

MÉDICOS DE LA FAMILIA ANTE LOS TRAUMATISMOS DEL SISTEMA NERVIOSO: ¿PUEDEN DISMINUIR LA MORTALIDAD?

Ramiro Pereira Riverón,¹ Susana A. Fernández Benítez,² Enrique de Jongh Cobo,³ Diana Menéndez Ramírez⁴ y Esteban Roig Fabrè⁵

RESUMEN: La mortalidad y las secuelas permanentes de los pacientes con traumatismos craneoencefálicos o raquimedulares graves, pueden disminuir por acciones de los médicos generales integrales y otros miembros de las áreas de salud. Aparte del esencial trabajo de prevención de accidentes, impedir o tratar rápidamente la hipoxia y la hipotensión arterial postraumática son factores decisivos.

Descriptores DeCS: **TRAUMATISMOS DE LA CABEZA/ diagnóstico; TRAUMATISMOS DE LA CABEZA/ terapia; TRAUMATISMOS DE LA MEDULA ESPINAL/diagnóstico; TRAUMATISMOS DE LA MEDULA ESPINAL/ terapia; ANOXIA CEREBRAL/ prevención & control; ANOXIA CEREBRAL/ etiología; HIPOTENSION/ prevención & control; HIPOTENSION/ etiología; ESCALA DE COMA DE GLASGOW; MEDICOS DE FAMILIA; SERVICIOS MEDICOS DE URGENCIA/ métodos.**

Los accidentes son la primera causa de muerte de los cubanos menores de 50 años y un factor importante de riesgo en los de edades mayores.¹ Aproximadamente la mitad de las víctimas fatales por traumatismos en general, fallecen por un traumatismo craneoencefálico grave.²

Un porcentaje importante de ellos, hasta un 50 % o más, según algunos estudios

internacionales,^{2,3} pudieran sobrevivir si se impide que la tensión arterial sistólica descienda de 90 mmHg. Algo similar ocurre con las secuelas de los pacientes con traumatismos raquimedulares graves.⁴ (Pereira R. Traumatismos del Sistema Nervioso Central. Tesis para optar por el grado de Candidato a Doctor en Ciencias. Ministerio de Educación Superior, La Habana, 1983).

¹ Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Neurocirugía. Facultad de Ciencias Médicas "General Calixto García". Ciudad de La Habana.

² Especialista de I Grado en Neurología. Facultad de Ciencias Médicas "General Calixto García". Ciudad de La Habana.

³ Especialista de I Grado en Neurocirugía. Facultad de Ciencias Médicas "General Calixto García". Ciudad de La Habana.

⁴ Especialista en Medicina General Integral. Facultad de Ciencias Médicas "General Calixto García". Ciudad de La Habana.

⁵ Especialista de II Grado en Neurocirugía. 2do Jefe del Servicio de Neurocirugía. Facultad de Ciencias Médicas "General Calixto García". Ciudad de La Habana.

Otro factor decisivo es impedir o tratar rápidamente la hipoxia del SNC, en pacientes apneicos, cianóticos o con evidente dificultad o insuficiencia respiratoria postraumática.

Un tercer elemento, esencial para disminuir la mortalidad por traumatismos del SNC, es la divulgación preventiva. El apoyo a las campañas contra los accidentes de tránsito y deportivos (jóvenes) y domésticos (niños y ancianos), unido a las medidas para impedir la hipotensión y la hipoxia del SNC, parecen ser, junto al tratamiento de estos lesionados por un sistema específicamente organizado y normado centralmente, la única forma de disminuir la mortalidad y las secuelas.¹⁻³

Los médicos generales integrales pueden influir positivamente en los 3 factores mencionados. Los relacionados con la reanimación respiratoria y circulatoria inicial, durante sus guardias en policlínicos; los preventivos, en los contactos habituales con su comunidad o barrio.

Ofrecemos sugerencias de acción diagnóstica y terapéutica en forma de secuencias, preparadas para nivel de policlínicos y hospitales municipales. Los policlínicos, evidentemente cuentan con menos recursos, pero conocer lo que se debe hacer, es el primer paso para motivar la utilización óptima de los recursos a nuestro alcance y generar las gestiones para completar el mínimo de elementos necesarios. Sobre todo, cuando es tan valioso lo que está en juego.

