

**Atención al politraumatizado en la sala de reanimación del Hospital Central de Cabinda. Enero diciembre de 2002.**

**Assistence to polytrauma in the reanimation room of Cabinda Central Hospital. January to December 2002.**

Arcides Abraham Varela Valdés (1), Reinaldo L. Rivero Reyes (2).

**RESUMEN**

Se realiza el estudio del 100% de los pacientes considerados como politraumatizados y que ingresaron en la sala de reanimación del hospital central de Cabinda, la provincia más al norte de la República de Angola, durante el año 2001. El total de pacientes fue de 42, la mayoría de ellos correspondió al sexo masculino, entre las edades de 15 y 40 años. Después de su recuperación fueron transferidos para los servicios quirúrgicos siendo el Servicio de Cirugía General el que más recibió pacientes. La relación con el traumatismo craneoencefálico resultó ser la mayor parte de los fallecidos y se señala la importancia de la evaluación en colectivo de los pacientes para una mejor evolución de estos.

1. Esp. 1º Grado Medicina Interna. Intensivista.
2. Esp. 1º Grado Oftalmología. Neurooftalmólogo.

**INTRODUCCION**

Politraumatizado es todo paciente con más de una lesión traumática, algunas de las cuales comportan, aunque sólo sea potencialmente, un riesgo vital. Se considera que del 10 al 15 % de los pacientes hospitalizados por lesiones traumáticas presentan un estado crítico con riesgo vital. El concepto de politraumatizado, no incluye necesariamente la presencia de lesiones esqueléticas (1, 2)

Los politraumatizados representan la primera causa de muerte en las tres primeras décadas de la vida. Se han descrito diversos índices para su clasificación con relación a la gravedad y el pronóstico. Estos índices pueden ser anatómicos, fisiológicos, o mixtos (1, 2, 3)

En la evolución de un paciente politraumatizado se pueden presentar diversas complicaciones o situaciones patológicas que son determinantes de su gravedad, de las cuales los más frecuentes son la sepsis, el SDRA (síndrome de distres respiratorio del adulto) y el FMO (fracaso múltiple de órgano) (1- 6)

Teniendo en cuenta la alta incidencias de pacientes politraumatizados en esta provincia al norte de Angola, llamada Cabinda, hemos creado un grupo de trabajo para la atención a este tipo de pacientes y decidimos hacer este estudio retrospectivo con el objetivo de conocer la situación específica y el comportamiento de los pacientes politraumatizados en la sala de reanimación del hospital central de Cabinda (HCC) y, a la vez, dar a conocer parte del trabajo de la brigada médica cubana en Cabinda, Angola.

Pensamos que las experiencias obtenidas durante este tiempo puedan contribuir de alguna forma al enriquecimiento de nuestros criterios y en general ayuden en el proceder con los pacientes con este tipo de afección.

## MATERIAL Y METODO

Para realizar este estudio nos basamos en el método de observación analítica para así revisar las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de Politraumatizado, en el período comprendido entre enero y diciembre del año 2001; es decir, un año y que fueron atendidos en la sala de reanimación del Hospital Central de Cabinda, República de Angola.

La muestra quedó finalmente constituida por 42 pacientes, de los cuales fue posible reunir todos los datos requeridos para este trabajo.

Las variables estudiadas fueron:

Edad, sexo, proveniencia, transferencia para los diferentes servicios quirúrgicos del hospital después del alta, mortalidad y relación con traumatismos craneoencefálicos.

De los datos obtenidos en dichas encuestas surgió el procesamiento de los mismos lo que permitió la confección de las tablas que sustentan este trabajo.

## RESULTADOS

En la tabla 1 se observa que la mayor parte de los pacientes que fueron atendidos son del sexo masculino, 26 pacientes(61,90%)

En relación con la distribución por edad se puede observar que la mayor frecuencia correspondió a los pacientes entre los 15 y 40 años (28,57%), muy parecido en frecuencia para ambos sexos, pues representó en el femenino el 19,04%.

Tabla n.º 1: Distribución de los casos internados en la Sala de Reanimación con diagnóstico de Politraumatizado.

