Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação — REASE

OPEN ACCESS

doi.org/10.51891/rease.v12i11.32597

MANEJO NÃO OPERATÓRIO *VERSUS* CIRÚRGICO DO TRAUMA ABDOMINAL EM PACIENTES PEDIÁTRICOS. TRAUMA HEPÁTICO/ESPLÊNICO: QUANDO O MANEJO CONSERVADOR REALMENTE FALHA?

NONOPERATIVE VERSUS SURGICAL MANAGEMENT OF ABDOMINAL TRAUMA IN PEDIATRIC PATIENTS. HEPATIC/SPLENIC TRAUMA: WHEN DOES CONSERVATIVE MANAGEMENT REALLY FAIL?

MANEJO NO OPERATORIO VERSUS QUIRÚRGICO DEL TRAUMA ABDOMINAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS. TRAUMA HEPÁTICO/ESPLÉNICO: ¿CUÁNDO FALLA REALMENTE EL MANEJO CONSERVADOR?

Karina Magdalena González Núñez[1]
Ángel Rafael Penayo Ferreira[2]
María Verónica Ocampos Cristaldo[3]
Mirian María Belén Acosta Benítez[4]
Lígia Maria Oliveira de Souza[5]

RESUMO: O objetivo deste estudo foi identificar os fatores clínicos e hemodinâmicos associados à falha do manejo conservador em pacientes pediátricos com trauma abdominal fechado e lesões hepáticas ou esplênicas, bem como comparar os desfechos entre o tratamento não operatório e o cirúrgico. Foi realizado um estudo observacional, retrospectivo e analítico, envolvendo pacientes pediátricos atendidos no Hospital de Trauma Dr. Manuel Giagni, entre janeiro de 2024 e junho de 2026. As variáveis clínicas e os desfechos foram analisados por meio de análises bivariadas e multivariadas. O manejo não operatório foi instituído em 87 pacientes (77,7%), com sucesso em 81 (93,1%) e falha em 6 (6,9%). O tratamento cirúrgico foi realizado em 25 pacientes (22,3%), com sucesso terapêutico em 24 (96,0%) e falha em 1 (4,0%). As complicações foram mais frequentes no grupo cirúrgico (20,0%) em comparação ao grupo submetido ao manejo não operatório (10,7%). O tempo de internação hospitalar e de permanência na unidade de terapia intensiva foi significativamente maior nos pacientes submetidos à cirurgia ($p < 0,001$ e $p < 0,01$, respectivamente). A mortalidade global foi de 1,8%. A análise multivariada identificou o grau de lesão ≥ IV (OR = 4,7; IC 95%: 1,9–11,6; $p < 0,01$) e a necessidade de transfusão inicial > 20 mL/kg (OR = 3,2; IC 95%: 1,3–7,8; $p = 0,02$) como fatores associados à falha do manejo não operatório. Conclui-se que o manejo não operatório constitui a estratégia terapêutica de escolha em pacientes hemodinamicamente estáveis, enquanto a intervenção cirúrgica deve ser reservada para casos graves ou situações de falha do tratamento conservador.

Palavras-chave: Trauma abdominal pediátrico. Manejo não operatório. Tratamento cirúrgico. Critérios clínicos. Fatores de risco.

[1] Especialista en Pediatría Clínica por la Universidad Católica de Asunción.
[2] Especialista en Pediatría Clínica por la Universidad Católica de Asunción.
[3] Especialista en Pediatría Clínica por la Universidad Nacional de Asunción.
[4] Especialista en Pediatría Clínica por la Universidad Católica de Asunción.
[5] Médica revalidada por la Universidade Federal da Bahia.

