

PARTICULARITĂȚI ALE DECESELOR VIOLENTE LA COPIL ÎN JUDEȚUL IAȘI

SOLANGE TAMARA ROȘU¹, ODETTA DUMA²

¹Doctorand, Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa” Iași, ²Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa” Iași

Cuvinte cheie: moarte violentă, traumă pediatrică, particularități, prevenție
Rezumat: Moartea violentă este o formă medico-legală a morții, cu implicații medicale și sociale. Profilul identificat a fost următorul: copil în vârstă de nouă ani, de sex masculin, din mediul rural, care a suferit un traumatism violent la sfârșit de săptămână, vara (cu mare probabilitate în luna iulie), la domiciliu, decesul survenind înainte de sosirea serviciilor medicale de urgență. Studiul are un caracter descriptiv și pe baza sa se pot elabora strategii de prevenție primară, secundară și terțiară.

Keywords: violent death, pediatric trauma, particularities, prevention
Abstract: Violent death is a medico-legal form of death that involves both social and medical issues. The objective of the research is the analysis of particularities of 274 children violent deaths registered in Iasi county during of five years (2004-2009). The identified profile of the death was: 9 years child, male, rural, who suffered a violent trauma at the end of the week, in the summer (the highest probability in July), at home, death before arriving of emergency medical services. The study has a descriptive character and can be considered as foundation for elaborating the strategies of primary, secondary and tertiary prevention.

INTRODUCERE

Moartea este un fenomen care a ridicat multe semne de întrebare tuturor civilizațiilor. Moartea violentă este o formă medico-legală a morții cu implicații medicale și sociale. Precizarea etiologiei morții violente la copil întâmpină dificultăți în separarea traumatismelor intenționate, suicidare, de cele accidentale.

Problemele emoționale, relaționale, dificultățile școlare și profesionale, consumul de toxice (cu precădere alcool) pot determina un comportament violent, agresiv. Suicidul este un act de autoprivațiune conștientă de viață, dar de cele mai multe ori interferează cu accidentele și omorurile. De aceea, caracterul complex al acestei probleme poate influența datele statistice; în plus, familia victimei încearcă de cele mai multe ori din diverse motive să ascundă cauza reală a decesului. Criza economică, dezorganizarea socială influențează capacitatea individului de a se adapta la transformările sociale și implicit, crește riscul suicidar.

Conform datelor statistice de la nivel național, în ultimii ani se constată o creștere dramatică a morților violente (>60 % din totalul expertizărilor pe cadavre). (1) Pe primul loc în aceste rapoarte sunt decesele prin accidente, iar cauza cea mai frecventă sunt accidentele de trafic, în concordanță cu raportările OMS (2), la nivel european și mondial. Estimările OMS preconizează o creștere în dinamică a deceselor prin accidente de trafic (3), un semnal de alarmă pentru evenimentele violente care pot fi prevenite prin intervenția asupra factorilor de risc. (4,5)

Condițiile socio-economice ale regiunii geografice influențează, de asemenea, terapia de urgență la nivel de spital. Conduita primară de evaluare și tratament în spital conform unor protocoale prestabilite este absolut necesară, implementarea având ca scop îmbunătățirea prognosticului traumatismelor violente indiferent de etiologie, deci o scădere a ratei morții violente în general. (6,7)

SCOPUL STUDIULUI

Scopul studiului este de a evidenția particularitățile celor 274 de decese violente la copii, înregistrate în județul Iași pe un interval de cinci ani (2004-2008).

MATERIAL ȘI METODĂ

Scopul cercetării de față este de a evidenția particularitățile deceselor violente la copii, înregistrate în județul Iași pe un interval de 5 ani (2004-2008). Studiul are un caracter descriptiv și urmărește identificarea următoarelor caracteristici:

- Personale (vârsta, sex, mediu de reședință, consum alcool)
- Temporale (variații ale numărului de decese pe parcursul zilelor săptămânii, dar și de-a lungul celor douăsprezece luni din an)
- Spațiale (locul de producere al traumei, locul decesului).