Grupo etario	masculino	%	femenino	%	Total General
0- 5 años	1	2,38	3	7,15	4
6- 10 años	5	11,91	1	2,38	6
11- 14 años	3	7,15	2	4,76	5
15- 40 años	12	28,57	8	19,03	20
41- 60 años	3	7,15	0	0	3
>60 años	2	4,76	1	2,38	3
S/ Identidad	0	0	1	2,38	1
Total	26	61,92	16	38,08	42

Fuente: Libro de Registro de pacientes de la Sala de Reanimación del HCC

En la tabla 2 se aprecia que la mayor parte de los pacientes (76,19%) provienen del municipio cabecera, Cabinda, el cual tiene el mayor desarrollo social y económico.

Tabla n.º 2: Proveniencia de los pacientes.

Lugar de proveniencia	n.º	%
Municipio Cabinda	38	90,48
Municipio Bucu- au	2	4,76
Municipio. Cacongo	1	2,38
Sojo, Mpio. Zaire	1	2,38
Total	42	100

Fuente: Libro de Registro de pacientes de la Sala de Reanimación del HCC

La tabla 3 muestra hacia qué servicios fueron transferidos los pacientes, teniendo en cuenta las localizaciones de sus traumas y la edad... Del total de pacientes (42), la mayoría fue al servicio de cirugía general y llama la atención el fallecimiento de 4 pacientes (9,52%) lo que representa una baja mortalidad en comparación con otros estudios realizados (1, 2). Vale la pena destacar el paciente que está señalado como sin destino porque fue llevado por sus familiares para un lugar desconocido, teniendo en cuenta las costumbres sociales y su comportamiento que es completamente diferente a nuestro país.

Tabla n.º 3: Traslado de los pacientes desde la Sala de Recuperación.

Lugar de Traslado	n.º de pacientes	%
Servicio de Cirugía General	19	45,24
Servicio de Pediatría	12	28,57
Servicio de Ortopedia	2	4,76
Alta Hospitalaria	1	2,38
A su casa (solicitud fmliar.)	1	2,38
Sin destino	1	2,38
Luanda (Capital del país)	2	4,76
Fallecidos	4	9,53
Total	42	100,00

Fmliar: Familiar.

Fuente: Libro de Registro de pacientes de la Sala de Reanimación del HCC.

La tabla 4 presenta la mortalidad con relación al sexo. Coincide con los estudios revisados (1, 2), que la mayor parte de los pacientes son del sexo masculino y que también tienen el mayor por ciento de fallecidos- con 7,14- ya que de los 4 pacientes que se recogen como fallecidos 3 son del sexo masculino.

Tabla n.º 4: Relación de vivos y fallecidos con relación al sexo.

Pacientes	vivos		Fallecidos		Total General	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Masculinos	23	54,76	3	7,15	26	61,91
Femeninos	15	35,71	1	2,38	16	38,09
Total	38	90,47	4	9,53	42	100,00

Fuente: Libro de Registro de pacientes de la sala de Reanimación del HCC.

La tabla 5 refleja la relación del politraumatizado con el traumatismo craneoencefálico y se observa que de los 4 fallecidos hay 3 pacientes que presentaron este trauma, lo que representa el 75% de los pacientes.

Tabla n.º 5: Relación entre Politraumatismo y Trauma craneoencefálico.

Tipo de lesión	VIVOS		FALLECIDOS		TOTAL GENERAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Politrauma						
S/ lesión encefálica	26	61,90	1	2,38	27	64,28
C/ lesión encefálica	12	28,57	3	7,15	15	35,72
Total	38	90,47	4	9,53	42	100,00

Fuente: Libro de Registro de pacientes de la Sala de Reanimación del HCC

## DISCUSION

A pesar de las pocas posibilidades en cuanto a recursos humanos y materiales y no contar con un Servicio de Neurocirugía, los pacientes politraumatizados fueron atendidos en su mayoría por un colectivo médico formado por un cirujano, un ortopédico, un oftalmólogo y un clínico intensivista, todos cubanos.