ABSTRACT: This study aimed to identify the clinical and hemodynamic factors associated with conservative management failure in pediatric patients with blunt abdominal trauma involving hepatic or splenic injuries, and to compare outcomes between nonoperative and surgical management. An observational, retrospective, and analytical study was conducted involving pediatric patients treated at the Dr. Manuel Giagni Trauma Hospital between January 2024 and June 2026. Clinical variables and outcomes were analyzed using bivariate and multivariable analyses. Nonoperative management was implemented in 87 patients (77.7%), with successful outcomes in 81 (93.1%) and failure in 6 (6.9%). Surgical treatment was performed in 25 patients (22.3%), with therapeutic success in 24 (96.0%) and failure in 1 (4.0%). Complications were more frequent in the surgical group (20.0%) than in the nonoperative group (10.7%). Hospital and intensive care unit lengths of stay were significantly longer among surgically treated patients ($p < 0.001$ and $p < 0.01$, respectively). Overall mortality was 1.8%. Multivariable analysis identified an injury grade ≥ IV (OR = 4.7; 95% CI: 1.9–11.6; $p < 0.01$) and the need for an initial blood transfusion > 20 mL/kg (OR = 3.2; 95% CI: 1.3–7.8; $p = 0.02$) as factors associated with nonoperative management failure. It is concluded that nonoperative management is the preferred therapeutic strategy for hemodynamically stable patients, whereas surgical intervention should be reserved for severe cases or situations involving failure of conservative treatment.

Keywords: Pediatric abdominal trauma. Nonoperative management. Surgical treatment. Clinical criteria. Risk factors.

RESUMEN: Se determinó como objetivo identificar los criterios clínicos y hemodinámicos asociados al fracaso del manejo conservador en pacientes pediátricos con traumatismo abdominal cerrado y lesiones hepáticas o esplénicas, así como comparar los desenlaces entre el manejo no operatorio y el quirúrgico. Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y analítico en pacientes pediátricos atendidos en el Hospital de Trauma Dr. Manuel Giagni, entre enero de 2024 y junio de 2026. Se analizaron variables clínicas y desenlaces mediante análisis bivariados y multivariados. El manejo no operatorio se implementó en 87 pacientes (77,7%), con éxito en 81 (93,1%) y fracaso en 6 (6,9%). El tratamiento quirúrgico se realizó en 25 pacientes (22,3%), con éxito en 24 (96,0%) y fracaso en 1 (4,0%). Las complicaciones fueron más frecuentes en el grupo quirúrgico (20,0%) que en el grupo no operatorio (10,7%). La estancia hospitalaria y en la unidad de cuidados intensivos fue significativamente mayor en los pacientes intervenidos quirúrgicamente ($p < 0,001$ y $p < 0,01$, respectivamente). La mortalidad global fue del 1,8%. En el análisis multivariado, un grado de lesión ≥ IV (OR = 4,7; IC del 95%: 1,9–11,6; $p < 0,01$) y la necesidad de transfusión inicial > 20 mL/kg (OR = 3,2; IC del 95%: 1,3–7,8; $p = 0,02$) se asociaron con el fracaso del manejo no operatorio. Se concluye que el manejo no operatorio constituye la estrategia terapéutica de elección en pacientes hemodinámicamente estables, mientras que la intervención quirúrgica debe reservarse para casos graves o situaciones de fracaso del tratamiento conservador.

Palabras clave: Trauma abdominal pediátrico. Manejo no operatorio. Tratamiento quirúrgico. Criterios clínicos. Factores de riesgo.

1 INTRODUCCIÓN

El trauma abdominal pediátrico constituye una de las principales causas de morbimortalidad en la población infantil, especialmente en el contexto de accidentes de

tránsito, caídas y traumatismos por impacto directo. La vulnerabilidad anatómica de los niños, caracterizada por una pared abdominal más delgada y órganos sólidos proporcionalmente más grandes, aumenta el riesgo de lesiones graves en hígado y bazo, incluso ante mecanismos de baja energía (Valdiviezo Verdezoto et al., 2023).

En los últimos años, la evidencia científica ha demostrado que el manejo no operatorio (MNO) se ha consolidado como la estrategia terapéutica de elección en pacientes pediátricos hemodinámicamente estables con lesiones de órganos sólidos. Este enfoque ha mostrado tasas de éxito superiores al 90%, reduciendo la necesidad de laparotomías innecesarias y disminuyendo la incidencia de complicaciones postoperatorias, así como la estancia hospitalaria (Guerra Nájera, 2023). Sin embargo, la decisión entre MNO y cirugía continúa siendo un desafío clínico, condicionado por factores como el grado de lesión, la respuesta hemodinámica inicial y la disponibilidad de recursos diagnósticos y terapéuticos.

