

Síntesis del caso

Paciente femenina de 15 años de edad, con antecedente de haber sido llevada a Unidad médica pública de segundo nivel el 27/12/99 por haber presentado caída de una altura aproximada de 5 m. a las 16:30 horas, golpeándose cráneo, pierna y rodilla derecha, negó pérdida del estado de alerta pero llegó somnolienta. Al explorarla, TA 100/60, con palidez generalizada, herida en región frontal, anfractuosa, de aproximadamente 10 cm. que involucro hueso, con sangrado moderado, edema nasal, herida en dorso de nariz, sangrado por narinas de predominio izquierdo, deformidad de la pierna y rodilla derecha. La radiografía (Rx.) de cráneo mostró fractura de piso anterior y medio, fractura (Fx.) de fémur derecho y conminuta de rótula. Diagnóstico: Traumatismo cráneo encefálico G-II, Fx. de piso medio y anterior, Fx. de fémur derecho y rótula derecha. Recibió la atención de urgencia (solución Hartmann, Penicilina GSC, 2 g de Metilprednisolona). La refirieron a hospital de tercer nivel en helicóptero para valoración traumatológica y neurológica. La reportaron muy grave a los familiares.

Ese mismo día la recibieron en urgencias de dicho hospital a las 18:30 horas, politraumatizada, despierta, orientada, Glasgow de 13, lesiones en cara y cráneo, fracturas de huesos propios de la nariz, fractura temporal, con collarín cervical. Tórax sin alteraciones, abdomen sin datos de irritación peritoneal, peristalsis audible, anillo pélvico con dolor a la movilización con fijación elástica del mismo. Miembro pélvico derecho (MPD) con Fx. de fémur derecho desplazada, Fx. expuesta de rótula derecha, limitación funcional, dolor con los movimientos, resto sin lesiones.

18:50 horas, valorada por Neurocirugía (NC) con (Rx.) de cráneo que evidenció Fx. lineal temporal derecha, estudio de tomografía (TAC) reportó edema cerebral moderado, zona de

contusión temporal derecha y otra parietal posterior izquierda.

20:00 la revisión por Traumatología y Ortopedia, con Rx. AP de fémur y de rodilla derechos concluyeron Fx. de fémur y Fx. Expuesta de patela G-II derechos, TCE y Fx. de huesos de la cara. El manejo fue inmovilización de las fracturas con férula posterior pelvipodálica, consideraron prioritario tratamiento de TCE y de lesiones mayores que ponían en riesgo su vida, sugirieron revaloración por Neurocirugía.

20:40 la paciente presentó deterioro neurológico importante, Glasgow de 7, por lo que se decidió intubación orotraqueal con apoyo de Anestesiología, para mantener vía aérea permeable, se solicitó traslado a otra unidad con el formato correspondiente, no localizando al responsable de la dirección.

21:41 la valoración por Maxilofacial señala herida en región frontal de 10 cm de longitud con datos de sangrado activo, edema facial severo, equimosis palpebral bilateral, crepitación de huesos propios de la nariz. Intraoralmente presentaba herida en mucosa de labio inferior, fractura dentoalveolar de incisivos, maxilar y en mandíbula. En ese momento presentó deterioro neurológico y sistémico por lo que se difirió valoración y sutura de herida frontal e intraoral hasta que se estabilizara a la paciente.

23:30 en la nota de Cirugía general se reporta grave con pronóstico reser-

vado. Solicitaron apoyo a otras unidades médicas públicas para revaloración por NC sin embargo no fue posible por no aceptación de las mismas de la paciente, se indicó paquete globular por anemia aguda. Se informó a familiares quienes solicitaron alta voluntaria el 28/12/99 a las 0:40 horas, para ser trasladada por sus propios medios a servicio médico particular, no obstante, no aceptaron firmar la hoja de alta voluntaria.

