

EL TRAUMATIZADO Y SU SIGNIFICACION CREMATISTICA *

DR. PABLO MENDIZÁBAL

EN LA ASISTENCIA médica de los traumatizados se observa, que a un porcentaje elevado se le imparte tratamiento muy largo, significándose esto, además, por su ausencia dilatada del trabajo; lo que constituye un problema económico para el Estado, para las empresas industriales, de caminos, puentes y edificios, astilleros, fábricas de armamentos, comerciales, de transportes, y electrotécnicas, incluyendo las publicitarias, y las de investigación nuclear para la vida del hombre.

El problema entraña dos aspectos transcendentales, uno: el humano-técnico, relacionado directamente con las lesiones del trabajador, y, el otro, económico, que se refiere a su larga asistencia médica, y a la suspensión de su actividad productora.

Las empresas crogan en estos enfermos cantidades elevadas por concepto de: tratamiento, salarios e indemnizaciones, y, al resentirse la eficiencia del trabajo que efectuaban los lastimados, a quienes, no siempre es posible substituir por individuos igualmente hábiles, cuyos sueldos, por otra parte, también deben cubrirse.

Disminuir el número de días de tratamiento, ya sea en enfermos internos o no, constituye una acción benéfica, tanto para el trabajador como para las empresas, incluyendo las estatales, institutos de seguro social y mutualidad.

Al plantear este problema económico-social, conviene analizar las causas que intervienen.

Estas pueden agruparse en la forma siguiente: a) Causas relacionadas con la lesión. b) Causas inherentes al enfermo como terreno. c) Causas ligadas a las interrelaciones del enfermo con los especialistas, y d) Causas diversas.

* Leído en la sesión ordinaria del 6 de mayo de 1959.

CAUSAS REFERENTES A LA LESIÓN

Las lesiones complejas, o de difícil manejo, y gran número de condiciones patológicas postraumáticas, requieren un tratamiento prolongado, por ejemplo: los grandes machacamientos destructivos; las compresiones isquémicas profundas; los desprendimientos de amplias porciones de piel; las quemaduras de grandes extensiones; la ezeematización por trastornos tróficos de la región lesionada; las ulceraciones postraumáticas de piernas varicosas, o que sufren cualesquiera de las condiciones angioneurodistróficas de los miembros pélvicos; los muñones dolorosos distróficos ulcerados o no; las osteomielitis postraumáticas; las panartritis de las manos o de los pies; las fístulas óseas o de los conjuntivos profundos esclerosados, de evolución falaz, que cierran para abrirse algún tiempo después; las fracturas multifragmentarias de los huesos largos sin consistencia estabilizadora; callos exuberantes, coaptaciones disfuncionales; pseudoartrosis; angulaciones en diáfisis o en epífisis, artropatías y anquilosis de las articulaciones contiguas inmovilizadas; artropatías traumáticas; esplenalgias abdominales postraumáticas; espondilartritis; espondilema postraumático. Las fracturas vertebrales con o sin lesión medular; luxaciones antiguas del hombro; las de la cadera, con o sin ruptura de la cotilea; queratodermias con edema duro de los miembros; las mutilaciones; secciones de nervios; de múltiples tendones; neuralgias postraumáticas; raqualgias en región dorsal o lumbago; toracodinia; artralgias; la cefalea; el pie o la mano dolorosas postraumáticas; los desgarros del diafragma, y los traumatismos en pacientes neurclábiles, para señalar solamente, las lesiones que observamos con más frecuencia en traumatología, y que por sí solas son de larga duración.

A la cantidad de daños graves y de curación francamente laboriosa, que hacen muy importante este capítulo, hay que agregar las consecuencias incurables que acrecientan el problema, como: aneurismas, histomas, parálisis y ceguera, que siguen a traumatismos.

CAUSAS INHERENTES AL ENFERMO COMO TERRENO

No sólo debe considerarse la naturaleza de las lesiones como determinantes de un tratamiento largo, sino también la constitución orgánica del paciente.

Los cuidados médicos siempre deben de ir más allá de la lesión, pues los enfermos tienen, generalmente, además del traumatismo, una o varias condiciones patológicas que el médico debe curar también.