Métodos

ALGUNOS CONCEPTOS Y DEFINICIONES PARA EL DIAGNÓSTICO:

Estado de la conciencia

1. Normal: Abre los ojos; está orientado (sabe su nombre y dirección, el año y el mes. etc.); conversa normalmente y obedece órdenes complejas (tocarse la oreja derecha y con la mano izquierda, etcétera).
También puede aplicarse la Escala Glasgow para coma (EGC).^{*} Este estado normal, equivale a EGC de 15 puntos.
2. Anormal: El paciente no abre los ojos, o está desorientado; habla incoherencias o no habla y no obedece órdenes o lo hace mal. También estados de somnolencia o aturdimiento (EGC < 15) (tabla).

TABLA. Escala Glasgow para coma

Abre los ojos	Spontáneamente	4
	Por orden verbal	3
	Por estímulo doloroso	2
	No respuesta	1
Mejor respuesta verbal	Orientado y conversa	5
	Desorientado y conversa	4
	Palabras inapropiadas	3
	Sonido incomprensible	2
Mejor respuesta motora	No respuesta	1
	Obedece órdenes	6
	Localiza el dolor	5
	Retirada en flexión	4
	Flexión anormal (Rigidez de decorticación)	3
	Extensión (Rigidez de descerebración)	2
	No respuesta	1
Total		3 a 15

* Escala Glasgow Coma⁵: Se evalúan numéricamente las mejores respuestas posibles ante el estímulo verbal o doloroso, caracterizadas por apertura de los ojos, respuesta verbal y actividad motora. Escala con un mínimo de 3 (coma sobrepasado) y un máximo de 15 puntos. Es un sistema práctico y reconocido internacionalmente, para evaluar el estado de conciencia, no sólo ante traumatismos. También es aplicable en alteraciones por enfermedades cerebrovasculares, etc. No tiene valor si el paciente está bajo los efectos del alcohol, drogas, hipotensión o shock hipovolémico.

ELEMENTOS BÁSICOS PARA LA REANIMACIÓN INICIAL:

Hipotensión: TA sistólica inferior a 90 mmHg. En gran parte de los pacientes traumatizados, provoca disminución importante del flujo sanguíneo al cerebro o la médula, isquemia y probable infarto del SN.

El objetivo es mantener la TA sistólica mayor de 100 mmHg. Se puede lograr, inicialmente, canalizando 2 venas y pasando a presión solución salina fisiológica de 1 000 a 2 000 mL y hacer hemostasia de heridas visibles, antes de remitir al centro de atención para neurotrauma más cercano.

Hipoxia del SN: Apnea, cianosis o evidente dificultad respiratoria. Puede provocar infarto de áreas vitales del SNC.

El objetivo es limpiar y aspirar (si es posible), nariz, boca y orofaringe. Brindar el auxilio ventilatorio que se pueda (careta, ventilador manual tipo "Air Viva", intubación o traqueostomía, si es posible) y añadir oxígeno suplementario.

Se recomienda revisar algún manual de reanimación, por ejemplo: ATLS6

Discusión

Los traumatizados con lesiones graves del SN constituyen un problema de salud, como elemento de letalidad y secuelas permanentes en parte de los pacientes accidentados.

Sólo un sistema de atención a traumatizados que utiliza todas las potencialidades de las áreas de salud, permitirá mejorar los índices de resultados.

Es importante divulgar entre el personal médico y paramédico de estas áreas, sus posibilidades de acción preventiva, reanimación respiratoria y circulatoria inicial; su papel como eslabón imprescindible de vínculo con los centros de atención especializados para neurotrauma.

Conclusiones

Los médicos de la familia y el resto del personal de las áreas de salud, pueden desempeñar una función eficaz en el esfuerzo por disminuir la mortalidad y las secuelas permanentes de los lesionados con traumatismos del SN.

Sus posibles áreas de influencia son la divulgación preventiva antiaccidentes y la acción de reanimación básica de los graves. También la atención completa de los leves.