Analiza acestor variabile permite elaborarea unui profil al copilului decedat printr-o cauză violentă, pe baza căruia pot fi inițiate măsuri concrete de prevenire a accidentelor și traumatismelor, de reducere a complicațiilor și mai ales, de prevenire a altor decese. Sursa de date a reprezentat-o dosarele de expertiză medico-legală a cadavrelor, din cadrul Institutului de Medicină Legală Iași. Baza de date s-a realizat în Programul EXCEL din pachetul Microsoft Office 2007, iar analiza statistică în EPIINFO 2004. Pentru compararea rezultatelor s-a utilizat testul Kolmogorov Smirnov și testul chi pătrat. Valoarea lui p care reflectă probabilitatea ca diferența dintre variabilele analizate să fie întâmplătoare a fost considerată mai mare ca 0,05.

REZULTATE ȘI DISCUȚII

La nivelul Institutului de Medicină Legală Iași, în intervalul 2004-2008 s-au înregistrat 274 decese la copiii din grupa de vârstă 0-18 ani (Tabelul nr. 1).

Caracteristici personale

¹Autor Corespondent: Solange Tamara Roșu, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Sfânta Maria”, Strada Vasile Lupu, nr. 62-64, Iași, România, e-mail: rosusolange@yahoo.com, tel +40-0722848949
ACTA MEDICA TRANSILVANICA Martie 2010; 2(1):86-88

ASPECTE CLINICE

Distribuția pe grupe de vârste evidențiază faptul că, aproximativ un sfert din cazuri sunt adolescenți de 16-18 ani, în timp ce ponderea deceselor la copiii de 4-6 ani este mai mică de 10 % (Tabelul nr. II).

Tabelul nr. 1. Distribuția deceselor la copii, 2004-2008

Anul	Nr.	%
2004	69	25,18
2005	48	17,51
2006	44	16,05
2007	68	24,81
2008	45	16,42
Total	274	100,00

Tabelul nr. 2. Distribuția deceselor violente pe grupe de vârstă

Grupă vârstă (ani)	Nr.	%
< 1	28	10,22
1-3	47	17,15
4-6	26	9,48
7-9	36	13,15
10-12	35	12,77
13-15	38	13,87
16-18	64	23,36
Total	274	100,00

Vârsta medie pentru lotul înregistrat a fost de $9,68 \pm 6,04$ ani, ceea ce evidențiază o distribuție de tip asimetric, negausiană. Vârsta mediană calculată a fost de 9,00 ani.

Distribuția în funcție de sex a fost următoarea :

- Decese sex masculin - 164 (59,85 %);
- Decese sex feminin - 110 (40,15 %).

Raportul masculin/ feminin calculat este de 1,5/1, în concordanță cu rezultatele altor cercetări. (3)

Analiza mediului de reședință arată că mai mult de 2/3 din decese s-au produs în rândul copiilor din mediul rural (70,81 %), astfel că raportul urban /rural este de 1/2,4.

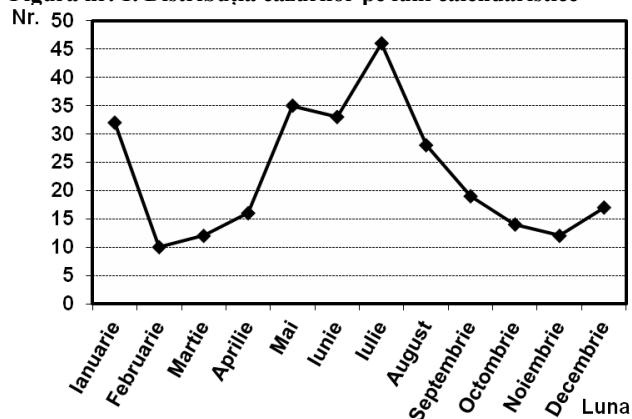
Cazurile provin atât din județul Iasi (68,62 %), cât și din alte județe ale Moldovei (31,38%), transferul într-o clinică de specialitate fiind dictat de gravitatea traumatismului, de necesarul de resurse materiale și umane. Patologia provocată de uzul, abuzul și dependența de substanțe psihoactive, inclusiv alcool, are efecte devastatoare pe plan social și economic.

