

# Indicadores de gravedad del paciente con sospecha de traumatismo raquímedular en el medio extrahospitalario

**M. Esther Jiménez<sup>a</sup>, Bienvenido Ros<sup>b</sup>, Carmen Martín<sup>a</sup>, José Miguel Pérez<sup>c</sup>, Aránzazu Artalejo<sup>c</sup> y Francisco J. Gómez<sup>d</sup>**

<sup>a</sup>Empresa pública de Emergencias Sanitarias. <sup>b</sup>Servicio de Neurocirugía del Hospital Regional Carlos Haya.

<sup>c</sup>Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital Universitario Virgen de las Nieves. <sup>d</sup>Servicio de Rehabilitación del Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Facultad de Medicina. Universidad de Granada. España.

Sr. Director:

Se define como lesión raquímedular traumática la alteración neurológica con afección del canal espinal que conlleve un cambio sensitivo, motor, vesical o de disfunción esfinteriana total o permanente, según los Centers for Disease Control and Prevention<sup>1</sup>. En las series más largas de la bibliografía, la incidencia de lesionados medulares es de 43 a 55 por millón de habitantes y año<sup>1</sup>, lesiones generalmente producidas por accidentes de locomoción y precipitaciones. Un diagnóstico y tratamiento tempranos permitirían disminuir las secuelas posteriores, mejorando la calidad de vida de los pacientes.

Hemos llevado a cabo un estudio de tipo observacional, tomando como muestra a aquellos pacientes atendidos por un equipo del Servicio Provincial del 061 de Granada, durante el período de tiempo comprendido entre el 1 de enero de 1998 y el 31 de diciembre de 2000. Las variables de estudio incluyeron edad, sexo, puntuación en la escala de Glasgow inicial, presencia de hipotensión, bradicardia o alteraciones neurológicas, tipo de incidente causal y Trauma Score revisado (que evalúa conjuntamente el Glasgow, la presión arterial sistólica y la frecuencia respiratoria, indicando la gravedad postraumática del paciente, con una puntuación máxima de 12 y mínima de 3).

El tamaño muestral fue de 42 casos (con código de diagnóstico 806 según el CIE-9 revisado), con una edad media de 35 años, con predominio de varones (83,3%), con una puntuación en la escala de Glasgow inicial de 15 en el 79% de los casos, normotensión en el 81%, cifras normales de frecuencia cardíaca en el 79%, y de los cuales el 83% tenía un Trauma Score de 12. Los accidentes de tráfico constituyeron el 48% de los casos. En las alteraciones neurológicas recogidas

en la valoración inicial de urgencias, el 95% presentó alteración de la sensibilidad (el 54% sólo en miembros inferiores) y el 30% déficit motor en algún grado, mientras que se recogió afectación de reflejos osteotendinosos en un 22% de los casos.

Los resultados obtenidos en nuestro grupo de pacientes son similares a los de la bibliografía<sup>1,4,5</sup>. En pacientes con lesiones medulares, la hipotensión, la bradicardia, el nivel de conciencia al inicio de la valoración del paciente, la puntuación según el Trauma Score y la presencia de alteraciones neurológicas son indicadores de gravedad.

## Bibliografía

1. Surkin J, Colley G, Harky L III, Sniezek J, Currier M. Spinal cord injury in Mississippi. *Spine* 2000;25:716-21.
2. Daverat P, Gagnon M, Dartigues JF, Mazaux JM, Barat M. Initial factors predicting survival in patients with a spinal cord injury. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1989;52:403-6.
3. Kang Lu, Tao Chen L, Cheng L, Han-Jun C. Delayed apnea in patients with mid-to lower cervical spinal cord injury. *Spine* 2000;25:1332-8.
4. Ravaud JF, Delcey JF. The tetrafigap survey as the long-term outcome of tetraplegic spinal cord injured persons, Part II: demographic characteristics and initial cause of injury. *Spinal Cord* 2000;38:164-72.
5. De Vivo MJ, Sekar P. Prevention of spinal cord injuries that occur in swimming pools. *Spinal Cord* 1997;35:509-15.