La leucopenia, particularmente de polinucleares; eritrocitopenias, cualitativas o cuantitativas, no importa cuál sea su causa; la disminución persistente de las cualidades antitóxicas y de anticuerpos del plasma sanguíneo; la sífilis, diabetes, la enfermedad de Addison, el paludismo crónico; las hepatopatías disfuncionales o degenerativas; las parasitosis intestinales persistentes, que han minado al

organismo; las intoxicaciones crónicas; conectivopatías degenerativas o inflamatorias; las disfunciones endócrinas; la presencia de infecciones focales en oídos, boca, garganta, retronariz, senos craneofaciales; en bronquios; en la vesícula biliar, en seminales, recto, o en la pelvis renal. Estos pacientes requieren generalmente, una preparación larga para ser operados.

También tienen significación, los enfermos esencialmente nerviosos, impresionables, en quienes su neurolabilidad es fácil presa en conmociones por incendios de gases, descarrilamientos y derrumbes, desarrollándose en ellos, alguna de las modalidades de la sinistrosis.

Estos trabajadores después de tales accidentes, y en ocasiones de poca gravedad, por cuanto al riesgo realizado, se vuelven taciturnos, o les invade una fuerte preocupación relacionada con el traumatismo, y se creen perdidos e irremediablemente inútiles para el trabajo.

Mientras mayor ha sido el trato con médicos particulares, o en los hospitales pertenecientes a las mismas empresas, más rica es la información que adquieren del conjunto de síntomas que se les pregunta, los que podría decirse, aprenden a llevar de una manera completa a fuerza de oírlos repetir, siendo entonces la obsesión de su daño muy profunda. Este complejo mental que constituye la lesión psíquica, perdura sin borrarse, no obstante que la lesión somática haya curado. La idea pertinaz influye en el ánimo del sujeto coartando su voluntad. En ellos, además, el temor de lo que pudo haberles sucedido, hace profundas impresiones en su mente, constituyendo un mal agregado, o más bien superpuesto a la lesión.

Anotemos, también, que algunos trabajadores débiles nerviosos, después de un accidente serio, son víctimas de un temor difícil de vencer, para regresar al mismo trabajo.

CAUSAS LIGADAS A LAS INTERRELACIONES DEL ENFERMO CON LOS ESPECIALISTAS

Para el mejor tratamiento de un enfermo, es necesaria la cooperación de los distintos especialistas, cuyos servicios se requieren, y ésta puede ser: incompleta, retardada, o faltar. En estos casos, como fácilmente se comprende, tendrá que ampliarse la duración del tratamiento. La cooperación para ser eficaz, necesita hacerse de consumo y no sucesiva y desligada. Esto es, que un lesionado, verbigracia, de compresión de una mano, y que sufre, además, helmintiasis, o bronquitis crónica, reumatismo, alguna de las formas de la dispepsia, etc., debe comenzar el tratamiento de estas dolencias, tan pronto como pase el período doloroso de la lesión, y no cuando quede curado de ella, transcurridas ya, tres o cuatro semanas; pues de esta manera se van acumulando los tiempos, aumentándose así, considerablemente, el ausentismo del trabajo, que sería menor, si se hicieran a la vez los tratamientos compatibles.

CAUSAS DIVERSAS

Entre las causas diversas debemos considerar la simulación. Pueden anotarse, substancialmente, tres clases de simuladores, con sus múltiples aspectos: 1. Los que no han sufrido ninguna lesión y fingen haberse lastimado; 2. Los que mienten una condición traumática más grave que la sufrida; y, 3. Los que ya curaron e insisten en que están enfermos.

Otra de las causas, es el carácter del enfermo, quien cede fácilmente a la insinuación familiar de sujetarse a tratamientos defectuosos, en manos de curanderos ignorantes que empeoran la situación, por lo que ingresan, o reingresan al hospital en peor estado.

Enfermos hay, que no aceptan la atención médica de condiciones patológicas no traumáticas para las que ellos no acuden a curarse, temerosos de que el médico pretenda relacionar su lesión producida en el trabajo, con la enfermedad, y así hacerle perder su derecho a protección de sueldo íntegro, indemnizaciones, etc.

Existen, además, otros factores circunstanciales a cada caso, amén de la inaprovechabilidad de los medicamentos, que proporcionados al paciente externo, y con más frecuencia a un simulador, son vendidos o permutados.

Por otra parte, lesionado que dura mucho tiempo en un hospital, adquiere familiaridad en el mismo, y aun logra la atención médica de parientes y amigos: anotando también, que un número elevado de enfermos que se internan, no quieren dejar el hospital.

Por último, si tiene su residencia lejos del centro nosocomial, o en otra ciudad, o pueblo, sólo admite su alta, hasta que se siente perfectamente bien, sin la menor huella del traumatismo, para lo que se requiere, en ocasiones, un tiempo muy largo.

