

COMPORTAMIENTO DEL POLITRAUMA EN LA GAMBIA. 2007- 2008

BEHAVIOR OF THE POLITRAUMA IN THE GAMBIA. 2007- 2008

TRAUMA ANITZAREN NONDIK NORAKOAK, GAMBIAN (2007/2008)

Jaime Landell-Cruz

Servicio de Cirugía. Hospital Docente Royal Victoria. La Gambia. Cuba.

RESUMEN

El paciente politraumatizado constituye una urgencia quirúrgica que implica conocimiento, habilidad y destreza. La vida moderna ha hecho que el número de lesionados en todo el mundo cada día sea alarmantemente superior y Gambia, país africano no está excepto de ello. Nos propusimos describir los resultados del comportamiento del paciente politraumatizado. Se realizó un estudio de 155 pacientes traumatizados que fueron atendidos en el periodo de Febrero de 2007 a Agosto de 2008 en los hospitales de Bansang, Farafenni y Royal Victoria de Gambia. Los pacientes estuvieron comprendidos entre 15 y 63 años, el sexo masculino fue el más frecuente con 122 pacientes, los accidentes de tránsito fueron el principal origen del trauma con 60, 7 %, el íleo paralítico prolongado fue la complicación postoperatoria que más se observó con 18 pacientes y la falla múltiple de órganos fue la principal causa de muerte con 9 %.

Palabras claves: politrauma, laparotomía, íleo paralítico, falla múltiple de órganos.

SUMMARY

The politrauma patient is consider a surgical urgency that implicate knowlogde, ability and dexterity. The modern life do that the number of lessions people in all world each day is alarmantly higher, The Gambia african people is not except of them. Our propose is to describe the results of the behavior of the trauma patient Carry out a study of the 155 politrauma patients that were attended in the period of February of 2007 even August of 2008 in the Bansang, Farafenni and Royal Victory hospitals of The Gambia. The patients were between 15 and 63 years, the male sex were the more frequent with 122 patients, the road traffic accident were the main origen of the trauma with 60, 7 %, the paralytic ileum was the postoperative complication that more saw with 18 patients and the organs multiple faillure was the principal cause of death with 9 %.

Key words : politrauma, laparotomy, paralytic ileum, organs multiple faillure.

LABURPENA

Trauma anitza daukan gaixoak berehalako kirurgia lana behar izaten du, eta horretarako, ezinbestekoa da ezagutza, abildadea eta trebezia izatea. Bizitza modernoak halabeharrez ekarri du mundu osoko zaurituen kopurua egunetik egunera nabarmen handiagoa izatea. Afrikako Gambia herrialdea ere ez dago horretatik salbu. Horregatik guztiagatik, trauma anitza daukan gaixoaren jokabidearen emaitzak deskribatzea ezarri genuen jomuga. Trauma zeukaten eta Gambiako Bansang, Farafenni eta Royal Victoria ospitaleetan 2007ko otsailetik 2008ko abuztura bitartean artatu zituzten 155 gaixori buruzko azterlana egin genuen. Ondorioak: gaixoak 15 eta 63 urte bitartekoak ziren; gehientsuenak gizonezkoak (122 gaixo); traumaren eragile nagusiak zirkulazio istripuak izan ziren (%60,7); operazio osteko konplikazio ugariena ileo paralytiko luzea izan zen (18 gaixo); eta heriotza eragin zuen arrazoi nagusia, berriz, organoen faila anizkuna (%9).

Hitz gakoak: trauma anitza, laparotomia, ileo paralytiko, organoen faila anizkuna.

Correspondencia:
Dr. Jaime Landell-Cruz
Avenida Camilo Cienfuegos # 384 % Línea y L. Gamboa.
CP 75200 Las Tunas Cuba
Correo electrónico: cadc@ipilt.rimed.cu

INTRODUCCIÓN.

Los traumatismos constituyen un serio problema para la humanidad, en los últimos tiempos el número de estos pacientes se ha incrementado de forma alarmante en todas las regiones del mundo (1). Un gran número de personas son afectados provocando la muerte en muchos de ellos y secuelas tanto físicas como psicológicas en otros, la mayoría en plena etapa activa de sus vidas tanto social como laboral (2); los accidentes de tránsito, ferroviarios, aéreos y domésticos, las precipitaciones, guerras, terremotos, huracanes y los deportes han incrementado la cantidad de personas afectadas (3).