Estudios recientes han señalado que la cirugía sigue siendo indispensable en casos de hemorragia incontrolable, peritonitis o falla del tratamiento conservador, aunque se asocia a mayor morbilidad y prolongación de la hospitalización (Soto Benavides; Arguedas Vega; Duarte González, 2024). En este sentido, la literatura enfatiza la necesidad de protocolos institucionales claros y de criterios objetivos para la selección de pacientes candidatos a MNO, con el fin de optimizar los desenlaces clínicos y garantizar la seguridad del paciente pediátrico (Özcan Sıkı et al., 2026).

La problemática adquiere especial relevancia en América Latina, donde las tasas de trauma pediátrico por accidentes de tránsito y violencia doméstica son elevadas, y los recursos hospitalarios pueden ser limitados. En este contexto, la generación de evidencia local resulta fundamental para validar la aplicabilidad de las recomendaciones internacionales y fortalecer la toma de decisiones clínicas en hospitales de referencia regional (Concepción; Caballero, 2025).

En consecuencia, este estudio tiene como objetivo determinar los criterios clínicos y hemodinámicos asociados al fracaso del manejo conservador en pacientes pediátricos con trauma abdominal cerrado y lesiones hepáticas o esplénicas, mediante la caracterización demográfica y clínica de los pacientes, la clasificación de las lesiones según la escala de la Asociación Americana para la Cirugía del Trauma (AAST) y la comparación de los resultados del manejo no operatorio y quirúrgico en términos de éxito terapéutico, complicaciones, mortalidad y estancia hospitalaria. Asimismo, se busca identificar los principales factores asociados al fracaso del tratamiento conservador, considerando la necesidad de transfusión, los

hallazgos radiológicos y la evolución clínica, con el propósito de aportar evidencia que contribuya a optimizar la toma de decisiones y los protocolos institucionales.

2 MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio observacional, retrospectivo y analítico en pacientes pediátricos atendidos por traumatismo abdominal cerrado en el Hospital de Trauma Dr. Manuel Giagni, durante el período comprendido entre enero de 2024 y junio de 2026. Se utilizó un muestreo no probabilístico consecutivo, incluyendo a todos los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión establecidos durante el período de estudio. Se incluyeron pacientes de 0 a 17 años con diagnóstico confirmado de traumatismo hepático y/o esplénico mediante tomografía computarizada o ecografía, sometidos inicialmente a manejo conservador o quirúrgico. Se excluyeron los pacientes con traumatismo abdominal penetrante, aquellos con comorbilidades graves que pudieran condicionar la modalidad de tratamiento, como coagulopatías congénitas, y los casos con expedientes clínicos incompletos.

Las variables analizadas fueron edad, sexo, órgano afectado (hígado, bazo o ambos), grado de lesión según la clasificación de la Asociación Americana para la Cirugía del Trauma (AAST), estado hemodinámico inicial (estable o inestable), modalidad de manejo inicial (conservador o quirúrgico) y necesidad de transfusión sanguínea durante las primeras 24 horas, expresada en mL/kg. También se evaluaron los criterios de fracaso del manejo conservador, entre ellos hipotensión persistente, necesidad de transfusión superior a 40 mL/kg, descenso progresivo del hematocrito, sangrado activo no controlable y aparición de complicaciones graves. Asimismo, se analizaron las complicaciones postoperatorias, como absceso, biloma, ruptura tardía y sepsis, además de la duración de la estancia hospitalaria y la mortalidad intrahospitalaria.

La recolección de datos se realizó mediante una ficha estructurada, elaborada a partir de los registros clínicos y protocolos institucionales, y adaptada específicamente a los objetivos del presente estudio. La información se obtuvo retrospectivamente mediante la revisión de historias clínicas y bases de datos hospitalarias, garantizando la confidencialidad y anonimización de los datos recolectados. El tamaño de la muestra se calculó mediante el software epidemiológico Epi Info, tomando como referencia los resultados publicados por Shinn et al. (2021), quienes informaron tasas de fracaso del manejo conservador del 1,5% y del tratamiento quirúrgico del 5,6%. Se realizó un cálculo muestral comparativo para la diferencia de proporciones,

considerando un intervalo de confianza del 95% y un poder estadístico del 70%. De acuerdo con estos parámetros, el tamaño muestral estimado fue de 54 pacientes por grupo, con un total de 108 participantes. No obstante, debido al diseño retrospectivo y al muestreo no probabilístico consecutivo, se incluyeron todos los pacientes que cumplieron los criterios de selección durante el período establecido.

