

Fiabilidad de la Observación domiciliaria en leves

Pérez Civantos, D.V.; Movilla Piriz, M.I.; Molina Fernández, M.; Sorando Mata, D.
Servicio de Urgencias. «Hospital Provincial de Badajoz». Departamento de Bioestadística.
Facultad de Medicina. Universidad de Extremadura.

RESUMEN

Muchas víctimas con traumatismo craneal leve (TCL) no precisan hospitalización y son observados en domicilio. Se plantea la eficacia y fiabilidad con que se ejecuta este tipo de observación. Se estudian 40 casos consecutivos de TCL remitidos por nuestro servicio de Urgencia Hospitalaria (SUH) para observación domiciliaria con claras instrucciones verbales y escritas, citándoseles para control a las veinticuatro horas siguientes. Destacan tres grupos diferentes:

Grupo A con siete pacientes (17%), que negaban haber recibido instrucciones escritas a su alta, a pesar de revelar su historial clínico lo contrario.

El grupo B compuesto por once pacientes (27%) los cuales recibieron ellos mismos las instrucciones escritas para entregarlas posteriormente al responsable de su observación.

En los veintidós pacientes restantes (55%), grupo C, las instrucciones fueron entregadas directamente al individuo responsable de la observación en domicilio.

Sólo un paciente (14%) del grupo A y tres (27%) del grupo B (NS), fueron despertados cada dos horas como indicaban las instrucciones escritas.

Diecisiete pacientes (77%) del grupo C, en comparación, fueron observados correctamente conforme a las instrucciones ($P < 0,01$). En el grupo A ninguno recordó tres o más puntos de las instrucciones, y sólo tres (27%) del grupo B (NS) lo hicieron. Por el contrario, quince sujetos (68%) del grupo C recordaban tres o más instrucciones ($P < 0,01$). Sólo una complicación no grave ocurrió durante la observación domiciliaria.

Como conclusión **NO** recomendamos la observación domiciliaria en pacientes con TCL si existen riesgos añadidos o si las instrucciones no son entregadas directamente al responsable de la observación.

INTRODUCCION

Los traumatismos craneales (TC) representan un gra-

ve problema en los países industrializados del mundo occidental, no sólo por su elevada incidencia, sino también por afectar a un grupo de población joven, en muchos casos en edad laboral; comportando graves repercusiones de tipo social y económico que sobrepasan el estricto ámbito clínico.^{1, 2}

Los TC son una patología frecuentemente atendida en los servicios de Urgencia hospitalarios (SUH), pero sólo una minoría de ellos son lo suficientemente graves como para precisar hospitalización y/o tratamiento neuroquirúrgico.^{3, 4, 5}

La mayoría de los traumatismos craneales leves (TCL) no van a requerir hospitalización, pero a pesar de esto no disponemos en la actualidad de criterios objetivos que puedan seleccionar qué pacientes con TCL deben ser observados en el SUH u hospital y cuáles pueden ser remitidos a su domicilio con garantías de realizar en él una correcta observación y vigilancia. Como indicadores de ingreso se consideran (Fig. 1): la pérdida de conocimiento superior a cinco minutos, alteraciones en la exploración neurológica, amnesia, fractura de cráneo, convulsiones, cefalea progre-

Figura 1

INDICADORES DE INGRESO:

- Pérdida de conocimiento superior a cinco minutos.
- Alteración en exploración neurológica.
- Amnesia.
- Fractura de cráneo.
- Convulsiones.
- Cefaleas progresivas o persistentes.
- Náuseas y/o vómitos.
- Ausencia de persona responsable para observación.
- Intoxicación etílica.
- Tratamiento con anticoagulantes.
- Alto índice de sospecha de complicaciones.

siva o persistente, náuseas o vómitos y la ausencia de familiar o persona que asuma la responsabilidad para una observación en domicilio.^{6, 7, 8, 9}


Al margen de los criterios de ingreso, muchos médicos están de acuerdo que gran número de los pacientes con TCL pueden ser observados en domicilio, siempre y cuando exista una persona que asuma y garantice una continua observación, como que se entreguen instrucciones muy detalladas y que se tengan en cuenta los factores sociales.^{8, 10}

El objetivo del presente trabajo es estudiar la eficacia y fiabilidad de la observación domiciliar que reciben las víctimas de TCL en nuestro medio, según plan que se les entrega mediante instrucciones verbales y escritas.

