

Tratamiento en el hospital no especializado

Dr. OSVALDO FREGEIRO *

¿Qué consideraciones diagnósticas prácticas debe hacer el médico al recibir un TEC?

Lo primero es asegurar la noción que existió un traumatismo, lo cual no siempre es claro, sobre todo si el paciente es hallado inconsciente en la vía pública o en domicilio, con impacto craneano o sin él.

En segundo lugar reunir el mayor número de datos respecto al accidente en sí, de los desplazamientos del cuerpo en el momento del impacto y, sobre todo, la marcha evolutiva desde el accidente hasta su ingreso. Esto último es difícil de obtener, pero creemos que es la fase más importante por lo que debe insistirse en el fatigoso pero provechoso interrogatorio a los acompañantes. Los diferentes tipos de lesión encefalocraneana obedecen a efectos mecánicos también diferentes (9).

En tercer lugar cuando el paciente es grave, lo habitual es que se trate de un politraumatizado, sobre todo en los accidentes de carretera y por lo tanto debe desnudarse completamente higienizando todas las zonas impactadas.

El examen de la vía de aire es el principal e inmediato objetivo: frecuencia respiratoria elevada, respiración ruidosa, obstrucción visible por grandes tumefacciones de boca y nariz, vómito y sangre acumulados en la

oro-faringe, tiraje intercostal, cianosis, indican obstáculo en el árbol respiratorio.

El shock, situación frecuente, no debe jamás atribuirse al traumatismo encefálico, salvo en el momento inmediato al accidente o en las fases tardías pre-mortem. Buscar, por lo tanto, en el interrogatorio y en el examen de las heridas la causa por hemorragia externa o despistar por examen abdominotorácico y pelviano una hemorragia oculta, enfatizamos, como ya se ha dicho, que el pronóstico del politraumatizado con T.E.C. depende fundamentalmente de las medidas de reanimación que comienzan en el lugar del accidente, continúan en la ambulancia y se completan en el hospital local (3).

Luego de este chequeo, el examen neurológico en esta emergencia es dirigido fundamentalmente a comprobar y anotar el estado de conciencia. Resulta mucho más útil describir en detalle en qué consiste el deterioro de conciencia, con los términos más sencillos, que adjudicarle un nombre o grado sobre los cuales no hay ni universalidad de criterios ni de conocimientos (5). Cuando el paciente está en coma, situación en que no existe vigilia, se anotarán los movimientos espontáneos o provocados por estímulos dolorosos; si hay rigidez de descerebración espontánea o provocada, el lado de la misma, así como también la constatación de asimetría en los movimientos de los miembros.

* Asistente de Neurocirugía. Fac. Med. Montevideo.

El examen ocular, difícil cuando el impacto es fronto-orbitario por las grandes tumefacciones palpebrales, proporcionará valiosa información, sobre todo para el neurocirujano que recibirá el paciente (16); pupilas iguales, con reflejo foto-motor conservado, y movimientos oculares conservados están indicando que probablemente no haya compromiso importante del tronco cerebral. En el coma muy profundo los ojos pueden permanecer quietos pero con un simple chorro de agua (unos 20 o 30 cc.) inyectado en los conductos auditivos externos (sin otorragia), darán invaluable información. Si los ojos se dirigen hacia el lado inyectado y en plano horizontal, la respuesta es normal, lo que está en contra de sufrimiento de tronco cerebral.

La depresión ocular, la falta de desplazamiento lateral espontáneo o reflejo (agua fría) la desigualdad pupilar, plantean el sufrimiento de tronco.

El examen neurológico termina con la comprobación, generalmente fácil, de un trastorno de lenguaje o una hemiparesia.

En el paciente grave el examen periódico (cada 30 minutos o una hora como máximo), de estos tres elementos, estado de conciencia, examen neuroftalmológico y fenómeno focal darán una idea eficaz y suficiente de la evolución. Insistimos, de estos tres elementos el de mayor importancia es el estado de conciencia.

Moderador.—¿Cuando el traumatizado encefalocraneano ingresa a un hospital no especializado, qué conducta debe aconsejarse?

En primer lugar, tenemos en cuenta que el mayor contingente consulta por TEC leve o sea con un compromiso transitorio de la conciencia y sin hallazgos en el examen neurológico, sólo un grado variable de obnubilación mental.

La radiografía de cráneo es obligatoria en todos los casos. Si ésta no revela elementos patológicos el paciente puede permanecer en domicilio, siempre que el ambiente familiar sea adecuado, con la simple indicación del control cada dos horas del estado de conciencia dejándolo dormir en el interin. Pasadas las 24 horas la situación de emergencia se vuelve excepcional. Si al tercer o cuarto día no acusa cefalea importante, ni trastornos de conducta, ni depresión de conciencia ni cuadro focal, entonces este paciente puede alejarse del ambiente médico.

El otro paciente frecuente es el portador de una herida de cuero cabelludo. Si está en coma, la herida pasa a segundo plano. Debe hacerse solamente hemostasia y sutura.

Si la herida se presenta en un TEC leve obliga, antes de cualquier maniobra, a hacer radiografía de cráneo, frente y perfil e incluso una placa con rayo tangencial al impacto. A pesar de la presencia o sospecha de hundimiento óseo el cirujano se limitará siempre al cierre simple de la herida. La exploración manual y visual es insuficiente, por su falta de seguridad y porque a veces tienta a seguir adelante extrayendo un fragmento óseo o restos de piel y material extraño en las grietas

fracturarias, etc. Esto puede transformar una situación sencilla inicial en una de elevado riesgo vital y funcional. Recordamos que, como en la sentencia de cirugía abdominal, toda herida puede ser penetrante pero mientras en ésta la exploración quirúrgica es la regla, en aquella, la radiografía de cráneo es la verdadera maniobra exploradora.

