

## PROTOCOLO AEMEF:

### ACTUACIÓN A PIE DE CAMPO ANTE UN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

El traumatismo craneoencefálico (TCE) es por su incidencia y gravedad un importante problema de salud en el mundo occidental. Accidentes de tráfico, laborales y deportivos son causa directa de TCE. El traumatismo craneal es la primera causa de muerte en el paciente traumatizado.

Tradicionalmente los TCE se dividen en leve, moderados y graves y la clasificación se hace en razón a una puntuación obtenida de la exploración física del paciente según la “Escala de Glasgow” (Tabla 1).

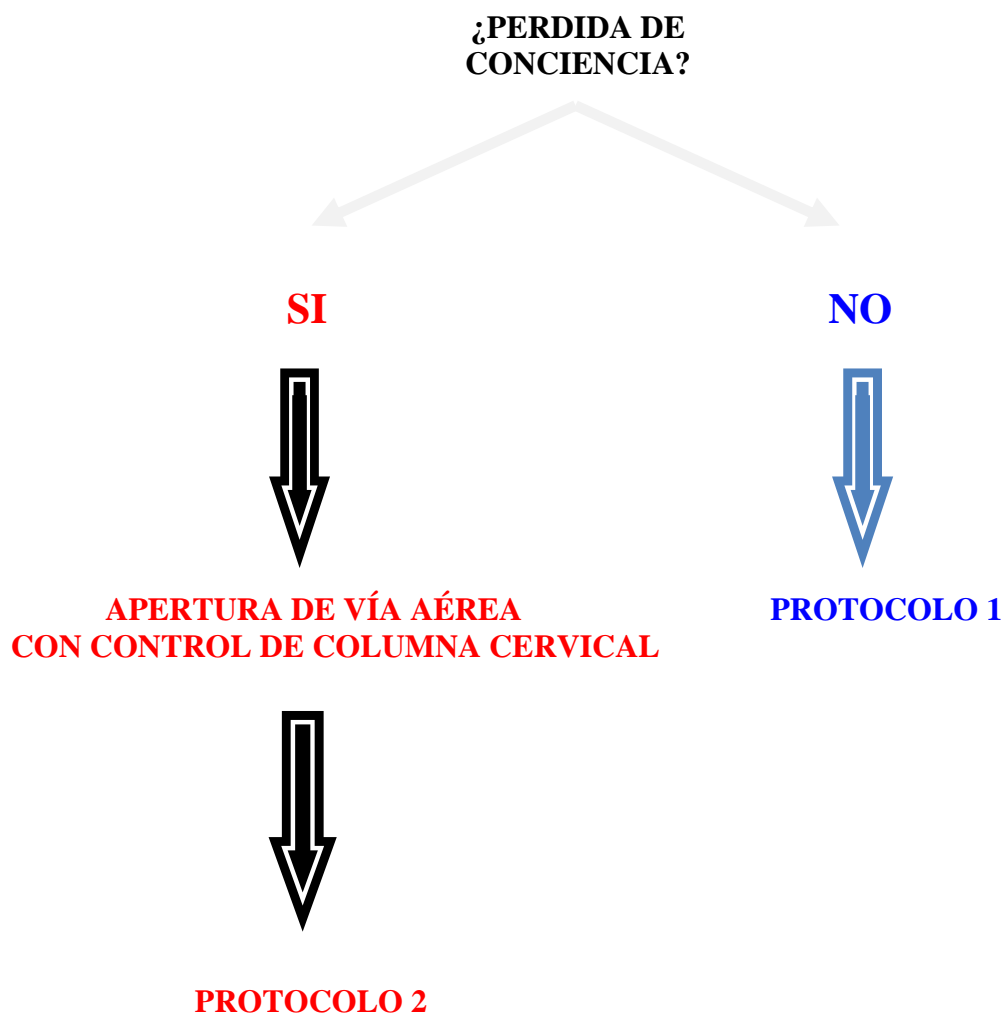
Los TCE graves cuya incidencia en España es de unos 10-15 al año por cada 100.000 habitantes, tienen una mortalidad cercana al 40% siendo un gran reto terapéutico. Por otra parte la incidencia de TCE leves es de 250-300 al año por cada 100.000 habitantes y resulta un reto diagnóstico ya que entre el 1-3% pueden presentar complicaciones graves que pueden llevar a la muerte.

Escala coma Glasgow					
Apertura de ojos		Respuesta motora		Respuesta verbal	
Puntuación: ojos abiertos		Puntuación: mejor respuesta		Puntuación: mejor respuesta	
4	Espontáneamente	6	Cumple órdenes	5	Orientado
3	A la voz	5	Localiza el dolor	4	Confuso
2	Al dolor	4	Solo retira	3	Palabras inapropiadas
1	No responde	3	Flexión anormal	2	Sonidos incomprensibles
		2	Extensión anormal	1	No responde
		1	No responde		

El traumatismo craneoencefálico en el Futbolista, a pesar de su baja incidencia, puede ser en ocasiones un problema de salud grave para el deportista y en muchos casos una situación de estrés y de difícil toma de decisiones para el profesional médico.