El análisis estadístico se desarrolló mediante procedimientos descriptivos, bivariados y multivariados. Inicialmente, se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas, clínicas y radiológicas, utilizando frecuencias absolutas, porcentajes, medias y desviaciones estándar, según la naturaleza de las variables. Posteriormente, se efectuaron análisis bivariados mediante la prueba de chi-cuadrado para evaluar asociaciones entre variables categóricas, las pruebas t de Student y ANOVA para comparar las medias de los desenlaces clínicos según la modalidad de tratamiento, y los coeficientes de correlación de Pearson o Spearman para explorar la relación entre el grado de lesión y los desenlaces clínicos, según la distribución de los datos. Finalmente, se aplicaron modelos de regresión logística multivariada para identificar los factores asociados al fracaso del manejo conservador, considerando posibles variables de confusión, como edad, sexo y comorbilidades. El procesamiento y análisis de los datos se realizó mediante el programa STATA, versión 16.0, estableciéndose un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$.

La investigación se realizó mediante la revisión retrospectiva de expedientes clínicos y bases de datos hospitalarias, sin intervención directa sobre los pacientes ni exposición a riesgos adicionales derivados de procedimientos de investigación. La información fue tratada de manera confidencial y anonimizada, evitando la identificación de los participantes durante todas las etapas del estudio y en la presentación de los resultados. Los datos recolectados se utilizaron exclusivamente con fines académicos y científicos. La dispensa del consentimiento informado individual deberá estar respaldada por la aprobación del comité de ética competente, de acuerdo con los requisitos institucionales correspondientes.

3 RESULTADOS

Durante el periodo de estudio comprendido entre enero de 2024 y junio de 2026 se identificaron un total de 112 pacientes pediátricos con diagnóstico de trauma abdominal cerrado con compromiso hepático y/o esplénico que cumplieron con los criterios de inclusión. La edad media de la población fue de 11,3 años (DE ±3,2), con un rango entre 2 y 17 años. En cuanto al

sexo, se observó un predominio masculino (63,4%), mientras que el 36,6% correspondió a pacientes de sexo femenino.

Respecto al órgano afectado, el bazo fue el más comprometido, registrándose en el 58,9% de los casos, seguido por el hígado en el 32,1% y lesiones combinadas en el 9%. La clasificación de severidad según la escala AAST mostró que el 41,9% de los pacientes presentaron lesiones grado II, el 33% grado III, el 17% grado IV y el 8,1% grado V.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de la población estudiada (n=112)

Variable	n	%
Edad media (años)	11,3 ± 3,2	—
Sexo masculino	71	63,4%
Sexo femenino	41	36,6%
Órgano afectado - Bazo	66	58,9%
Órgano afectado - Hígado	36	32,1%
Lesiones combinadas	10	9,0%
Grado de lesión II	47	41,9%
Grado de lesión III	37	33,0%
Grado de lesión IV	19	17,0%
Grado de lesión V	9	8,1%

Fuente: Fichas clínicas del servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital de Trauma Dr. Manuel Giagni, enero del 2024 a junio 2026.

En relación con la modalidad terapéutica inicial, el manejo no operatorio (MNO) fue implementado en el 77,7% de los pacientes, mientras que el 22,3% requirió intervención quirúrgica primaria. Dentro del grupo de MNO, la tasa de éxito fue elevada, alcanzando el 92,9%. Sin embargo, se documentaron 7 casos de falla del manejo conservador (8,1%), definidos por inestabilidad hemodinámica persistente, necesidad de transfusión superior a 40 ml/kg en 24 horas o sangrado activo evidenciado en estudios de imagen.

Tabla 2. Modalidad terapéutica y desenlaces principales

Variable	MNO (n=87)	%	Quirúrgico (n=25)	%
Éxito terapéutico	81	92,9%	24	96,0
Falla del MNO	7	8,1%	1	4,0%
Complicaciones	9	10,7%	5	20,0%
Mortalidad	1	1,1%	1	4,0%

Fuente: Fichas clínicas del servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital de Trauma Dr. Manuel Giagni, enero del 2024 a junio 2026.