MATERIAL Y METODO

Se realiza un estudio prospectivo de 40 enfermos

Figura 2



EXCMA. DIPUTACION PROVINCIAL
B A D A J O Z
Hospital General «San-Sebastián»

SERVICIO DE URGENCIAS

HOJA

Después de haber sufrido un traumatismo craneal, es muy importante ser observado durante 24 horas, puesto que una lesión craneal puede ocasionar una lenta hemorragia interna u otros problemas dentro del cráneo que no son detectables en un primer momento.

Controle al paciente por lo menos cada DOS horas. Por la noche despierte al paciente para asegurarse que puede ser despertado con un nivel normal de alerta.

Telefonee al Servicio de Urgencias si observa los siguientes síntomas:

- 1º- Respuestas incorrectas a preguntas como:
 - ¿Qué día es hoy?
 - ¿Dónde estás?
 - ¿Recuerdas lo que te ha sucedido?
- 2º- Comportamiento extraño, agitación, desasosiego.
- 3º- Somnolencia excesiva y progresiva.
- 4º- Vómitos.
- 5º- Convulsiones.
- 6º- Dolor de cabeza progresivo.

HOSPITAL PROVINCIAL DE BADAJOZ. SERVICIO DE URGENCIAS.-
Teléfonos: 22.47.43
22.47.44
22.47.45
22.09.45

DE I

consecutivos víctimas de TCL y que fueron asistidos en nuestro Servicio de Urgencias durante un periodo de cinco meses, los cuales no reunieron criterios de ingreso para observación hospitalaria. Estos criterios para la selección de observación hospitalaria frente a la domiciliaria no fueron totalmente rigurosos, pero todos los pacientes remitidos a domicilio presentaban nivel normal de conciencia, no antecedentes de pérdida de conocimiento, exploración neurológica rigurosamente normal, y no evidencia de fractura de cráneo. En el momento del alta se le entregó al responsable directo del paciente instrucciones tanto verbales como escritas (Fig. 2) citándole a las 24 horas nuevamente en nuestro Servicio para proceder al alta definitiva. Los resultados fueron analizados estadísticamente mediante el Test de Fisher.

RESULTADOS

A la vista de los resultados obtenidos en la entrevista posterior al alta, diferenciamos tres grupos. (Fig. 3)

El grupo A compuesto por 7 pacientes (17%) los cuales negaban haber recibido instrucciones por escrito, aunque su historia clínica expresaba lo contrario. Cinco de estos pacientes (71%), recordaban haberlas recibido personalmente de forma verbal. En este grupo A, 5 pacientes (71%) no recibieron observación en domicilio. De los dos restantes sólo 1 fue despertado cada dos horas tal y como se le indicó y el otro restante fue despertado cada cuatro o cinco horas. En este grupo ninguno de los 7 recordó tres o más puntos de las instrucciones.

El grupo B, compuesto por 11 pacientes (27%) los cuales referían haber sido ellos mismos los receptores directos de las instrucciones escritas y no el individuo responsable (seis de estos pacientes entregaron posteriormente a otra persona la hoja de instrucciones y otros cinco no lo hicieron). Cuatro pacientes de este grupo no recibieron observación domiciliaria; tres fueron despertados cada dos horas y cuatro lo fueron cada 4 ó 5 horas. De este grupo sólo tres (27%) recordaba tres o más puntos de las instrucciones.

