

EMERGENCIA TRAUMÁTICA ¿CUÁNTO HEMOS PROGRESADO?

Los accidentes en la vía pública, la violencia social, las emergencias laborales y las intoxicaciones ocupan un sitio preponderante como riesgo de muerte inminente. Es preocupante, además, que las estadísticas mundiales, y preferentemente las de nuestro medio, otorguen a los accidentes de tránsito el primer lugar como causa de muerte en personas jóvenes hasta treinta años, aunque no menos expuestos se encuentran los adultos y personas mayores. Existe, asimismo, un poderoso agravante. Que la mortalidad por esta etiología va en aumento sin tendencia a decrecer, siendo refractaria a corregirse a través de los progresos en la ciencia médica y los avances biotecnológicos. En el período 01/01/2002 al 31/12/2002 fueron asistidos en el área de emergencias del Hospital de Urgencias 48.742 pacientes. De ellos, 14.931 fueron por accidentes y 4.260 por violencia intencional. Fallecieron 233 pacientes en este sector en las primeras horas, por todas las causas.

Si aceptamos que **la emergencia está representada por cualquier patología aguda que genera un riesgo inminente para la vida de uno o más individuos**, debemos asumir conceptualmente que si no la tratamos en forma correcta desde los momentos primeros, será muy difícil revertir su pronóstico letal. Con acierto, en la emergencia traumática se ha llamado a este período "**la hora dorada**"; son aquellos 60 a 120 minutos que transcurren desde el accidente hasta que

la persona recibe una **atención definitiva y adecuada para sus lesiones**. En estrecha relación, debemos citar a la urgencia médica, un evento clínico-patológico que, si bien no reviste gravedad extrema en su inicio, sin asistencia adecuada pasa a constituir en corto plazo una situación de emergencia.

Históricamente, las emergencias y urgencias de nuestra ciudad fueron asistidas por las guardias de los hospitales provinciales, por el Hosp. Nacional de Clínicas y, de manera especial, por el Hospital Municipal de Urgencias. Este último, fue creado en 1944 por un hombre visionario, el Prof. Dr. Euclides Poletto quien por esos años se adelantó a las necesidades de la sociedad cordobesa, proponiendo que esta patología debía ser asistida en centros especializados. Sin embargo, desde hace algo más de una década se observó que esta dedicación a la patología emergentológica no era suficiente y que para mejorar los resultados de la atención inicial, ésta debía trasladarse hasta el lugar del accidente. Fueron creándose en consecuencia los Servicios de Emergencia Prehospitalarios de índole privado o estatal, que en base a coordinación y eficacia aumentaron progresivamente la sobrevida de los pacientes graves, destacándose en nuestro ámbito cordobés la importante tarea del Servicio de Emergencia Médica Municipal 107. A modo de ejemplo, podemos mencionar el cambio paradigmático que se produjo en el

pronóstico de las heridas penetrantes de la vena cava inferior por arma de fuego y arma blanca, reduciéndose la mortalidad en un 50%, en gran medida sustentado por un rápido y adecuado traslado.

Debemos señalar, además, que hemos debido adaptarnos a un amplio escenario de complejidades en la atención del enfermo traumatizado, que no tiene ineludiblemente como epílogo al ámbito del quirófano. Pueden mencionarse y analizarse secuencialmente, además de la asistencia prehospitalaria, las medidas de soporte vital y disponibilidad de salas de emergencia o shock-room, recursos humanos entrenados, disposición al diagnóstico tecnológico y tratamientos mínimoinvasivos.

Nos iniciamos en la normativa del ATLS (Curso Avanzado de Apoyo Vital en Trauma) y seguimos en ella. Pensamos que actualmente es imposible estar al margen de ésta, o cualquier otra normativa que sistematice la atención en un paciente politraumatizado. Interpretamos que estos lineamientos son estructural y funcionalmente beneficiosos para el conocimiento y organización del equipo de trauma y, en definitiva, para el paciente, siempre que estemos dispuestos a flexibilizarlos al avance de la medicina y a la experiencia de cada grupo de trabajo.