Examenle toxicologice sunt necesare când se bănuiește acțiunea unui toxic asupra organismului, pentru tanatogeneza de excludere și obligatorii pentru confirmarea în organism a unei substanțe deja cunoscute. (8) Testul privind consumul de alcool a fost realizat în 126 cazuri (45,99 %), la care au existat suspiciuni. Din acestea, 30 probe au fost pozitive, deci aproximativ unu din patru copii testați au ingerat alcool (23,81 %).

Caracteristici temporale

Plecând de la premisa că pe parcursul unui an se pot înregistra variații ale numărului de accidente /traumatisme care se pot solda cu deces, am constatat că cele mai puține cazuri s-au înregistrat în luna februarie (3,65 %), iar cele mai multe în luna iulie (16,80 %), așa cum reiese din figura nr.1.

Figura nr. 1. Distribuția cazurilor pe luni calendaristice

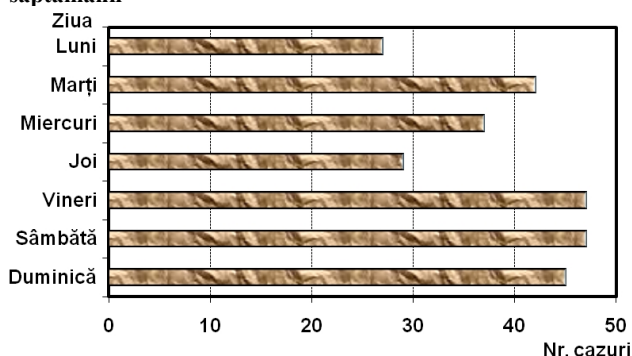


Aceste diferențe sunt explicate prin faptul că iarna copiii stau mai mult în casă și sunt supravegheați de părinți, în timp ce vara, după intrarea în vacanță, copiii petrec mai mult timp în mediul înconjurător, aproape de casă sau chiar la distanțe mari, cu o supraveghere minimă sau chiar fără consimțământul apărătorilor. În plus, vara ziua este mai lungă, fapt ce favorizează activitățile în aer liber, față de sezonul rece.

Compararea distribuției reale a numărului de cazuri pe cele 12 luni calendaristice dintr-un an, cu o distribuție egală, ipotetică, a evidențiat diferențe semnificative ($p=0,01$).

Studiul cuprinde o analiză în funcție de ziua din săptămână în care a avut loc evenimentul tanatogenerator. Numărul de decese a variat de la un minim de 27 (9,85 %) constatat în zilele de luni, la un maxim de 47 (17,15 %) în zilele de vineri, respectiv sâmbătă (Figura nr. 2). De menționat, de asemenea, că la sfârșitul săptămânii (zilele de vineri, sâmbătă, duminică) se produc jumătate din numărul total de decese (50,72 %). Comparând și în acest caz distribuția pe cele șapte zile ale săptămânii s-a obținut însă o diferență nesemnificativă ($p>0,05$).

Figura nr. 2. Distribuția deceselor în funcție de zilele săptămânii



Caracteristici spațiale

Analiza acestor variabile a inclus locul accidentului și respectiv, locul decesului. Aproximativ jumătate (47,81 %) din copii au suferit la domiciliu evenimente care ulterior s-au soldat cu deces. Pe locul doi în ierarhie se situează traumatismul înregistrat pe drum public, ca și accident de trafic (inclusiv cale ferată) (26,64 %), urmate de cazurile în care locația decesului a fost reprezentată de ape curgătoare (16,42 %).

Analiza stratificată pe medii de reședință arată că atât în urban, cât și în rural, cele mai importante trei locații pentru accidente /traumatisme sunt, în ordine, aceleași:

1. domiciliu
2. drum public, cale ferată
3. apa curgătoare.