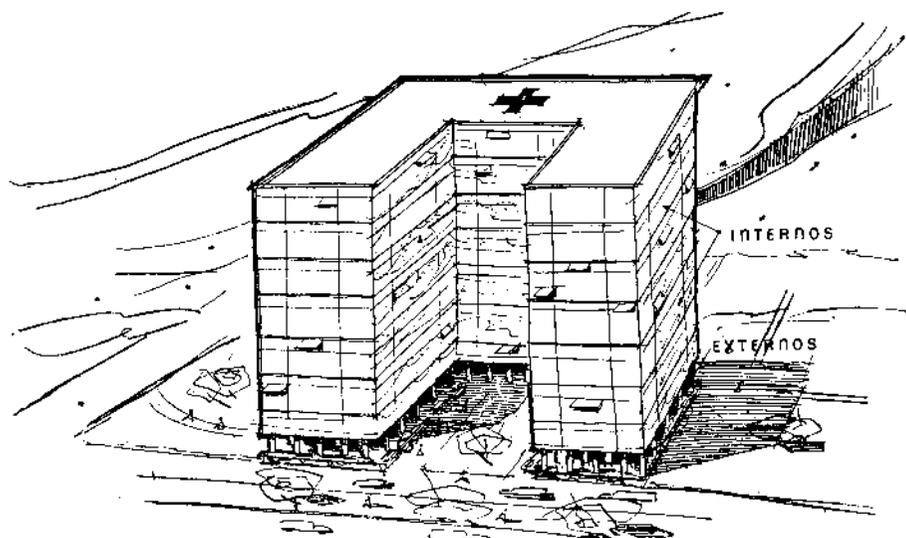
Como se ve por estas consideraciones, el problema es complejo y de gran trascendencia económica, y para obtener costos más bajos con eficiencia máxima asistencial, puede considerarse el sumario de lineamientos fundamentales que a continuación se exponen.

Previsión. Desarrollar en el trabajador la previsión, elevando su cultura, para que con técnica en los laboratorios, y su esfuerzo mejor guiado, en talleres, patios, vías urbanas, caminos, etc., evite o disminuya el peligro.

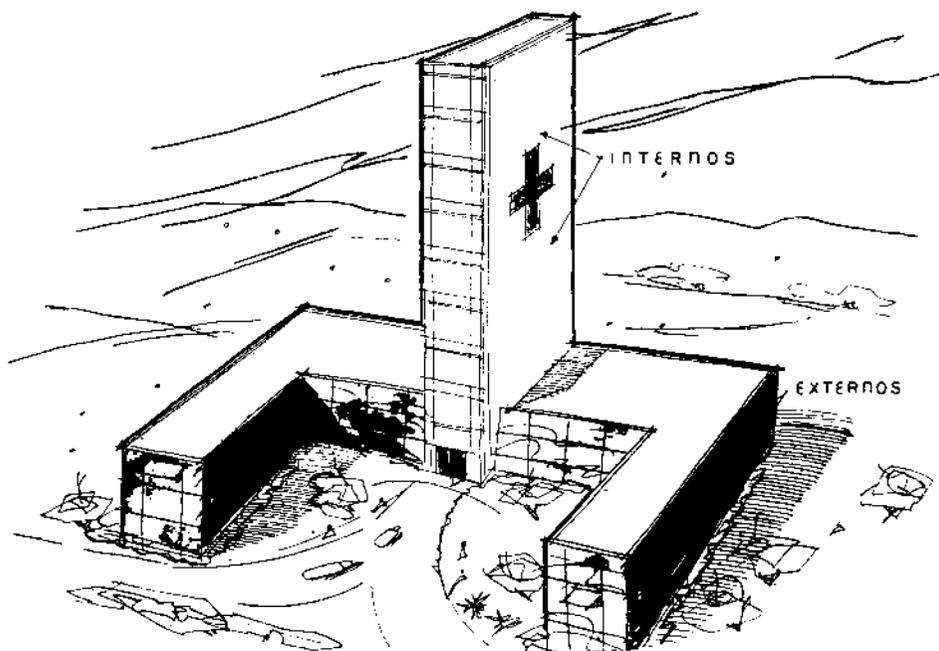
2. En el obrero, depurar sus costumbres inculcándole responsabilidad.

3. No emplear obreros jóvenes, y menos inconscientes, o sin entidad moral, en trabajos de mucho riesgo, pues se expone su vida.

