

Editorial

TRAUMA, ¿UNA BATALLA PERDIDA? TRAUMA, IS IT A LOST BATTLE?

Raúl Guevara Castro¹

1. Jefe del servicio de cirugía, Clínica Universitaria Colombia

El trauma continúa siendo una importante causa de morbimortalidad global, es la sexta causa de mortalidad y la quinta causa de discapacidad. La distribución de las causas de defunción por trauma en el mundo son: en primer lugar los accidentes de tránsito con el 29%, seguido por las caídas con el 12% y la violencia interpersonal 9,16% (1,2).

La pérdida de años de vida ajustados por discapacidad (DALYs), por sus siglas en inglés, son 278.6 millones. (11,2%) (3).

En Colombia, según el Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia 2015, la cuarta causa de mortalidad para el 2013 es la denominada causa externa con el 16,79% del total de las defunciones y con el 30,51% de los años de vida potencialmente perdidos.

Dentro de estas causas externas la violencia interpersonal ocupa el primer lugar con un 52,84%, mostrando la tasa más baja en la última década en el país (4).

Para el 2014 el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INML-CF) recibió 25.225 casos por muerte violenta con una tasa de 52,92 casos por 100.000 habitantes de las cuales el 50,07% son por homicidio (5).

Los anteriores datos nos dan una idea del gran impacto que tiene el trauma en la sociedad, donde se requiere un adecuado uso de los recursos para obtener los mejores resultados posibles.

Como se expresa en el artículo de los Doctores González, Duque y Uzcátegui, los datos de morbimortalidad en la literatura médica provienen en su mayoría de países desarrollados donde la prevención y el manejo pre hospitalario de los pacientes con trauma es mejor.

Los factores de riesgo en el trauma se relacionan con variables sociales, sanitarias, culturales, económicas y políticas; el manejo depende de una amplia gama de estructuras, organizaciones y especialidades clínicas y quirúrgicas.

Disminuir la carga de la enfermedad asociada al trauma es una tarea compleja que requiere un enfoque multidisciplinario y una gran constancia para que se deje de ver como la "epidemia desatendida" (1).

Los puntajes de riesgo asociados al trauma se han desarrollado desde 1974 (6) con la idea de clasificar los pacientes según la severidad de las lesiones y su estado hemodinámico para definir un pronóstico. Las escalas de riesgo pueden ser de tipo anatómico, fisiológico o mixtas (7).

Estas herramientas han mejorado los desenlaces de los pacientes politraumatizados gracias a una mejor predicción de complicaciones, necesidad de cirugías abreviadas y una estandarización de los procesos en los servicios de trauma.

Factores que no se tenían en cuenta como los grupos etarios sensibles: niños, mujeres embarazadas y ancianos y la actividad docente, se están involucrando en estas escalas (8,9).

El esfuerzo para validar y ajustar las escalas de riesgo en trauma a nuestro medio debe incentivarse para obtener datos y resultados confiables con los que se diseñen políticas más acordes a las necesidades reales de nuestras poblaciones.

REFERENCIAS

1. Baker SP. Injuries: the neglected epidemic: Stone lecture, 1985 America Trauma Society Meeting. *J Trauma*. abril de 1987;27(4):343-8.
2. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet Lond Engl*. 15 de diciembre de 2012;380(9859):2095-128.
3. Alberdi F, García I, Atutxa L, Zabarte M, Trauma and Neurointensive Care Work Group of the SEMICYUC. Epidemiology of severe trauma. *Med Intensiva Soc Esp Med Intensiva Unidades Coronarias*. diciembre de 2014;38(9):580-8.
4. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2015.pdf>.
5. <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/88730/1656998/Forensis+Interactivo+2014.24-JULpdf.pdf/9085ad79-d2a9-4c0d-a17b-f845ab96534b>
6. Baker SP, O'Neill B, Haddon W, Long WB. The injury severity score: a method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care. *J Trauma*. marzo de 1974;14(3):187-96.
7. Restrepo-Álvarez CA, Valderrama-Molina CO, Giraldo-Ramírez N, Constain-Franco A, Puerta A, León AL, et al. Puntajes de gravedad en trauma. *Rev Colomb Anestesiol*. octubre de 2016;44(4):317-23.
8. Joseph B, Pandit V, Zangbar B, Kulvatunyou N, Tang A, O'Keefe T, et al. Validating trauma-specific frailty index for geriatric trauma patients: a prospective analysis. *J Am Coll Surg*. julio de 2014;219(1):10-17.e1.
9. Napolitano LM, Biester TW, Jurkovich GJ, Buyske J, Malangoni MA, Lewis FR, et al. General surgery resident rotations in surgical critical care, trauma, and burns: what is optimal for residency training? *Am J Surg*. 13 de agosto de 2016;