ASPECTE CLINICE

Mai mult de jumătate din cazuri (56,56 %) au decedat la locul accidentului, acest fapt subliniind și un grad maxim de gravitate. Aproximativ unu din trei copii (29,56 %) decedează în prima unitate spitalicească în care sunt transportați. Transferul copiilor spre servicii specializate în spitalele ierarhic superioare s-a realizat în relativ puține cazuri (13,88 %), situație explicată și de evoluția naturală a traumatismelor violente (9), știut fiind că decesele cauzate de traumatisme apar în trei momente importante:

- primul și cel mai important se înregistrează la câteva secunde până la câteva minute după traumă
- al doilea moment se înregistrează de la câteva minute, la câteva ore (53% din cazuri)
- al treilea se înregistrează de la câteva zile la câteva săptămâni prin traumatism craniocerebral (TCC) sever și sindrom de disfuncție organică multiplă (MSOF).

Rezultă din cele menționate importanța asistenței medicale de urgență în prespital și transportul sigur și rapid, în serviciile de traumă pediatrică, dintr-un centru regional de îngrijire spitalicească, încă din primul moment al evenimentului. Funcționarea optimă a sistemelor de urgență pediatrică poate duce la scăderea și chiar eliminarea deceselor evitabile, precum și la scăderea numărului de copii care rămân cu dizabilități. În România în prezent urgențele traumatiche nu sunt delimitate de cele netraumatice, probabil datorită faptului ca aceste sisteme de traumă sunt foarte costisitoare și sunt finanțate în cea mai mare parte de la buget. Este de remarcat faptul că dintre copiii care erau în viață în momentul sosirii ambulanței, aproximativ două treimi (61,90 %) au ajuns de la început într-un spital județean sau regional unde li s-au acordat îngrijirile necesare.

CONCLUZII

Analiza caracteristicilor personale, temporale și spațiale pentru cele 274 decese înregistrate la Institutul de Medicină Legală Iași, la copiii 0-18 ani din județul Iași, în intervalul de cinci ani, 2004-2008, a evidențiat următoarele :

1. Profil – copil în vârstă de 9 ani, sex masculin, mediul rural, care suferă un traumatism violent la sfârșit de săptămână, vara (cu mai mare probabilitate în luna iulie), la domiciliu și care se soldează cu deces înaintea sosirii serviciilor medicale de urgență.
2. Indiferent de particularitățile decesului, atrage atenția lipsa de supraveghere din partea familiei, inclusiv la domiciliu.
3. O campanie de prevenire a deceselor violente la copil ar trebui să se bazeze pe implicarea familiei, dar și a copilului (cu responsabilități adecvate vârstei), un rol decisiv având expunerea minimă la factorii de risc și conștientizarea riscului.
4. Transportul pacientului traumatizat trebuie realizat în siguranță și cât mai rapid într-un centru de traumă pediatrică.

BIBLIOGRAFIE

1. <http://www.legmed.ro> Raportul asupra activității rețelei de medicina legala 2004-2008
2. http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safet_y_status/2009 Global status report on road safety:time for action Geneva, World Health Organization , 2009
3. Mathers C, Loncar D. Updated projections of global mortality and burden of disease, 2002-2030: data sources, methods and results. Geneva, World Health Organization, 2005

4. Haddon Jr W. Advances in the epidemiology of injuries as a basis for public policy. Public Health Report, 1980, 95: 411-421
5. Peden M et al. World report on road traffic injury prevention. Geneva, World Health Organization, 2004
6. Sasser S et al. Prehospital trauma care systems. Geneva, World Health Organization, 2005
7. Mock C et al. Guidelines for essential trauma care. Geneva, World Health Organization, 2004
8. Beliș V. Aspecte toxicologice, clinice și medico-legale în etilism, București: Editura Medicală, 1988
9. Buruiiană M, Olteanu M, Ciurea AV. Distribuția trimodală a deceselor prin traumă în Traumatologie pediatrică, Ed . APP , București, 1998: 33-35.