En nuestro estudio la distribución por grupos etáreos se comportó igual que en la literatura revisada (1, 2, 3) ya que esa edad es la de mayor incidencia para este tipo de lesiones teniendo en cuenta que este grupo es el de mayor actividad laboral en la sociedad y por ende está sometido a un mayor riesgo.

Un análisis minucioso lleva a conocer que la mayoría de los pacientes no presentó, por suerte, traumatismo craneoencefálico y de los 4 fallecidos, 3 de ellos presentaron tal lesión, lo que se corresponde con los otros estudios revisados (1- 4, 6)

En nuestro estudio hemos añadido la relación de mortalidad y sexo viéndose que los pacientes del sexo masculino comportan una morbimortalidad mayor, lo que pensamos sea debido, como es lógico, a la mayor actividad que este sexo realiza en las labores de tipo constructivas y su movimiento por las cuestiones propias del trabajo que aquí desempeñan, incluyendo las actividades militares.

Si bien los resultados obtenidos no pueden catalogarse como óptimos, consideramos que teniendo en cuenta las características del centro, personal de que disponemos y recursos a nuestro alcance, han sido satisfactorios y con resultados similares a otros estudios revisados (2- 3)

## **CONCLUSIONES**

- 1-La mayoría de los pacientes atendidos son del sexo masculino.
- 2-En relación con la edad, correspondió al grupo entre 15 y 40 años ser los más afectados.
- 3-El municipio de Cabinda, la capital provincial, fue el que más pacientes politraumatizados tuvo.
- 4-La mayor parte de los pacientes fueron transferidos desde reanimación hasta la sala de cirugía.
- 5-En el sexo masculino también se presentaron el mayor número de muertos.
- 6-El traumatismo craneoencefálico se relacionó directamente con la causa de los fallecidos.

## **ABSTRACT**

An study of the 100% of patients considered as polytrauma and were admitted in the reanimation room of Cabinda Central Hospital northern province of the Republic of Angola during 2001. The sample was of 42 patients, most of them were male between 15-40 years. After their recovery they ere transfered to surgery service being this service the one which treated more patients. Craneocerebral trauma was the main cause of death and this paper show the importance of the collective evaluation of patients for their bettther evaluation.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Lloret Joseph, Muñoz Josefina. Protocolo Terapéutico de Urgencia. 3ªed. Barcelona: Springer-Verlas Ibérica;1997: 950- 953
2. Cline David M, John MA. Emergência Médica. 5ª ed. Lisboa: Mc Graw Hill Inc; 1997: 821
3. Schwartz Shires S. Princpios de Cirurgia. 6ª ed. Lisboa: Mc Graw Hill Inc;1995: 82- 83.
4. Andreoli E,Thomas. Medicina Interna Básica. 6ª ed. Rio do Janeiro: Guanabara Koogan; 1997: 839- 840.
5. Suddarth Doris. Prática de Enfermagem Vol. 1. 5ª ed. Rio do Janeiro: Guanabara Koogan; 1994:565.
6. Smeltzer C. Brunner & Suddarth. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 8ª ed. Rio do Janeiro: Guanabara Koogan; 2000: 222, 1532,1721.
7. Stussman BJ. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 1994 emergency department summary. Advance data from vital and health statistics. Hyattsville: National Center for Health Statistics; 1996.
8. Hollander JE, Singer AJ, Valentine S, Henry MC. Wound registry: development and validation. Ann Emerg Med 1995;25:675-685. [Erratum, Ann Emerg Med 1995;26:532.]
9. Edlich RF, Rodeheaver GT, Morgan RF, Berman DE, Thacker JG. Principles of emergency wound management. Ann Emerg Med 1988;17:1284-1302.