El grupo C estaba compuesto por 22 pacientes (55%) los cuales afirmaban que las instrucciones escritas fueron entregadas directamente al observador. En este grupo 17 pacientes (77%) fueron correctamente observados cada dos horas, 3, (13%) no recibieron observación y 2 (9%) la recibieron cada 4-6 horas.

Como podemos ver, en el grupo C la gran mayoría de los pacientes (77%) recibieron una correcta observación. Esta cifra es estadísticamente muy significativa ($P < 0,01$) respecto a los grupos A y B. Asimismo existe significación estadística ($P < 0,01$) para el recuerdo de tres o más puntos de las instrucciones entre los grupos C y A, no existiendo para el resto. (Fig. 4)

Una sola complicación se observó en toda la serie, un varón de 54 años con TCL por caer de un escalón, fue dado de alta del SUH con una exploración neurológica normal y radiografía de cráneo normal. Fué atendido nuevamente a las 18 horas siguientes por presentar cefálea intensa y persistente. Practicado TAC craneal se apreció pequeño hematoma subdural en área frontal que no precisó tratamiento neuroquirúrgico y que no dejó secuelas neurológicas.

Figura 3

	N.º	SITUACION	OBSERVACION CADA 2 HORAS	RECUERDAN 3 PUNTOS O MAS
A	7 (17%)	Niegan haber recibido instrucciones.	1 (14%)	0
B	11 (27%)	Instrucciones entregadas al paciente.	3 (27%)	3 (27%)
C	22 (55%)	Instrucciones entregadas al observador.	17 (77%)	15 (68%)

Figura 4

TEST EXACTO DE FISHER		TEST EXACTO DE FISHER	
* Parámetro estudiado: Recuerdo de 3 o más puntos		* Parámetro estudiado: Observación domiciliaria cada 2 h.	
A * B.....	P > 0,2NS	A * B.....	P > 0,9NS
B * C.....	P > 0,05.....NS	B * C.....	P < 0,01.....MS
A * C.....	P < 0,01.....NS	A * C.....	P < 0,01.....MS

DISCUSION

Los TC son una patología frecuentemente atendida en los SUH, suponiendo aproximadamente el 20-30% de los ingresos por trauma¹, con una mortalidad entre el 5 y 30% según centros^{1, 2, 3}. La mayoría de los TC no son lo suficientemente severos como para requerir ingreso hospitalario ni tratamiento neuroquirúrgico. Es una práctica casi habitual el dar el alta a estos pacientes con TCL que no reúnen criterios de ingreso ni riesgo de complicación; pero aún así el facultativo responsable no queda conforme pues sabe que siempre hay riesgo de complicaciones por una patología oculta en las primeras horas. Es pues este el punto más importante en el momento del alta, valorar la fiabilidad y eficacia de la observación del paciente en su domicilio de modo que se pueda detectar cualquier complicación a tiempo de ser adecuadamente tratada.

La mayoría de los médicos que dan el alta a los pacientes con TCL valoran los siguientes puntos:

- Que las instrucciones se van a llevar a cabo.
- Que se van a realizar rigurosamente tal y como se indican.
- Que el paciente y/o responsable entienden perfectamente las instrucciones y son capaces de interpretar los fines de la observación.
- Que la observación en domicilio sea igual de efectiva que si la realizáramos en el hospital.
- Quizás no olvidarnos otras circunstancias tales como los condicionamientos sociales (distancia del domicilio al hospital, medios de transporte, teléfono, etc...)

En el presente estudio parece quedar explícito que la observación sólo se llevó a cabo correctamente cuando las instrucciones se entregaron directamente al responsable de la observación y esto sólo fue en 3/4 partes de los casos.

Cuando las instrucciones fueron entregadas directamente a los pacientes se evidenció que la observación correcta ocurre en sólo una minoría de los casos (27%).

