

Durante la guerra, los neurocirujanos deben proponerse los siguientes objetivos al tratar a pacientes heridos con afectaciones del sistema nervioso central.

Estos son:

Consideraciones generales.

Salvar la vida del lesionado en la cabeza, controlando quirúrgicamente el sangramiento intracraneal y liberando el encéfalo de una compresión aguda por un hematoma.

Restaurar mediante la operación, las diferentes estructuras anatómicas lesionadas para evitar la formación de una cicatriz meningocerebral.

Preservar, en lo posible, la integridad funcional del neuroeje y evitar que se produzcan más daños de los ya ocasionados por los agentes vulnerantes.

Prevenir o tratar las infecciones, pues constituyen graves complicaciones, en las lesiones traumáticas del sistema nervioso central.

Lograr que el combatiente pueda incorporarse a cualquier forma de lucha contra el enemigo.

Principios generales de la neurocirugía en la guerra.

El tratamiento neuroquirúrgico de los heridos y lesionados por armas de fuego en la guerra comprende los siguientes principios generales:

Antes de proceder a la operación, el neurocirujano debe velar porque se garantice una adecuada ventilación del herido.

Mediante los procedimientos de reanimación respiratoria y se logre en el paciente un estado hemodinámico estable.

Se debe prestar cuidadosa atención a otras heridas y lesiones. Las heridas en el cuello (por lesión de tráquea o carótida), en el tórax (Laceración del corazón), en el abdomen (laceración hepática y del colon) y en los miembros (amputaciones traumáticas y heridas vasculares) son causas de shock y muerte.

El desbridamiento quirúrgico de las diferentes estructuras anatómicas lesionadas debe realizarse tempranamente, y deben cumplirse los principios del tratamiento neuroquirúrgico de las heridas craneoencefálicas de tiempo de guerra.

Deben emplearse los antibióticos para prevenir y tratar las infecciones.

No se deben usar drogas depresoras del centro respiratorio (morfina o similares), para combatir el dolor y la agitación.

El registro de los datos (tiempo desde que fue herido, examen neurológico y general, informe operatorio, drogas utilizadas en las diferentes etapas del tratamiento, complicaciones, entre otros), debe ser de estricto cumplimiento.

El tratamiento del herido no termina con la intervención quirúrgica ni con el fin de las acciones combativas, sino que continúa después durante los años o el tiempo de paz.

Particularidades de las diferentes guerras y la neurocirugía.

Antes de la primera guerra mundial.

En la primera mitad del siglo XIX, el tratamiento quirúrgico de las heridas craneoencefálicas se limitaba a la trepanación selectiva en casos de fracturas desplazadas, cuerpos extraños retenidos y colecciones líquidas dentro del cráneo. En la segunda mitad del propio siglo, se consideraba útil el estudio radiológico, la operación temprana particularmente de las heridas penetrantes, una exposición quirúrgica amplia, la extracción de esquirlas, la exploración limitada del cerebro dañado y el cierre primario de la herida.

Primera guerra mundial.

La neurocirugía no existía como especialidad quirúrgica individual.

En la primera etapa de la guerra se utilizaron dos variantes del tratamiento quirúrgico: La primera consistía en una exploración operatoria de carácter limitado, realizada cerca del frente de batalla, con el supuesto objetivo de permitir la formación de adherencias entre el cerebro y la duramadre y reducir así la extensión de la infección postoperatoria. Posteriormente se llevaba a efecto una operación secundaria en el hospital base. La segunda variante lo constituía el desbridamiento primario extenso hecho varios días después de ser causada la herida, al nivel del hospital base.

Los agentes causantes de las heridas, bala y fragmentos de metralla, poseían relativamente poca velocidad.

La experiencia temprana demostró la necesidad de situar al personal neuroquirúrgico en posición avanzada, para atender anticipadamente a los heridos craneoencefálicos.

Se establecieron los principios técnicos del tratamiento quirúrgico de las heridas craneoencefálicas causadas por armas de fuego, y se reconoció a las esquirlas (fragmentos óseos) y proyectiles como elementos importantes en la producción de infecciones.

Los principios establecidos por [Harvey Cushing](#) fueron los siguientes:

Examen neurológico preoperatorio.

Radiografías, si es posible, estereoscópicas, de cráneo.

Afeitado completo de la cabeza.

Realización de la operación por un equipo neuroquirúrgico. Incisiones en forma de trípode en vez de colgajos.

Resección ósea en bloque, y no por fragmentos.

Apertura de la duramadre sólo si es indispensable.

Limpieza del tejido cerebral necrótico y extracción de las esquirlas mediante la: irrigación de solución salina a través de un catéter.

Sutura cuidadosa y total de la duramadre.

Cierre del cuero cabelludo en dos planos sin dejar drenaje.

Hubo una elevada mortalidad principalmente por las infecciones.

From:

<https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/> - **Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661**

Permanent link:

https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=neurocirugia_en_tiempo_de_guerra

Last update: **2025/05/04 00:00**