En los casos de traumatismos graves el médico que atiende inicialmente al deportista se ve sometido a una situación de presión a la que no está acostumbrado ya que de su forma de actuar puede depender la vida del accidentado, por otra parte en los traumatismos leves resulta importante conocer cuales son los datos clínicos que hacen sospechar una posible evolución desfavorable. Ambas circunstancias llevan a la necesidad de crear un protocolo de actuación.

Probablemente el dato clínico que mayor relevancia tiene en cuanto a la gravedad y pronóstico del traumatismo craneoencefálico es la pérdida o no de conciencia y la duración de esta. Este será el punto de partida en el protocolo.



## **PROTOCOLO 1: TCE SIN PÉRDIDA DE CONCIENCIA**

Tras un traumatismo craneoencefálico sin pérdida de conciencia se ha de valorar los siguientes datos clínicos:

- ¿Presenta el futbolista un Glasgow de 15? Cualquier medición que no sea 15 conlleva retirar el jugador del terreno de juego y actuación según nivel de gravedad.
- ¿Presenta el jugador focalidad motora? Cualquier pérdida de fuerza en una extremidad ha de suponer la retirada del paciente del campo y traslado para valoración hospitalaria.
- ¿Presenta el paciente amnesia de lo ocurrido, vómitos o cefalea holocraneal? La respuesta positiva a alguna de estas preguntas conlleva la retirada del jugador y la necesidad de traslado para valoración hospitalaria.

El futbolista que tras haber sufrido un golpe en la cabeza no pierde la conciencia, presenta un Glasgow de 15, no nota pérdida de fuerza, recuerda lo sucedido, no vomita y no presenta cefalea holocraneal puede volver al terreno de juego. Cualquier cambio clínico posterior requerirá revaloración.

Nota 1: En caso de cofactores de morbilidad este protocolo no se puede aplicar.

Nota 2: El traslado ha de realizarse, en medida de lo posible, a un centro con TAC y posibilidad de actuación neuroquirúrgica.

### **Cofactores de morbilidad en el TCE**

- Niño o Ancianos
- Tratamiento con anticoagulante o antiagregante.
- Hepatopatía, Hemofilia o disfunción plaquetar.
- Alcoholismo o abuso de drogas.
- Antecedentes Neuroquirúrgicos.

## PROTOCOLO 2: TCE CON PÉRDIDA DE CONCIENCIA

En todo futbolista inconsciente tras un traumatismo prima la apertura de la vía aérea teniendo en cuenta siempre que puede existir una lesión cervical. Se procede a tumbiar al paciente en decúbito supino manteniendo siempre tracción de la cabeza en el eje axial manteniéndola en posición neutra. Se realiza tracción mandibular o se procede a la colocación de una cánula de Guedel para liberar la vía aérea.

Tras liberar la vía aérea y comprobar que el paciente respira y tiene pulso se mantiene esta posición a la espera de la recuperación del nivel de conciencia y la llegada de la ambulancia. Si pasados 15 minutos el paciente sigue inconsciente se considera un TCE grave con Glasgow de 3 y se procederá a actuar en consecuencia. Si el paciente recobra la conciencia se medirá la escala de Glasgow y según la puntuación obtenida se actuará de la siguiente forma:

- 1- El paciente recobra la conciencia y presenta un Glasgow de 14-15. Se trata de un **TCE Leve** pero con pérdida de conciencia, lo cual es un síntoma relevante, manteniendo protección del cuello (collarín cervical) trasladaremos al paciente a un Hospital.
- 2- El paciente recobra la conciencia presentando una puntuación en la escala de Glasgow entre 9-13. Se trata de un **TCE Moderado**. Trasladaremos al paciente a un Hospital que a poder ser cuente con TAC y neurocirujano. Durante el traslado tendremos control de la columna cervical. Si es posible canalizaremos una vía periférica pensando en que el paciente puede empeorar y transfundiremos suero fisiológico si el paciente presentase hipotensión. Mantendremos la camilla inclinada unos 30° sobre la horizontal. Si se tiene se administrará O2 al flujos altos.
- 3- El paciente no recobra la conciencia pasados 15 minutos o si lo hace presenta un Glasgow menor de 9: se trata de un **TCE Grave**.
  - Todo paciente con TCE grave requiere aislamiento de la vía aérea mediante IOT lo antes posible. La IOT es un procedimiento complejo que debe realizar un profesional con experiencia. Mientras se realiza se mantendrá la vía aérea permeable con un Guedel y se estará prevenido por si el paciente vomita.
  - Se inclina la camilla 30°
  - Se administra O2 a flujos altos 50-100%
  - Medición de la tensión arterial y canalización de vía periférica. Se administrará suero fisiológico en caso de hipotensión. Bolo inicial de unos 2 litros.
  - Traslado lo antes posible a un centro útil (con TAC y Neurocirujano).