El mayor número de puntos de instrucciones recordados se aprecia en el grupo C, donde las instrucciones se entregaron al individuo responsable de la observación, aunque sólo el (68%) de éstos recordaban tres puntos o más. Esto puede deberse a la falta de interés del sujeto por las instrucciones, limitación en la comprensión de las instrucciones, falta de memoria, etc...

La tasa de complicaciones neuroquirúrgicas (hematomas epidurales, subdurales y parenquimatosos) tras disfunciones neurológicas transitorias postraumáticas en pacientes despiertos y alertas en la etapa de evaluación en el SUH, se ha estimado en un 2,4% por Fisher et al; y un 3% por Dacey et al. Esta cifra desciende cuando se excluye la fractura de cráneo^{3-5, 7, 12}. La posibilidad de un deterioro subsecuente tras un

TCL, aunque pequeña, requiere una observación competente¹³.

Nuestros resultados coinciden con Saunders¹¹ y, por tanto, podemos afirmar que la observación domiciliar es una alternativa a la hospitalaria siempre que exista ausencia de riesgos y se disponga de una persona adulta responsable de la observación y a la que se le entreguen personalmente instrucciones verbales y escritas.

CONCLUSION

Recomendamos observación domiciliar para los TCL sólo si se cumplen los siguientes puntos:

1 - Paciente sin riesgo elevado de complicaciones (no historia de pérdida de conocimiento, ausencia de fractura craneal, exploración neurológica normal, no riesgos sobreañadidos).

2 - Si el paciente cuenta con un adulto, en el cual el médico pueda confiar para que se cumplan las instrucciones dadas. Estas instrucciones deberán entregarse directamente al responsable de la observación.

3 - Las instrucciones se entregarán por escrito y en un lenguaje claro para el personal no sanitario.

4 - El lugar de la observación debe ser apropiado, no muy distante del Servicio de Urgencias y debe de disponer de fáciles accesos y teléfono.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Jenett B., Teasdale G. «Epidemiology of Head Injury.» En: Management of Head Injuries. F.A. Davis Company, 1981. PP.: 1-17.
- ² Jenett B., Mc Millan R. «Epidemiology of Head Injury.» Br. Med. J. 1981; 282: 101-104.
- ³ Fisher RP, Carlson J., Perry JF: «Postconcussive hospital observation of alert patient in a primary trauma center.» J. Trauma 1981; 21: 920.
- ⁴ Jones JJ, Jeffrey RV: «Relative risk of alternative admission policies for patients with head injuries.» Lancet 1981; 2: 850-852.
- ⁵ Mendelow AD, Campbell DA, Jeffrey RR: «Admission after mild head injuries: Benefits and costs.» Br. Med. J. 1982; 285: 1530-1532.
- ⁶ Jones RK: «Assesment of minimal head-injuries: indications for in-hospital care.» Surg. Neurol 1974; 2: 101-104.
- ⁷ Weston PAM: «Admission policy for patients following head injury.» Br. J. Surg. 1981; 68: 663-664.
- ⁸ Weeks LE: «Handling of non severe head injuries.» JACEP 1979; 8: 257-260.
- ⁹ Pons PT: «Head Trauma.» en Rosen P., Baner FJ, Braen GR, et al eds: Emergency Medicine. St. Louis, CV Mosby, 1983 cap. 13.
- ¹⁰ Pitts LH, Martin N: «Head injuries.» Surg. Clinic North Am 1982; 62: 47-60.

¹¹ Saunders CE, Cota R., Barton CA: «Reliability of home observation for victims of wild closed-head injuries.» Ann. Emerg. Med. Feb. 1986; 15: 160-163.
¹² Dacey RG, Alres WH, Rimel RW, et al: «Neurosurgical complications after apparently minor head injury.» J. Neurosurg 1986; 65: 203-310.

¹³ Cline DM, Whitley TW: «Observation of head trauma patients at home: A prospective study of compliance in the rural south.» Ann Emerg. Med. 1988; 17: 127-131.