La capacitación de los recursos humanos se ejerció también a través de otros cursos como el PHTLS (Atención Prehospitalaria del Trauma), y el ACLS (Reanimación Cardiopulmonar Avanzada). A partir de 1994 se creó la Residencia de 2° Nivel en Emergentología, para médicos que hubieran completado previamente una formación de residencia o posgrado y, en 1995, la Cátedra de Emergentología, ubicada en el Hospital de Urgencias, en virtud de las Resoluciones del Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas número 120/95 y del Honorable Consejo Superior número

150/96. La proyección de las actividades se dirigió hacia el grado, con el dictado de un módulo Optativo "Atención Inicial de la Emergencia", destinado a alumnos de 5° y 6° año de Medicina. También, hacia el posgrado mediante Cursos de Emergencia para profesionales médicos y técnicos, enlaces interhospitalarios vía telemedicina y cursos en Toxicología. Asimismo, actividades de extensión a través de cursos de emergencias para policías, bomberos y población en general poniéndose énfasis en la prevención de accidentes y simulacros de catástrofe con víctimas múltiples.

Actualmente, la conducta ante un paciente traumatizado ofrece un espectro de procedimientos que van desde un enfoque médico-quirúrgico de las injurias hasta un manejo selectivo, muchas veces no operatorio. Si bien hay una experiencia mundial que acredita estas variantes terapéuticas con altos índices de éxito, existen aún aspectos polémicos tales como características e intensidad de la reanimación inicial, categorización lesional anatómo-radiológica, prelación y oportunidad de las técnicas mínimo-invasivas, utilidad de los antibióticos, intensivismo y período de hospitalización. La concreción de protocolos de investigación ha permitido optimizar normativas genuinas y flexibles de acuerdo a cada centro de trauma en base a la formación profesional y al soporte tecnológico.

Pensamos que, en gran medida, los importantes avances en la atención de la emergencia se produjeron por un enfoque pluri e interdisciplinario, y resultados alentadores se han obtenido a través de esta metodología en centros especializados, estratégicamente regionalizados. Haciendo énfasis en esta problemática la Cátedra de Emergentología ha propuesto la creación de una "Maestría en Emergentología y Gestión en Desastre", trabajándose en conjunto con la Cátedra de Pediatría y



la Escuela de Enfermería, y estará dirigida a profesionales de distintas carreras de la Facultad de Ciencias Médicas y Psicología. Mientras tanto se ha alcanzado un meritorio logro educativo en el corto plazo, con la obtención de siete Títulos de Docentes Universitarios por médicos adscriptos a la Cátedra, y siete más en cursado.

Sin embargo no se ha avanzado lo suficiente en la toma de conciencia del problema. Es de índole médico pero también por origen un grave, y aún irresuelto, problema social anclado en conductas marginales que deberíamos corregir en nuestra sociedad, en la que estamos inmersos y no exentos. Nos

referimos al uso y abuso de sustancias psicoactivas que son las principales causales de los accidentes, con morbilidad y mortalidad en todos los grupos sociales. En un trabajo recientemente publicado en *Therapeutic Drug Monitoring*. 2003; 25: 99-106, sobre 250 pacientes asistidos en el Área de Emergencias del Hospital de Urgencias, estudiados en conjunto con la Facultad de Ciencias Químicas fueron detectadas drogas psicoactivas (alcohol, cocaína y canabiodos) en el 43.9 % de las admisiones. Estas tendencias epidemiológicas y toxicológicas deberían ser conocidas para actuar en consecuencia sobre políticas en salud comunitaria.

Dr. Ricardo Chércoles*
Dr. Rolando Montenegro**

*Profesor Titular Encargado

**Profesor Adjunto

Cátedra de Emergentología. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba. Hospital Municipal de Urgencias. Catamarca 441 CP 5000 Córdoba. Argentina