

EMERGENCIAS EN EL CAMPO DE JUEGO

DR. ROBERTO AVANZI

Traumatismo cráneoencefálico. Quizás ninguna de las urgencias sea tan impactante como ésta, quizás tampoco ninguna otra exige tanto criterio y determinación. Mi padre, Jefe de Departamento de Urgencia, me solía decir que "uno se debía formar por años para resolver en un minuto". Yo nunca comprendí la profundidad de este concepto hasta que me tocó enfrentar la más grave de mis urgencias en el deporte.

ESTABA jugando Argentino Jrs. vs. Independiente cuando uno de mis muchachos cayó, luego de ser cabeceado involuntariamente por un contrario, en su intento por cabecear la pelota. El juego siguió y yo me quedé observando al caído. Su caída fue diferente a lo acostumbrado. Cayó desplomado y a los 5 segundos comenzó con convulsiones. Yo ya estaba corriendo a su lado. Luego de las convulsiones vino el paro respiratorio. Le realicé respiración boca a boca y no me pregunten cómo, apareció la camilla y ya lo estábamos sacando de la cancha por una puerta lateral.

Cuando lo subimos a la ambulancia subió otro médico y dió la orden de ir al Hospital Italiano, pues ahí tenían aparatología para hacer T. A. C. o R. N. M., yo me opuse y dí la contraorden de

trasladarnos al Hospital Fiorito, que estaba a 10 cuadras de ahí. El chofer de la ambulancia dudó, pero mi posición fue muy firme, lo que seguramente motivó que se dirigiera al Hospital Fiorito.

La razón de mi postura era clara y la había aprendido en la Guardia: 1º) Salvar la vida, 2º) Salvar el órgano, 3º) Salvar la función o aquella otra que dice, yo le salvo la vida y que lo curen los grandes médicos.

De qué servía un tomógrafo computado o una resonancia, si quizás en la hora u hora y media de viaje se moría un enfermo.

Ahí terminé por comprender el lema de mi padre. Uno se debe formar por años para resolver en minutos.

Con este ejemplo, creo que no cabe duda que el tratamiento de urgencia (mantener la res-

piración y la circulación) debe preceder al diagnóstico y siempre tener en cuenta que todo traumatismo cefálico sigue siendo grave mientras el paciente no esté completamente restablecido.

Dentro de los casos que tenemos que observar son:

a) Buscar los signos externos del traumatismo, incluso cuando parezcan triviales. Mientras que las fracturas abiertas suelen ser claramente visibles, las lesiones perforantes pueden originar destrucciones profundas pese a la insignificancia de la herida superficial.

Las hemorragias de los oídos, la boca o la nariz son muchas veces un signo de fractura del cráneo. Por otra parte, todo líquido claro que salga por los oídos o los orificios nasales, debe considerarse como líquido

cefaloraquídeo, a menos que se pruebe lo contrario.

b) Nivel de conciencia. Es el dato más importante y quizás acá se aplica el lema que la evolución es más importante que el estado actual, por esa razón algunas ambulancias llevan gráficos para registrar los niveles de conciencia del paciente, desde que se lo recoge. En general se distinguen seis grados:

1- Sujeto alerta y orientado.

2- Desorientado

3- Obnubilado (reacciona si se le habla en voz alta o se lo sacude).

4- Estuporoso (reacciona a las sacudidas enérgicas o a los estímulos dolorosos).

5- Comatoso (no reacciona a los estímulos dolorosos).

6- Muerto.

c) Movimiento y postura

Una postura anormal suele ser signo de traumatismo cefálico grave. Las modificaciones de los reflejos, apenas tienen valor diagnóstico, pero las del tono pueden revelar un trastorno del sistema nervioso central (en general hipertonia pero a veces flacidez).

d) Los signos vitales se deben explorar y registrar cada 15' en los casos dudosos. La biadicardia es un importante signo de hipertensión endocraneal (tener en cuenta que los atletas son biadicárdicos).

e) La respiración lenta o irregular es también un importante signo de lesión cerebral, una vez excluidas otras causas (Ej.: Neumotórax, aspiración de vómitos) sin embargo, más importantes que la frecuencia son el ritmo, la amplitud y los caracteres de la respiración, así por ejemplo una respiración de



GENTILEZA DE PAGINA 12

Cheyne Stokes o una hipernea persistente, hacen pensar inmediatamente en una lesión del tronco cerebral.

f) La presión arterial sistólica aumenta con la presión intracraneal.

g) Examen de las pupilas

Más que el diámetro pupilar conviene observar la reacción a la luz. Una pupila rígida indica la existencia de una hipertensión intracraneal que habrá que aliviar sin demora para evitar el infarto del tronco cerebral y la hemorragia secundaria. Siempre comparar una y otra pues puede haber una afección traumática mono ocular.

h) Exploración neurológica

Que figure última en la lista no es casualidad. Todo lo anterior suele ser más importante en agudo, por lo que no conviene hacer una exploración muy complicada.

Evaluación del grado de gravedad

Nuestro gran dilema es que generalmente el deporte se hace el fin de semana; y dónde encontrar un neurólogo o neurocirujano sábado y domingo.

Nuestro consejo es consultar en la urgencia a algún centro Municipal y ellos nos dirán en qué lugar de la Capital Federal o el Gran Buenos Aires tenemos neurocirujanos de guardia.

Por lo tanto nuestro criterio debería ser:

A- Observación cuidadosa a todo deportista que presente alguna anomalía tras un traumatismo cefálico.

B- Hospitalizar a todos aquellos deportistas que presenten:

1. Conmoción cerebral o cualquier atención de la conciencia.

2. Intensa cefalea, visión doble o borrosa, mareo.

3. Pupilas desiguales.

4. Fractura de cráneo.

5. Hemorragia o salida de líquido cefalorraquídeo por la nariz o las orejas.

6. Cualquier anomalía neurológica.

7. Vómitos (pueden ser signos de hipertensión intracraneal).

La mayoría de las complicaciones aparecen en las primeras 24 horas por eso es que a los que tienen contusiones ligeras se le

puede dar de alta al cabo de ese período pero con el aviso a él y a los familiares que ante la mínima alteración se debe reinternar o comunicarse con el facultativo.

Así creemos brindarles nuestra experiencia sobre este aspecto de la emergencia. Si alguna vez esto ayuda a salvar una vida, habremos cumplido con nuestro objetivo. □



Linvatec

Concept Arthroscopy

EQUIPOS E INSTRUMENTAL PARA ARTROSCOPIA Y LAPAROSCOPIA

RUBEN GAMBOA representante exclusivo de:

Linvatec
Imaging Systems



WECK

Intra Vision

STERLING

marlow
surgical technologies inc.

EDER™
A Weck Company

Hipólito Yrigoyen 4092 • Capital Federal (1208) Buenos Aires • Argentina •
Tel.: 982-8742 / 478-1151 - Fax: (541) 763-1343