África a pesar del inferior desarrollo desde el punto de vista económico y social con respecto al resto del mundo no escapa a estos efectos, países como Sudáfrica, Nigeria y Ruanda (4) exhiben altos índices de personas lesionadas por diferentes conceptos (5), Gambia pequeño país del África subsahariana y de escasos recursos no escapa de este fenómeno (6), los accidentes de tránsito ocupan un alto porcentaje de lesionados, en su gran mayoría jóvenes quienes son atendidos en las instituciones hospitalarias del país, en realidad los hospitales gambianos no están debidamente preparados para dar una correcta atención a este tipo de paciente, en los dos años de trabajo internacionalista en este país decidimos realizar un estudio de cómo se ha comportado el manejo de estos pacientes y sacar conclusiones para la mejor atención de los mismos.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo de carácter transversal de los pacientes politraumatizados que fueron atendidos en el período de Febrero de 2007 a Agosto de 2008 en los hospitales de Bansang, Farafenni y Royal Victoria de Gambia. La muestra de trabajo la constituyeron 155 pacientes. Se analizaron variables como: edad y sexo, origen del trauma, órganos y estructuras lesionadas, procedimientos quirúrgicos realizados, complicaciones postoperatorias y mortalidad.

Los criterios de inclusión fueron pacientes politraumatizados con lesiones de cabeza, cuello, tórax y abdomen sin importar el origen del trauma, los criterios de exclusión fueron pacientes menores de 15 años y las lesiones de columna y extremidades.

RESULTADOS

Los pacientes estuvieron comprendidos entre 15 y 63 años con una media de 36,1 años y el sexo masculino fue el más afectado con 122 pacientes (Tabla I) los accidentes de tránsito fueron el principal origen del trauma con

TABLA I. DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES SEGUN EDAD Y SEXO. GAMBIA 2007-2008.

Edad: Media 36,1 años (15-63)
Sexo : 122 Hombres
33 Mujeres

TABLA II. ORIGEN DEL TRAUMA. GAMBIA 2007-2008

Origen	No.	%
Accidente de tránsito.	94	60.7
Precipitaciones.	41	26.5
Contusiones.	12	7.7
Herida por arma blanca.	5	3.2
Herida por arma de fuego.	3	1.9
Total	155	100.0

TABLA III. ÓRGANOS Y ESTRUCTURAS LESIONADAS. GAMBIA 2007-2008.

Órganos	No.
Bazo	26
Cráneo	22
Hígado	17
Pulmón	12
Intestino delgado	8
Colon	7
Estómago	5
Otros	33
Sin lesión	27

* Un paciente puede tener una o más lesiones traumáticas.

TABLA IV. PROCEDER QUIRURGICO REALIZADO. GAMBIA 2007-2008.

Proceder	No.	%
Laparotomía	87	56.1
Pleurotomía	11	7.1
Cervicotomía	4	3.2
Craniotomía	3	1.9
Total	105	68.3

* Un paciente se le puede realizar uno o más procedimientos.

TABLA V. COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS. GAMBIA 2007-2008.

Complicaciones	No.	%
Íleo paralítico prolongado.	18	11.6
Infección de la herida quirúrgica.	13	8.3
Distress respiratorio.	6	3.8
Evisceración	3	1.3
Total	40	25.0

60,7 % (Tabla II), el bazo fue el órgano más afectado con 26 pacientes (Tabla III), la laparotomía fue el proceder quirúrgico más realizado con 56.1 % de los pacientes (Tabla IV) el íleo paralítico prolongado fue la complicación postoperatoria que más se observó con 18 pacientes (Tabla V) y la falla múltiple de órganos fue la principal causa de muerte con 9 % (Tabla VI).

DISCUSIÓN

Cuando se hace un análisis de los grupos etáreos más frecuentemente lesionados en el trauma en muchas ocasiones no existe un grupo de edades fijos que sean mayoritarios en los diferentes trabajos, no obstante la gran mayoría de los autores citan entre los 15 y 44 años como los más propensos al trauma (7, 8, 9, 10, 11) ya que se consideran estas edades como las más importantes de la vida social y laboral, estas son edades en que las personas necesitan trasladarse en ocasiones a distancias extremadamente largas por problemas de estudio, trabajo o negocios, el sexo masculino siempre ha constituido el

TABLA VI. MORTALIDAD. GAMBIA 2007-2008.