En tercer lugar el paciente que está en coma desde el momento del traumatismo, exige el traslado al centro neuroquirúrgico en el menor tiempo posible, porque no sólo está sometido a la evolución natural del TEC, sino también a una serie de complicaciones que necesitan la colaboración de un equipo material y humano especializado.

La situación intermedia del compromiso de conciencia, llamada obnubilación, plantea dudas en cuanto al traslado inmediato. Frecuentemente la evolución en horas aclara, al mejorar el estado de conciencia, el diagnóstico de contusión cerebral. Otras veces, las menos, se instala una agravación progresiva que necesitará la colaboración del médico entrenado en esta disciplina y de una angiografía carotídea en tiempo perentorio. Si el transporte a un centro adecuado insume más de dos horas, deben trasladarse todos estos pacientes, aún sabiendo que muchos de éstos no necesitarán asistencia especializada.

Independientemente de estas consideraciones se tomarán medidas que no son ni más ni menos que la continuación de los principios ya comentados por los Dres. Benedek y Rodríguez Juanotena, pero facilitadas por las condiciones que ofrece el Hospital Regional.

- a) Desobstrucción de la vía de aire. Si fallan las medidas higiénicas (posición, higiene de boca, aspiración) ya comentadas, hacer traqueotomía en el adulto.
- b) Venoclisis por descubierta venosa en miembro superior, que permite reponer sangre y fluidos. Los antibióticos se instituyen de inmediato no solo por la seguridad o sospecha de contaminación intracraneana (epistaxis, otorragia, licuorrea, herida penetrante) sino por las posibles contaminaciones pulmonares y urinarias.
- c) Sonda vesical permanente, de preferencia Folley, abierta permanentemente con conexión y frasco estéril.

Moderador: De acuerdo a lo expresado, ¿cabe la posibilidad de una agravación rápida durante el traslado o en las primeras horas de su ingreso? Si esto sucede ¿qué conducta aconseja?

Lo primero a destacar es que la mejor medida es la profiláctica como ya lo hemos esbozado.

La clásica situación de pérdida de conocimiento fugaz seguida de período libre y luego agravación galopante es *excepcional*. Dijimos que la radiografía de cráneo se impone en todos los casos. Si en ésta aparece el inquietante trazo de fractura temporal cruzando los vasos meníngeos, en un paciente en período no tan libre como se le ha llamado, sino con cefalea intensa e inquietud, entonces la

conducta es el traslado inmediato a un centro especializado. Cabe el comentario hecho para el paciente obnubilado.

Sorprendido el médico en la tercera etapa y en las peores condiciones, es decir, asegurada la marcha en tres tiempos, con un período lúcido muy corto y actualmente en coma con midriasis más un trazo de fractura del lado de la midriasis, entonces cualquier traslado es impropio y obliga a la conducta heroica. Si la situación es desesperante se debe practicar una craneotomía subtemporal (lugar más frecuente del hematoma extradural) y evacuar el hematoma. Si la hemostasis no se puede hacer, se deja drenaje cerrando sólo piel y el enfermo será trasladado al centro especializado más próximo.

Sabemos que aparte de lo excepcional de esta situación, el error de diagnóstico es frecuente cuando no se cuenta con un estudio angiográfico carotídeo y en estos casos, la craneotomía no sólo es ineficaz sino factor de agravación.

La agravación secundaria, por otra parte, es mucho más frecuente en aquellos pacientes con trastorno persistente de la conciencia que en los lúcidos.

Si se trata de niños deben tenerse en cuenta algunas consideraciones.

De acuerdo al propósito de esta mesa, que es tratar los problemas que surgen en las primeras instancias del traumatizado y sobre todo aquellos creados por situaciones fortuitas, creemos que el niño traumatizado no plantea situaciones muy disímiles a las del adulto.

El compromiso encéfalo-craneano creado por fuerzas mecánicas en el período perinatal es controlado, en casi todos los casos, por la asistencia del obstetra y del anestesista. La conocida colección subdural difícilmente crea problemas de urgencia y su control y diagnóstico se integran en la disciplina del pediatra.

En cambio, el niño escolar y preescolar, en su natural búsqueda de un mundo permanentemente nuevo, le crea las condiciones, no controladas pero previsibles, para que la energía cinética se transforme en agresora aumentando así la morbilidad del TEC.

La educación y propaganda a todos los niveles así como la creación de condiciones ambientales menos vulnerables son las bases de un estudio científico de la profilaxis (15).

Los datos de la anamnesis son muy difíciles de obtener en muchos casos. El hematoma extradural sin fractura es característico en los niños. En el niño es frecuente el hundimiento por lo delgado del cráneo y por sus particulares actividades. En los casos con coma, los trastornos obstructivos respiratorios repercuten con mayor gravedad y son más complejos en la orientación terapéutica obligando a un mayor cuidado para evitar, en lo posible, la traqueotomía, que crea severos problemas futuros.

Por último, se admite en general, que los TEC son de mejor pronóstico vital y funcional en los niños que en los adultos (5).

Pregunta del Dr. Piñeyría:

En una época se aconsejaba afeitarse inmediatamente todo el cráneo a todo traumatizado. Prácticamente es difícil cumplirlo.

¿Debe mantenerse la regla?

Respuesta del Dr. Fregeiro:

No se debe mantener esa conducta. La experiencia en el Instituto de Neurología revela que, hecho el diagnóstico de proceso expansivo descompensado, esta maniobra no demora el ingreso a sala de operaciones.

Crea angustia al paciente y a la familia si aquél está lúcido.

Lo practicamos en situaciones de excepción como por ejemplo grandes heridas del cuero cabelludo o en comas muy severos donde las condiciones para cuidados higiénicos lo exigen.