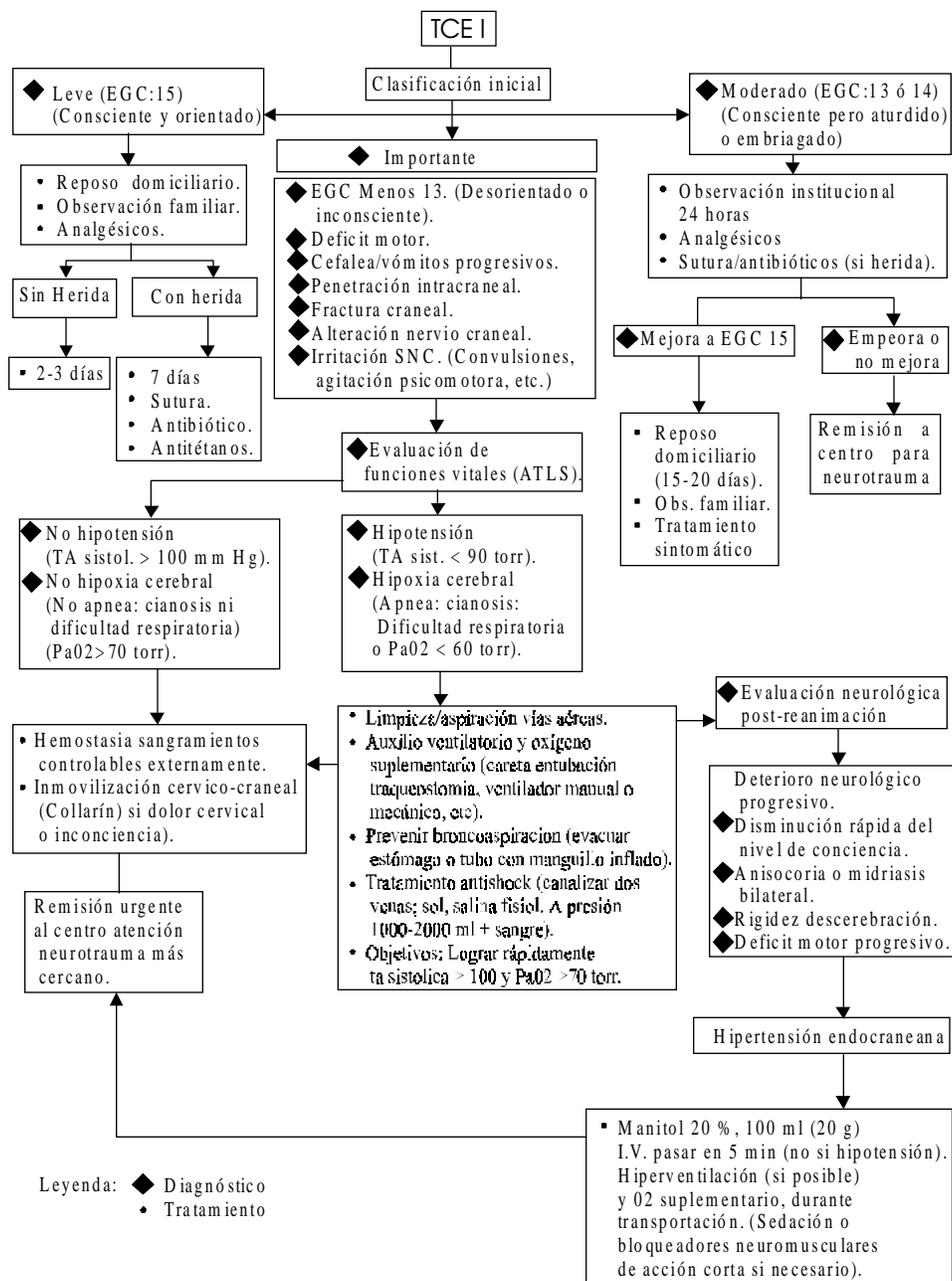


FIG. 1. Traumatismo craneoencefálico I (TCE). Secuencia para su manejo en policlínicos, hospitales municipales y ambulancias.