10. Cruse PJE, Foord R. A five-year prospective study of 23,649 surgical wounds. *Arch Surg* 1973;107:206-210.
11. Wray RC. Force required for wound closure and scar appearance. *Plast Reconstr Surg* 1983;72:380-382.
12. Cardany CR, Rodeheaver G, Thacker J, Edgerton MT, Edlich RF. The crush injury: a high risk wound. *JACEP* 1976;5:965-970.
13. Worrall GJ. Repairing skin lacerations: does sterile technique matter? *Can Fam Physician* 1987;33:1185-1187.
14. Caliendo JE. Surgical masks during laceration repair. *JACEP* 1976;5:278-279.
15. Bodiwala GG, George TK. Surgical gloves during wound repair in the accident-and-emergency department. *Lancet* 1982;2:91-92.
16. Dire DJ, Hogan DE. Double-blind comparison of diphenhydramine versus lidocaine as a local anesthetic. *Ann Emerg Med* 1993;22:1419-1422.
17. Bartfield JM, Gennis P, Barbera J, Breuer B, Gallagher EJ. Buffered versus plain lidocaine as a local anesthetic for simple laceration repair. *Ann Emerg Med* 1990;19:1387-1389.
18. Brogan GX, Giarrusso E, Hollander JE, Cassara G, Maranga MC, Thode HC. Comparison of plain, warmed, and buffered lidocaine for anesthesia of traumatic wounds. *Ann Emerg Med* 1995;26:121-125.
19. Bartfield JM, Lee FS, Raccio-Robak N, Salluzzo RF, Asher SL. Topical tetracaine attenuates the pain of infiltration of buffered lidocaine. *Acad Emerg Med* 1996;3:1001-1005.
20. Kelly AM, Cohen M, Richards D. Minimizing the pain of local infiltration anesthesia for wounds by injection into the wound edges. *J Emerg Med* 1994;12:593-595.
21. Brogan GX, Singer AJ, Valentine SM, Thode HC Jr, Giarrusso E, Hollander JE. Comparison of wound infection rates using plain versus buffered lidocaine for anesthesia of traumatic wounds. *Am J Emerg Med* 1997;15:25-28.
22. Ernst AA, Marvez-Valls E, Nick TG, Weiss SJ. LAT (lidocaine-adrenaline-tetracaine) versus TAC (tetracaine-adrenaline-cocaine) for topical anesthesia in face and scalp lacerations. *Am J Emerg Med* 1995;13:151-154.
23. Sacchetti A, Schafermeyer R, Geradi M. Pediatric analgesia and sedation. *Ann Emerg Med* 1994;23:237-250.
24. Seropian R, Reynolds BM. Wound infections after preoperative depilatory versus razor preparation. *Am J Surg* 1971;121:251-254.
25. Stevenson TR, Thacker JG, Rodeheaver GT, Bacchetta C, Edgerton MT, Edlich RF. Cleansing the traumatic wound by high pressure syringe irrigation. *JACEP* 1976;5:17-21.
26. Rodeheaver GT, Pettry D, Thacker JG, Edgerton MT, Edlich RF. Wound cleansing by high pressure irrigation. *Surg Gynecol Obstet* 1975;141:357-362.
27. Madden J, Edlich RF, Schauerhamer R, Prusak M, Borner J, Wangensteen OH. Application of principles of fluid dynamics to surgical wound irrigation. *Curr Top Surg Res* 1971;3:85-93.
28. Rodeheaver G, Pettry D, Turnbull V, Edgerton MT, Edlich RF. Identification of the wound infection-potentiating factors in soil. *Am J Surg* 1974;128:8-14.
29. Singer AJ, Hollander JE, Subramanian S, Malhotra AK, Villez PA. Pressure dynamics of various irrigation techniques commonly used in the emergency department. *Ann Emerg Med* 1994;24:36-40.
30. Wheeler CB, Rodeheaver GT, Thacker JG, Edgerton MT, Edlich RF. Side-effects of high pressure irrigation. *Surg Gynecol Obstet* 1976;143:775-778.
31. Dire DJ, Welsh AP. A comparison of wound irrigation solutions used in the emergency department. *Ann Emerg Med* 1990;19:704-708.
32. Faddis D, Daniel D, Boyer J. Tissue toxicity of antiseptic solutions: a study of rabbit articular and periarticular tissues. *J Trauma* 1977;17:895-897.
33. Oberg MS, Lindsey D. Do not put hydrogen peroxide or povidone iodine into wounds! *Am J Dis Child* 1987;141:27-28.