Causas	No.	%
Falla múltiple de órganos.	14	9.0
Anemia aguda	7	4.5
Distress respiratorio	6	3.8
Evisceración	2	1.3
Shock cardiogénico	2	1.3
Total	31	20.0

máximo proveedor de los traumatismos, (9, 12, 13, 14) coinciden con nuestro trabajo, esto está condicionado porque las actividades que generalmente realizan los hombres son más beligerantes, el trauma se conoce como una enfermedad de hombres (10), por otro lado los hombres suelen ser más temerarios y pueden sobrepasar límites de velocidad y otras acciones de forma imprudente (15) que generalmente las mujeres no realizan.

Con respecto al origen del trauma existen variedad de criterios (11, 16, 17) tienen cifras similares a la nuestra, otros (18, 19, 20) difieren de nuestro estudio, y es que este tópico depende mucho del lugar donde se realiza el estudio, en las grandes ciudades donde el tráfico, el stress y la vida agitada imperan son muy frecuentes los accidentes de tránsito (21), en localidades rurales donde este elemento es prácticamente mínimo son mayoritarias las precipitaciones y las heridas por arma blanca (9, 22). Con relación al órgano más afectado la mayoría de los autores encuentran las lesiones esplénicas con mayor número de frecuencia (23, 24), nosotros en nuestra estancia de 2 años en el país tuvimos que atender pacientes neuroquirúrgicos debido a la carencia de esta especialidad en el país, llama la atención que 27 pacientes no presentaron lesiones intraabdominales durante la intervención quirúrgica, esto es debido fundamentalmente a la dificultad idiomática sobre todo en pacientes que solo hablan los dialectos, el cuadro clínico y el examen físico fueron los elementos a tener en cuenta para una operación fundamentalmente en el interior del país. La laparotomía es el proceder quirúrgico que se realiza con mayor frecuencia en todo el mundo con respecto al trauma (23, 24, 25, 26), hoy día con el uso de técnicas imagenológicas más novedosas han permitido que la frecuencia del proceder tenga un ligero descenso. Las complicaciones postoperatorias en los pacientes politraumatizados son variadas, (27) encuentra similares complicaciones a la nuestra; (8, 16, 26) encuentran el shock hipovolémico y las infeccio-

nes como las complicaciones más frecuentes, es necesario decir en nuestro caso que no contamos con locales establecidos para la recuperación de estos pacientes (salas de postoperatorio) y que la cuantificación del balance hidroelectrolítico tan importante en todo paciente operado es prácticamente nulo.

La mortalidad de los pacientes politraumatizados con el decursar de los años y el estudio y manejo de la entidad ha hecho que esta disminuya paulatinamente, (28, 29, 30) invocan la anemia aguda como la principal causa de fallecidos, nosotros observamos que un alto número de pacientes soportan la injuria traumática, el hecho de no contar con unidades al respecto, la falta de ventilación mecánica, fluidos y antibióticos necesarios van agotando las reservas energéticas de estos pacientes que verdaderamente no son muchas y los órganos comienzan a fallar como respuesta a un estado grave que no se ha podido resolver.

CONCLUSIONES:

1. El mayor número de pacientes fueron adultos jóvenes del sexo masculino, siendo los accidentes de tránsito los más frecuentes.
2. El bazo fue el órgano más lesionado con la laparotomía como el proceder quirúrgico más realizado.
3. El íleo paralítico prolongado fue la complicación postoperatoria más encontrada y la falla múltiple de órganos constituyó el mayor número de fallecidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Perran S, Rehn B, Allgower M, Border S. In : Blunt multiple trauma. New York 1966:105-31.
2. Budnick L, Chaiken D. The probability of dying of injuries by the 2000. JAMA 1999; 254:3350.
3. Gustilo R, Kyle R, Templeman D. Tratamiento del paciente politraumatizado. Madrid, Mosby, Doyma 2005 (1). 153-68.
4. Badoe EA, Archampong EQ, Da Rocha- Afodu JT. In: Management of the injured patient penetrating and non-penetrating injuries. Principles and practice of surgery. 3rd Edition 2005: 142-77.
5. Nakku J, Nakasi G, Mirembe F. Management of major trauma. Africa Health Sciences. 2006, 6 (4): 207-14.
6. Parkin DM, Ferlay J, Handy-Chenif M. In: Health in Africa. IARC Press, Lyon, France 2003: 39-47.

7. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Alcohol y mortalidad violenta en Medellín, 1999-2002. Centro de referencia sobre la violencia. Regional No. 1, Occidente, Medellín, Marzo 2003.
8. Soler Vaillant R. Análisis estadístico, gravedad y mortalidad. En Soler Vaillant, Alfonso León E, Naranjo González V. Traumatismos torácicos. La Habana Ed Científico-Técnica 2004: 72-91.
9. Landell Cruz J, Villamil Calderón R, Del Risco Zuñet C, Licea Pérez EE. Traumatismo cardíaco penetrante. Estudio de 35 pacientes. Gaceta Médica de Bilbao. 1999; 96 (2): 33-4.
10. Trunkey D, Blaisdell F. Epidemiology In: American Collage of Surgeons 2003.
11. Gilmore C, Navae's H. Gerencia de la calidad. OMS. Washington 2004.
12. Boyd C, Tolson MA, Copes W. Evaluation trauma care. The TRISS method. J Trauma 2004; 27(4): 370-8.
13. Pera C. Traumatismos abdominales. En: principios fundamentales para el diagnóstico y tratamiento. Barcelona. Editorial Masson 2004: 951.
14. González G. The new nacional health care system needs to develop a regionalized trauma care system. 6th World conference injury prevention and control Montreal 2004.
15. Ampudia AS. Politraumatizados. En: Tratado de Enfermería 2006 (1): 10-12.
16. Morales Wong M. Tríada mortal en pacientes politraumatizados. Rev Cubana Cir 2006, 45(1): 39-43.
17. Palacin García V. Atención inicial al paciente politraumatizado. Arch. Cir Gin 2003 (1): 16-9.
18. American Collage of Surgeons Comitte. Advanced trauma life supports for doctors. 6th Edition. Chicago American College Surgeons 2003.
19. Revista Archivo Médico de Camagüey 2003, 6(2): 25-27.
20. Leal Mursuli A, Ramírez ET. Resultados del tratamiento quirúrgico en el traumatismo cardíaco. Rev Cubana Cir 2003; 39(3): 20-5.
21. Altred E. Valoración inicial de un politraumatizado. En: Triage. Politraumatizados. Barcelona 2003: 61-74.
22. Izudin JV. The most frequent injured part of de body in traffic accident. Med Arch 2006; 54(2) 107-8.
23. Soler Vaillant R. Lesiones traumáticas abdominales (Formato Electrónico) 2007(1): 6-26.
24. Soler Vaillant R. Lesiones exsanguinantes en el trauma de abdomen. X Jornada Científica de la SILAC, Cienfuegos 2003.
25. Arjona Medina M, Serrata Dicolso D, Martínez Buena D. Factores asociados a la necesidad de cirugía y factores de mal pronóstico en el traumatismo hepático, Hospital General Universitario Marañón, Madrid 2007.
26. Rondón JE, Aguilar Domínguez C, Rojas Barthelemy I. Traumas abdominales. Experiencias en un servicio de Cirugía General 1986-1993. Rev Cubana Cir. 2004; 41(2): 36-40.
27. Ramos González I, Soler Vaillant R. Herida penetrante en abdomen con lesión de vísceras sólidas. X Jornada Científica de la SILAC. Cienfuegos 2003.
28. Soto González R. Atención prehospitalaria de urgencia al paciente politraumatizado. Rev Cubana Cir. 2007; 5: 1-7.
29. Castellanos Puentes E, Vázquez T, Rodríguez Acosta M. Comportamiento de variables inmunológicas en pacientes politraumatizados. Rev Cubana Investigaciones Biomédicas 2005; 20(3): 15-8.
30. Vinello M, Ferrar F. Changes in the cells meted immune system in posttraumatic sepsis. Minerva Anesthesia 2006 ; 60(3): 87-94.