El análisis de factores asociados a la falla del MNO mostró que los pacientes con lesiones grado IV- V tuvieron una probabilidad significativamente mayor de requerir cirugía (p<0,01). Asimismo, la necesidad de transfusión inicial se correlacionó con la falla del manejo conservador (p=0,02). No se encontraron diferencias significativas en la tasa de falla según sexo o edad.

Tabla 3. Estancia hospitalaria y en UCI

Variable	MNO (media ± DE)	Quirúrgico (media ± DE)	p-valor
Estancia hospitalaria (días)	6,2 ± 2,1	10,4 ± 3,7	<0,001
Estancia en UCI (días)	1,7 ± 0,9	3,9 ± 1,6	<0,01

Fuente: Fichas clínicas del servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital de Trauma Dr. Manuel Giagni, enero del 2024 a junio 2026.

En cuanto a las complicaciones, se registraron 14 eventos adversos en total (12,5%). Las más frecuentes fueron absceso intraabdominal (4 casos), biloma postraumático (3 casos), ruptura esplénica tardía (2 casos) y sepsis (2 casos). La tasa de complicaciones fue mayor en el grupo quirúrgico (20%) en comparación con el grupo MNO (10,7%), aunque la diferencia no alcanzó significancia estadística (p=0,08).

La estancia hospitalaria promedio fue de 6,2 días (DE ±2,1) en el grupo MNO y de 10,4 días (DE ±3,7) en el grupo quirúrgico, diferencia que resultó estadísticamente significativa (p<0,001). De manera similar, la estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos fue más prolongada en los pacientes sometidos a cirugía (3,9 días vs 1,7 días; p<0,01). La mortalidad global fue baja, con 2 casos (1,8%), ambos en pacientes con lesiones hepáticas grado V y compromiso hemodinámico severo.

Finalmente, el análisis multivariado mediante regresión logística identificó como predictores independientes de falla del manejo conservador el grado de lesión ≥IV (OR 4,7; IC95% 1,9- 11,6) y la necesidad de transfusión inicial >20 ml/kg (OR 3,2; IC95% 1,3- 7,8). Estos hallazgos permiten establecer criterios clínicos y radiológicos que orientan la decisión terapéutica y delimitan los escenarios en los que el manejo conservador puede resultar insuficiente.

Tabla 4. Factores asociados a falla del manejo conservador

Factor predictor	OR	IC95%	p-valor
Lesión grado ≥ IV	4,7	1,9 -11,6	<0,01
Transfusión inicial >20 ml/kg	3,2	1,3 - 7,8	0,02
Edad	1,1	0,9 - 1,3	NS*

Factor predictor	OR	IC95%	p-valor
Sexo masculino	1,2	0,6 - 2,4	NS*

* No significativo

Fuente: Fichas clínicas del servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital de Trauma Dr. Manuel Giagni, enero del 2024 a junio 2026.

4 DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio muestran que el manejo no operatorio alcanzó una tasa de éxito del 92,9%, con menor incidencia de complicaciones y una reducción significativa de la estancia hospitalaria y en la unidad de cuidados intensivos (UCI), en comparación con el grupo quirúrgico. Estos hallazgos son concordantes con la evidencia científica que respalda el tratamiento conservador como estrategia de primera elección en pacientes pediátricos hemodinámicamente estables con lesiones de órganos sólidos.

En una revisión reciente sobre la toma de decisiones en el trauma abdominal pediátrico, Gaensly et al. (2025) destacan que el manejo no operatorio constituye una alternativa segura y eficaz en pacientes estables, mientras que la laparotomía debe reservarse para situaciones específicas, como hemorragia persistente e incontrolable o signos de peritonitis. Este planteamiento coincide con los resultados de nuestra investigación, en la que el grupo quirúrgico presentó una mayor frecuencia de complicaciones (20,0%) y una estancia hospitalaria más prolongada. No obstante, estas diferencias deben interpretarse considerando que los pacientes sometidos a cirugía pueden presentar lesiones de mayor gravedad y mayor compromiso clínico inicial.

De manera similar, Shinn et al. (2021), en un análisis de 24.128 pacientes pediátricos con traumatismo esplénico cerrado registrados en la National Trauma Data Bank, observaron que el 90,3% recibió manejo no operatorio, con una tasa de fracaso del 1,5%. Además, esta modalidad se asoció con menores tiempos de hospitalización y permanencia en UCI en comparación con la esplenectomía. Estos resultados respaldan la eficacia del tratamiento conservador y la importancia de priorizar la preservación de los órganos sólidos siempre que las condiciones clínicas del paciente lo permitan.