4. En el ingreso y reingreso, no admitir más que trabajadores capacitados, con hábitos no peligrosos, y según las necesidades ergológicas, evitando así: exceso de personal, nóminas elevadas, o listas de raya inacabables. Un operario



FORMA EXPENSIVA en la que los enfermos internos ocupan siete pisos, con gran espacialidad. Los servicios de los externos, se llevan a cabo sólo en el piso bajo.



FORMA RACIONAL que es la que se propone; en ella los enfermos internos ocupan la espacialidad menor.

improvisado, es una amenaza para la economía, debe prepararse para su trabajo en escuelas.

5. La falta de preparación técnica es la causa de los accidentes, y en ellos la realización del riesgo.

6. Mejorar la maquinaria en talleres, y el equipo en bodegas, patios, muelles, caminos, etc., así como los medios de protección. En fábricas, la cibernética del maquinismo disminuye peligros.

MANEJO TÉCNICO DEL PACIENTE

Para este fin es necesario, primero: Equipar con integridad técnica los hospitales.

2. Concentrar de inmediato, los enfermos calificados, en las especialidades correspondientes.

3. Reglamentar la atención médica y quirúrgica de los enfermos internos y externos, que requieran varios tratamientos, en una secuencia pronta de terapéutica racional fundada.

4. Hacer los servicios activos, con protocolos de anotaciones sólo indispensables, pasando sin demora, al ejercicio de las indicaciones fisiáticas, y a la terapéutica ocupacional o de reincorporación, que desquita costos, siendo útil para el trabajador.

ESPACIALIDAD ARQUITECTÓNICA

1. Edificar los hospitales previo estudio demográfico o de zona industrial, reduciendo el funcionamiento actual de elevado número de sitios clínicos, 800 a 1,000 camas, a un sistema de 200 a 300 suficientes, si se organiza la atención de los externos, cuyos servicios dispondrán de la espacialidad arquitectónica mayor del edificio, en el que, además, habrá biblioteca, hemeroteca, y aulas destinadas a la docencia académica para el adelanto médico.

TESIS ASISTENCIAL QUIRÚRGICA

1. Con fines económico-sociales, invertir el concepto de primacía espacial para enfermos externos, — forma asistencial expansiva— dándosela a los externos, forma de menos costos para lo que en la construcción se dé mayor amplitud a los servicios para los externos.

2. Reducir la atención de los internos a su número de necesidad real, pues, actualmente, un 30% de ellos, son por sus requerimientos terapéuticos técnicamente externos; y un 20% más, pueden atenderse como externos, beneficiándose unos y otros, por las influencias psicoterapéuticas, que tienen un juego mayor y mejor, en el enfermo con evolución fuera del hospital.

De esta manera los costos totales bajan, pues los servicios para externos son menos costosos.

REFERENCIAS

- H. Relton McCarroll. *Orthopedic Management of Severely Injured Patient*. (Washington Univ.). J.A.M.A. 165: 1913-1916, Dec. 14, 1957.
- Alexander Drumond. *Discussion on Management of Mass Casualty Situations in Time of War*. Proc. Roy. Soc. Med. 50: 967-976, Nov., 1957.
- Frederic J. Kottke. *Physiatric Aspects of Care of Severely Injured Patient*. J.A.M.A. 165: 1930-1935, Dec. 14, 1957.
- Rose T. McIntire. *Role of Surgeons in Rehabilitation*. (Chicago). H. Internat. Coll. Surgeons. 28: 612-617, Nov., 1957.
- Otto E. Aufranc. *Care of Patients with Multiple Injuries*. (Harvard Med. School). J.A.M.A. 168: 2091, Dec. 20, 1958.
- George J. Curry y Sydney N. Lyttle. *The Speeding Ambulance*. (Hurley Hospital Flint, Mich.). Am. J. Surg. 95: 507-511, April, 1958.
- Lee J. Cordrey, Amasa B. Ford y Miquel T. Ferrer. *Energy Expenditure in Assisted Ambulation*. (Cleveland). J. Chronic Dis. 7: 228-233, March, 1958.
- Arthur S. Abramson. *Use and Abuse of Ambulation Training in Rehabilitation*. (Yeshiva Univ., New York). Postgrad. Med. 23: 178-185, February, 1958).
- W. Scott Allan. *Problems in Claims' Handling of Injury Cases*. Pennsylvania M. J. 61: 341-347, March, 1958.