Ingresó a servicio médico privado el día 28 a la 1:44 am. con diagnóstico de TCE grave, al explorarla, intubada, Glasgow de 5, movimientos espontáneos, midriasis bilateral predominio derecho, pupila izquierda con discreta respuesta a la luz, pupila derecha arrefléxica, datos francos de choque, Fx. de rótula y fémur derechos. La TAC de cráneo practicada evidenció contusión de lóbulo temporal derecho con un hematoma que abarca todo el lóbulo y desplaza la línea media, colapsa el sistema ventricular y presenta hernia de uncus temporal. La estabilizaron hemodinámicamente con solución Hartmann, cristaloideos y aminos, manejo del edema cerebral, se aplicó insulina para la hiperglucemia, iniciaron antibióticos. Ingresó a quirófano a las 3:00 am, presentó asistolia, tratada con adrenalina, bicarbonato y masaje cardíaco sin respuesta por lo que se establece la muerte a las 3:45 am.

Caso Clínico: Neurocirugía

Comentarios

La controversia es por deficiente atención debido a falta de recursos humanos y materiales que supuestamente coadyuvó al fallecimiento de la paciente.

- La valoración inicial de la paciente por NC en urgencias fue insuficiente así como la atención inicial y subsecuentes. La vida del paciente y las secuelas que éste pueda sufrir son totalmente dependientes del manejo inicial que reciba. La paciente recibió atención y manejo por parte de los servicios de urgencias, traumatología y ortopedia, maxilofacial, cirugía general, anestesiología y apoyos de diagnóstico. No obstante, el protocolo inicial de urgencias difirió con la evaluación por prioridades de acuerdo a las Normas del Manejo Avanzado del Paciente con Trauma. Es verdad que la labor de equipo constituye actualmente una forma

de mejorar la calidad de la atención del sujeto traumatizado de cráneo. Pero el líder del equipo definitivamente es el neurocirujano y para ser un buen líder, debe tener preparación técnica teórica, práctica clínica y experiencia quirúrgica en la terapéutica del paciente traumatizado de cráneo.

- Dadas las características de las lesiones sufridas, evidenciadas por las radiografías y la TAC, la paciente no era candidata a manejo quirúrgico. La letalidad global dependiendo del tipo de TCE es de 1.5%, la del grave oscila entre el 40-60% y en los países subdesarrollados es superior al 80%. Existe una estrecha interrelación entre la mayor calificación en la escala de coma de Glasgow dentro de las primeras 24 horas y el pronóstico, la mortalidad se incrementa desde 6% en pacientes con calificación de 11 a 15 puntos, hasta 80% en los sujetos con calificación de 3 a 4 puntos.

- Las dificultades para su traslado y apoyo tanto de directivos como de otras unidades no depende del personal médico o paramédico. Es responsabilidad de las instituciones del Sector Salud disponer del personal, los implementos tecnológicos y terapéuticos para poder aplicarlos oportunamente y la obligación de unificar criterios para la atención y manejo de este tipo de pacientes.
- Por lo ya comentado el pronóstico de la paciente con o sin el tratamiento quirúrgico era malo a corto plazo. Es indudable que el personal tiene el deber ético y moral de contar con una buena preparación y experiencia para brindar en todo momento una atención de calidad.

Del análisis de la información se concluye que además de deficiencia en la atención médica, existe responsabilidad institucional.

Bibliografía:

- Ruppel RA, Clark RS, Bayir H, Satchell MA. Critical mechanisms of secondary damage after inflicted head injury in infants and children. *Neurosurg Clin North Am*. 2002 Apr;13 (2):169-82.
- Mazzola CA, Adelson PD. Critical care management of headtrauma in children. *Crit Care Med* 2002 Nov;30:S393-401.
- López Vega F. Traumatismo Craneoencefálico. Procedimientos para la atención inmediata. McGraw-Hill Interamericana 1999:3-119.
- Saunders Ch E, Ho MT. Diagnóstico y Tratamiento de Urgencias. Traumatismos craneoencefálicos. Manual Moderno. 3ª Edición 1994:265-275.
- Ratzan SC. Ethical decision making in managing trauma. *Neurosurg Clin North Am*, 1995;6(4):809.
- Fernández García A, Fernández Albán M. Traumatismo craneoencefálico en el niño. *Electron J Biomed*, 2003;1-14.