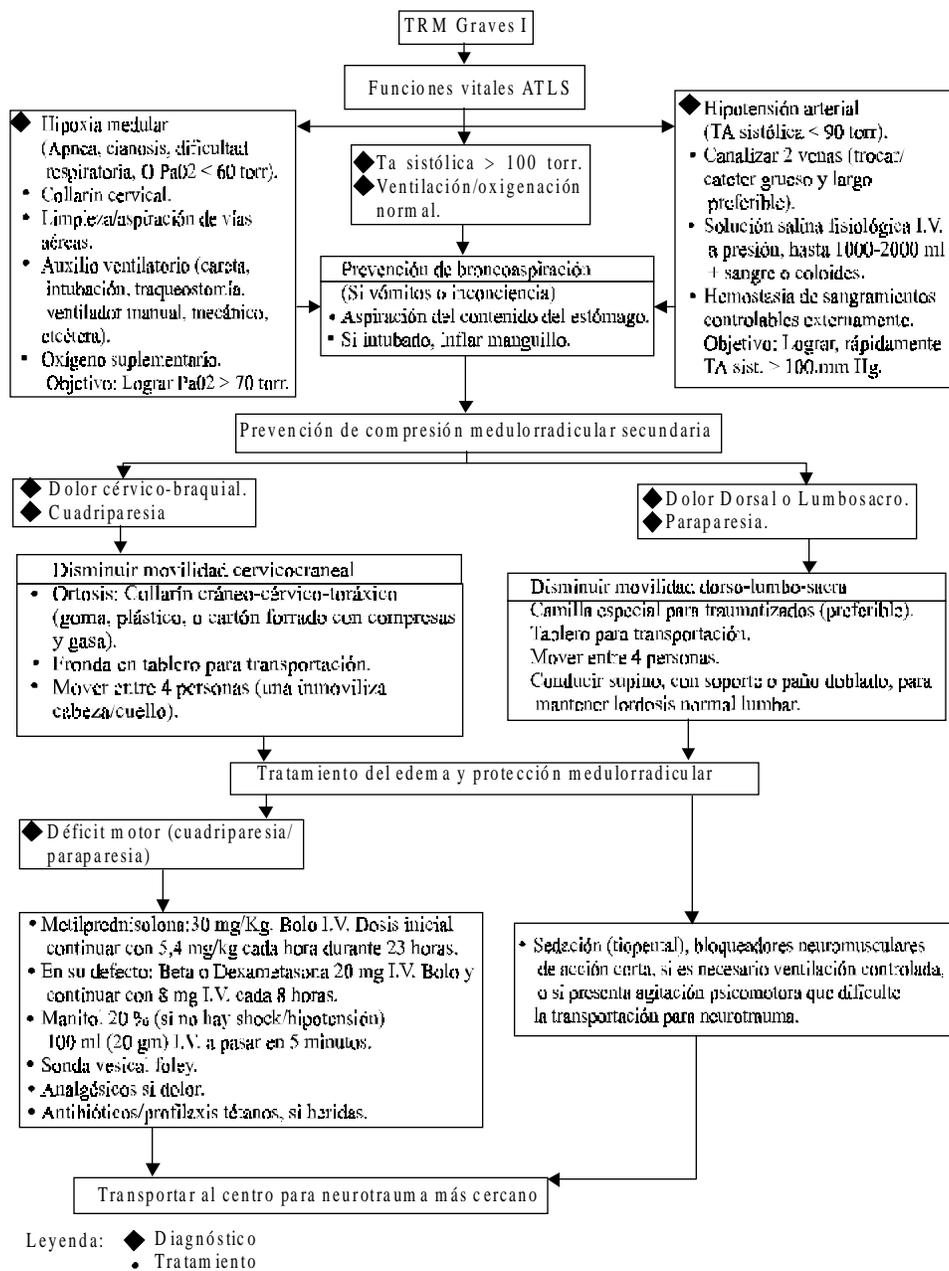


FIG. 2. Traumatismos raquimedulares graves I (TRM). Secuencia para su manejo por médicos generales, cirujanos y anestesiólogos; policlínicos, hospitales municipales y ambulancias especiales.

SUMMARY: The mortality and permanent sequelae of patients suffering from severe head or spinal cord injuries may be reduced by the actions of the specialists in general comprehensive medicine and other members of the health area. Besides the essential work carried out to avoid accidents, to prevent or treat the posttraumatic hypoxia and arterial hypertension quickly are also decisive factors.

Subject headings: **HEAD INJURIES/diagnosis; HEAD INJURIES/therapy; SPINAL CORD INJURIES/diagnosis; SPINAL CORD INJURIES/therapy; CEREBRAL ANOXIA/prevention and control; HYPOTENSION/etiology; GLASGOW COMA SCALE; PHYSICIANS, FAMILY; EMERGENCY MEDICAL SERVICES/methods.**

Referencias bibliográficas

1. Pereira R. Traumatismos craneoencefálicos. Revisiones de conjunto, MINSAP 1987;10(1):61-121.
2. Chesnut RM. Trauma systems and the neurosurgeon. En: Guidelines for the management of severe head injury pp. 1-2. The Brain Trauma Foundation American Association of Neurological Surgeons. 1995.
3. Marshall LF. The outcome of severe closed head injury. J Neurosurg 1991;75(S):S28-S36.
4. Sommer RM. Clinical physiologic considerations and anesthetic management of patients with spinal cord injury. En: Errico TJ.

Spinal trauma, Philadelphia: J.B. Lippincott, 1991:435-53.

5. Taesdale G, Jennet B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:81-3.
6. Alexander RH, Proctor HJ. Curso avanzado de apoyo vital en trauma (ATLS). Colegio Americano de Cirujanos, 1994.

Recibido: 9 de abril de 1997. Aprobado: 9 de septiembre de 1997.

Dr. *Ramiro Pereira Riverón*. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "General Calixto García". Calle Universidad esquina a J, El Vedado, Ciudad de La Habana, Cuba.