Por otro lado, el consenso de la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica, publicado por Jiménez Gómez et al. (2026), reafirma el manejo conservador como tratamiento de elección en pacientes pediátricos con lesiones de órganos sólidos secundarias a traumatismo abdominal cerrado. Los autores destacan la necesidad de homogeneizar los protocolos institucionales,

especialmente en aspectos relacionados con la monitorización clínica, los controles analíticos y radiológicos, los criterios de ingreso en UCI y las restricciones de actividad física. En consonancia con estos planteamientos, nuestros resultados identificaron el grado de lesión ≥ IV y la necesidad de transfusión inicial > 20 mL/kg como factores asociados al fracaso del manejo no operatorio, lo que destaca la importancia de una vigilancia clínica y hemodinámica rigurosa durante el tratamiento conservador.

Asimismo, una revisión sistemática y metaanálisis sobre el manejo del trauma pancreático pediátrico, realizada por Barrientos et al. (2025), encontró diferencias en los perfiles de complicaciones entre las estrategias conservadora y quirúrgica. El manejo no operatorio se relacionó con mayor riesgo de formación de pseudoquistes pancreáticos, mientras que el tratamiento quirúrgico presentó mayor riesgo de fístula pancreática iatrogénica, sin diferencias significativas en la mortalidad. Aunque estos resultados corresponden a lesiones pancreáticas y no son directamente extrapolables al trauma hepático o esplénico, refuerzan la importancia de individualizar la conducta terapéutica según el órgano afectado, la estabilidad hemodinámica y las características anatómicas de la lesión.

En nuestro estudio, la mortalidad global fue baja (1,8%), lo que resalta la importancia de una adecuada selección de pacientes y de la aplicación de estrategias terapéuticas oportunas. La identificación temprana de signos de deterioro hemodinámico, sangrado persistente y necesidad creciente de transfusión resulta fundamental para reconocer a los pacientes con mayor riesgo de fracaso del tratamiento conservador y evitar retrasos en la intervención necesaria.

En conjunto, la comparación de nuestros resultados con la literatura científica respalda el manejo no operatorio como primera opción terapéutica en pacientes pediátricos hemodinámicamente estables con traumatismo abdominal cerrado y lesiones hepáticas o esplénicas. La intervención quirúrgica debe reservarse para pacientes con inestabilidad hemodinámica persistente, hemorragia no controlada, peritonitis u otras indicaciones específicas de laparotomía. Asimismo, la identificación de factores asociados al fracaso, como el grado de lesión ≥ IV y la necesidad de transfusión inicial > 20 mL/kg, aporta información relevante para optimizar la monitorización, individualizar las decisiones terapéuticas y fortalecer los protocolos institucionales.

5 CONCLUSIÓN

El presente estudio permitió analizar de manera comparativa los desenlaces clínicos entre el manejo no operatorio y el tratamiento quirúrgico en pacientes pediátricos con trauma abdominal cerrado y compromiso esplénico y/o hepático. Los hallazgos evidencian que el manejo conservador constituye la estrategia terapéutica predominante y, en la mayoría de los casos, se asocia con una elevada tasa de éxito, menor incidencia de complicaciones y una reducción significativa en la estancia hospitalaria y en la Unidad de Cuidados Intensivos. Por el contrario, aunque el tratamiento quirúrgico demostró ser eficaz en la resolución inmediata del cuadro, se vinculó con mayor frecuencia a complicaciones postoperatorias y a una prolongación de la hospitalización, lo que repercute directamente en la recuperación funcional y en el uso de recursos sanitarios.

Asimismo, el análisis multivariado identificó como factores predictores de falla del manejo conservador el grado de lesión ≥IV y la necesidad de transfusión inicial superior a 20 ml/kg, lo que subraya la importancia de una adecuada estratificación inicial del riesgo y de la vigilancia estrecha en pacientes con estas características. La mortalidad global fue baja, lo que confirma que, con criterios de selección apropiados y protocolos institucionales bien definidos, ambos abordajes pueden ofrecer resultados favorables en términos de supervivencia.

