Emerg Med.* 2021 Dec;11(4):453-458. doi: 10.1016/j.afjem.2021.09.001. Epub 2021 Oct 28. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211419X21000665>
9. Orhon R,, Eren SH,, et al. Comparison of trauma scores for predicting mortality and morbidity on trauma patients. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2014 Jul;20((4):):258-264. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25135020/>
10. Osler T, Baker S, Long W. A modification of the injury severity score that both improves accuracy and simplifies scoring. *J trauma.* 1997; 43(6):922-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9420106>
11. Rapsan A, Shyam D. Compendio de las escalas de evaluación de riesgo en el paciente politraumatizado. *Cirugía Española.* 2015;93(4): 213-221.10.1016/j.ciresp.2013.12.02
12. Singh J, Gupta G, Garg R, Gupta A. Evaluation of trauma and prediction of outcome using TRISS method. *Journal of emergencies, trauma, and shock.* 2011;4:446-9. 10.4103/0974-2700.86626.
13. Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness. *Lancet.*1974. pp. 81-83.

## 6. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

- a) Presupuesto: Autofinanciado
- b) Cronograma

PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES	Año 2024				
	JULIO	AGOSTO	SETIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
Elaboración de proyecto de investigación	X				
Aprobación del comité de ética		X			
Recolección de datos		X	X		
Análisis de resultados			X		
Elaboración del informe final				X	
Redacción de artículo				X	

Publicación de artículo					X
-------------------------	--	--	--	--	---

## 7. ANEXOS

### ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Id Paciente \_\_\_\_\_ Mes/Año \_\_\_\_\_

1. Sexo:

- Femenino
- Masculino

2. Edad: \_\_\_\_

3. Índice de comorbilidad de Charlson

- 0-1
- 2
- >3

4. Escala RTS: SUMA VALOR (ECG+PAS+FR)

VALOR	ECG	PAS	FR
4	13-15	>89	10-29
3	9-12	76-89	>29
2	6-8	50-75	6-9
1	4-5	1-49	1-5
0	3 O MENOS	0	0

5. Escala ISS: \_\_\_\_

ZONA de lesión	
C	Cabeza, cerebro
M	Medula
F	Cara
N	Cuello anterior
T	Tórax
A	Abdomen y órganos pélvicos
E	Extremidades y pelvis
O	Otras

GRAVEDAD	
1	Leve
2	Moderado
3	Grave no vital
4	Grave vital
5	Supervivencia incierto
6	Lesión máxima

6. Escala TRISS: Se utiliza la calculadora automática encontrada en la página web RCCC-2024 (<https://www.rccc.eu/Pronostico/TRISS.html>)

TRAUMA INJURY SEVERITY SCORE
Edad del paciente
Revised Trauma Score (RTS)
Injury Severity Score (ISS)

Indicador pronóstico del trauma basado en:

→ Injury Severity Score (ISS) ,evalua la lesión anatómica

→ Revised Trauma Score (RTS), evalua la repercusión fisiológica

→ La edad, reserva fisiológica

#### Fórmulas

#### Cálculo de la probabilidad de supervivencia teórica en función de las lesiones

Trauma cerrado =  $1 / (1 + e^{\text{Logit}})$

Logit =  $-0.4499 + \text{RTS} * 0.8085 + \text{ISS} * -0.0835 + (\text{edad.puntos}) * -1.7430$

Trauma penetrante =  $1 / (1 + e^{\text{Logit}})$

Logit =  $-2.5355 + \text{RTS} * 0.9934 + \text{ISS} * -0.0651 + (\text{edad.puntos}) * -1.1360$

#### 7. Mecanismo de trauma

- Trauma abdominal por arma blanca
- Trauma por arma de fuego
- Trauma abdominal contuso

#### 8. Tipo de cirugía

- Definitiva
- Control de daños
- Laparoscopia diagnóstica

#### 9. Número de días hospitalización en UCI: \_\_\_\_

#### 10. RE- Intervención quirúrgica

- Si
- No

#### 11. Alta hospitalaria (Sobrevida)

- Vivo
- Fallecido

## ANEXO 2: TABLAS DE SCORE

Tabla 1. Trauma Score Revisado (RTS)

Trauma Score		
Frecuencia respiratoria	10-29	4
	$\geq 29$	3
	6-9	2
	1-5	1
	0	0
Presión sistólica	$\geq 89$	4
	76-89	3
	50-75	2
	1-49	1
	0	0
Escala de Coma de Glasgow	Apertura de ojos	
	Espontáneo	4
	A la voz	3
	Al dolor	2
	Ninguno	1
	Respuesta verbal	
	Orientado	5
	Confuso	4
	Palabras inapropiadas	3
	Palabras incomprensibles	2
	Ninguno	1
	Respuesta motora	
	Obedece órdenes	6
	Localiza	5
	Se retira	4
	Flexión anormal	3
	Extensión anormal	2
Ninguno	1	
Total-Escala de Coma de Glasgow		
14-15	5	
11-13	4	
8-10	3	
5-7	2	
3-4	1	

Fuente: Singh *et al*,2011

Tabla 2. Valoración de gravedad de lesiones (ISS)

Región	Descripción de la lesión	Escala abreviada de lesiones	Elevar al cuadrado las 3 más altas
Cabeza y cuello	Contusión cerebral	3	9
Cara	Ausencia de lesión	0	
Tórax	Volet costal	4	16
Abdomen	Contusión hepática menor Rotura de bazo compleja	25	25
Extremidad	Fractura de fémur	3	
Externa	Ausencia de lesión	0	
Valoración de gravedad de lesiones	50		

Fuente: Singh *et al*,2011

Tabla 3. Trauma y score de severidad de la Lesión (The Trauma Score and Injury Severity Score Method (TRISS))

Región	Descripción de la lesión	Escala abreviada de lesiones	Elevar al cuadrado las 3 más altas
Cabeza y cuello	Contusión cerebral	3	9
Cara	Ausencia de lesión	0	
Tórax	Volet costal	4	16
Abdomen	Contusión hepática menor Rotura de bazo compleja	25	25

Extremidad	Fractura de fémur	3	
Externa	Ausencia de lesión	0	
Valoración de gravedad de lesiones	50		

Fuente: Rapsan *et al*,2015