

Conclusiones

Dr. GUAYMIRAN RIOS *

Al finalizar las exposiciones de los distintos ponentes, y luego de oídas las discusiones que han suscitado, es probable que aún queden múltiples dudas sobre el tema. No era nuestra intención agotarlo en el corto espacio de tiempo que dispusimos; solamente deseamos dar una idea conceptual del mismo, aclarar algunos puntos fundamentales y tratar de dar normas prácticas en el manejo de estos pacientes, cada día más frecuentes.

Es por eso que por sobre todos los elementos, se manejó EXPERIENCIA, porque creemos que ello es lo fundamental en este tipo de reunión; esto es lo que desea saber el médico que viene a estos Congresos, desde los diferentes puntos del país, y de esa experiencia hemos sacado conceptos y pautas terapéuticas de interés. Nos preocupó fundamentalmente que de esta Mesa saliera el concepto del manejo en Equipo de estos pacientes, como tratamiento definitivo, pero que también se tuviese en cuenta las PRIORIDADES DIAGNOSTICAS Y TERAPEUTICAS que tendrán que ser puestas en práctica por todo médico, en cualquier lugar de la República, porque como se ha expuesto con anterioridad, de nada vale un equipo y un hospital perfectamente organizado, si se le ofrece un enfermo irrecuperable por fallas en los cuidados PRIMARIOS y ESENCIALES.

Hemos visto rápidamente la importancia anatómofisiológica del cuello, especialmente en lo que atañe a la irrigación encefálica y la vía aérea, así como su lugar de verdadera encrucijada de pasaje cervicocraneofacial, y cervicotoracobraquial, con todos los problemas diagnósticos y terapéuticos que ello trae aparejado.

La estadística ha demostrado algunos elementos de real interés, por ejemplo el aumento acelerado en estos últimos años, de este tipo de pacientes, motivado por un aumento paralelo de la violencia en todas sus formas; la importancia en el número de los heridos de arma de fuego con proyectiles de alta velocidad y gran fuerza viva, causantes de múltiples y complejas lesiones.

Desde el punto de vista diagnóstico, la posibilidad de que, heridas aparentemente alejadas, comprometan las vísceras del cuello y puedan matar si se desconocen.

La frecuencia de asociaciones lesionales de todo tipo, otro elemento que indica la necesidad de un EQUIPO quirúrgico completo para el tratamiento de estos pacientes.

La posibilidad de lesiones iatrogénicas que puedan comprometer a todas las estructuras del cuello, y cuyo peligro fundamental es que pasen desapercibidas; pues como se ha dicho, diagnosticadas y tratadas correctamente de entrada, pueden ser consideradas lesiones de relativa benignidad y en general buen pronóstico; en cambio, su desconocimiento, lo agrava en forma evidente.

Desde el punto de vista terapéutico se ha insistido sobre los gestos primarios y fundamentales de los cuales en muchos casos depende la vida o la muerte. Gestos fundamentales que van desde un correcto transporte, la necesidad de asegurar la vía de aire y el flujo carotídeo con una correcta hemostasis, a la vez que prevenir las lesiones raquimedulares iatrogénicas de gran gravedad.

Desde el punto de vista terapéutico, el concepto de que no se debe ser ortodoxo con este tipo de pacientes, de que no pueden haber conductas intervencionistas y no intervencionistas, sino que la intervención será el fruto de un completo análisis del caso; y es así que en nuestra serie tenemos un 22 % de tratamientos médicos, cifra que en algunos autores llega casi al 80 % con muy buena evolución.

La necesidad de integrar equipos por distintos especialistas, dada la complejidad lesional o estructural de estos pacientes.

Los amplios abordajes para el dominio completo de los distintos elementos, sacando obstáculos que fisiológicamente cumplen una importante tarea de protección, pero que desde el punto de vista quirúrgico, ofrecen escollos de gran entidad para el acto, como pueden ser el esternón y la clavícula.

Por último, lo que más nos enseñan estas estadísticas incompletas, difíciles de comparar desde el punto de vista matemático, pero insustituibles desde el punto de vista práctico médico, son las CAUSAS de MUERTE. Como enseñaba nuestro Maestro, el Prof. Pedro Larghero, cuyo sentir y enseñar dirige esta Mesa, pues todos los que la integran fueron directa o indirectamente discípulos suyos, para CONOCER UNA AFECCION ES FUNDAMENTAL CONOCER DE QUE SE MUEREN LOS PACIENTES QUE LA SUFREN, y es así que el análisis de nuestra serie muestra algunos hechos de importancia que pueden ser resumidos en los siguientes términos:

Los heridos de cuello mueren por las siguientes causas fundamentales:

- 1) La anemia aguda y sus consecuencias o repercusión sobre distintos parénquimas en especial el encéfalo.
- 2) La asfixia mecánica.
- 3) Las lesiones neurológicas.
- 4) Las asociaciones lesionales parenquimatosas múltiples.

Estos cuadros son los que debemos evitar o tratar correctamente en nuestros pacientes si queremos mejorar esta estadística, y para ello debemos tener en cuenta elementos diagnósticos y prioridades terapéuticas, así como un completo tratamiento definitivo del herido a manos de un Equipo.

Al terminar esta Mesa, solo me resta volver a agradecer a los organizadores su deferencia, al haberme designado para el alto cargo de Coordinador, y a los colegas su amabilidad por la atención con que han seguido las distintas ponencias, así como su participación en las preguntas.

Muchas gracias.

* Profesor Adjunto Interino del Dpto. de Emergencia del Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina de Montevideo.