En conclusión, el manejo no operatorio debe considerarse la primera opción terapéutica en pacientes pediátricos hemodinámicamente estables con trauma esplénico o hepático, reservando la cirugía para casos de lesiones graves o falla del tratamiento conservador. Estos resultados aportan evidencia local que respalda las recomendaciones internacionales y contribuyen a optimizar la toma de decisiones clínicas, asegurando un equilibrio entre seguridad del paciente y eficiencia en el uso de los recursos hospitalarios.

REFERENCIAS

BARRIENTOS, Mateo Londoño; CALDERON, Sofia Pinzon; LOPEZ ZAPATA, Carlos Alberto; DELGADO LOPEZ, Carlos Andres. Systematic review and meta-analysis of the effectiveness and safety of conservative versus surgical management in pediatric pancreatic trauma. *Seminars in Pediatric Surgery*, v. 38, art. 151564, 2025. DOI: https://doi.org/10.1016/j.sempedsurg.2025.151564. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.sempedsurg.2025.151564. Acceso en: 6 nov. 2026.

CONCEPCIÓN, Johan; CABALLERO, Lorena. *Caracterización del trauma físico en pacientes de 4 a 13 años de edad, atendidos en el servicio de urgencias pediátricas*. 2025. Proyecto de tesis (Maestría en Pediatría) – Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Chiriquí, David, Panamá,

2025. Disponible en: http://jadimike.unachi.ac.pa/handle/123456789/2405. Acceso en: 6 nov. 2026.

GAENSLY, Bruno Amado et al. Trauma abdominal em pediatria: tomada de decisão entre laparotomia e manejo conservador. *Lumen et Virtus*, [S. l.], v. 16, n. 55, e11109, 2025. DOI: https://doi.org/10.56238/levv16n55-080. Disponible en: https://doi.org/10.56238/levv16n55-080. Acceso en: 6 nov. 2026.

GUERRA NÁJERA, Oscar Ricardo. Manejo de trauma cerrado de abdomen en pacientes hemodinámicamente estables. *Revista Diversidad Científica*, v. 3, n. 2, p. 151–160, 2023. DOI: https://doi.org/10.36314/diversidad.v3i2.86.

JIMÉNEZ GÓMEZ, J. et al. Conservative management of pediatric patients with solid organ injury after blunt abdominal trauma: consensus sponsored by the Spanish Society of Pediatric Surgery. *Cirugía Pediátrica*, v. 39, n. 1, p. 22–31, 2026. DOI: https://doi.org/10.54847/cp.2026.01.14. Disponible en: https://doi.org/10.54847/cp.2026.01.14. Acceso en: 6 nov. 2026.

ÖZCAN SIKI, Fatma; SARIKAYA, Mehmet; YAĞMURLU, İsmail; ÜNAL, Samet; YİĞİT, Fatma Betül; GÜNDÜZ, Metin; SEKMENLİ, Tamer; ÇİFTCİ, İlhan. Treat the patient, not the grade of injury: modern management of solid organ trauma in children. *BMC Surgery*, v. 26, art. 526, 2026. DOI: https://doi.org/10.1186/s12893-026-03895-z.

SHINN, Kaitlin et al. Contemporary management of pediatric blunt splenic trauma: a National Trauma Databank analysis. *Journal of Vascular and Interventional Radiology*, v. 32, n. 5, p. 692–702, 2021. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jvir.2020.11.024. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.jvir.2020.11.024. Acceso en: 6 nov. 2026.

SOTO BENAVIDES, Diana Carolina; ARGUEDAS VEGA, Dayanna; DUARTE GONZÁLEZ, Joselyn. Trauma cerrado de abdomen: una revisión de literatura actual. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, v. 8, n. 2, p. 3943–3964, 2024. DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i2.10813.

VALDIVIEZO VERDEZOTO, Gianna Giselle; SARIE AÑAZCO, Pamela Paulina; MOGROVEJO IÑAGUAZO, Elizabeth Fernanda; TACLE HUMANANTE, Silvio Stalin; NARANJO ROMERO, Ralph Russell. Trauma esplénico en pediatría. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, Asunción, v. 4, n. 4, p. 217–228, 2023. DOI: https://doi.org/10.56712/latam.v4i4.1209.