

CLUB DEPORTIVO GUADALAJARA

PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA CONMOCIÓN CEREBRAL RELACIONADA CON EL DEPORTE



DR. JAIME A. FIGUEROA CONDE
DIRECTOR CIENCIAS DEL DEPORTE



PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA CONMOCIÓN CEREBRAL RELACIONADA CON EL DEPORTE



PREFACIO

Este documento tiene por objeto estandarizar las prácticas del servicio médico del Club Deportivo Guadalajara para la correcta atención de la conmoción cerebral.

El correcto reconocimiento de este problema es vital para hacer un diagnóstico acertado y una progresión segura para el Return-to-play ofreciendo al jugador las garantías necesarias para practicar el fútbol con el menor riesgo posible y en las mejores condiciones neurológicas y cognitivas.



INTRODUCCIÓN

Este protocolo está basado en la declaratoria oficial del consenso de la 5ª conferencia internacional en conmoción cerebral relacionada con el deporte, llevada a cabo en Berlín en octubre de 2016, en esta conferencia se dieron cita médicos de distintos ámbitos del deporte internacional expertos en materia neurológica y neurocognitiva.

La definición de conmoción cerebral relacionada con la práctica deportiva es muy sencilla y general, sin embargo encierra retos muy importantes para los médicos que se enfrentan a ella en el terreno de juego y fuera de él, y versa de la siguiente manera: “se entiende como conmoción cerebral a los signos y síntomas, inmediatos y tardíos, del traumatismo craneoencefálico.” Esta definición no nos acerca a los mecanismos por los cuales el cerebro se ve dañada y por lo tanto sus funciones alteradas o disminuidas. Es común que se confundan los términos de conmoción cerebral y traumatismo craneoencefálico leve, sin embargo éstos no son sinónimos y no están validados como tales. El termino conmoción suele ser impreciso y se pueden encontrar diferentes definiciones en la literatura según el autor que se consulte.

El consenso internacional ofrece un abordaje muy didáctico a través de la publicación de las “11 R’s” de la conmoción cerebral (cuadro 1), estas secciones nos ayudan a protocolizar de una manera más sencilla y con una mejor comprensión de la patología gracias a un algoritmo fácilmente recordable y utilizable.

Cuadro 1: Las “11 R’s” de la conmoción cerebral relacionada con la práctica deportiva.

- 1. Reconocer**
- 2. Remover** (del terreno de juego)
- 3. Re-evaluar**
- 4. Reposo**
- 5. Rehabilitar**
- 6. Referir**
- 7. Recuperar**
- 8. Return-to-Play**
- 9. Reconsiderar**
- 10. Efectos Residuales**
- 11. Reducción del riesgo**



LAS “11 R´S” DE LA CONMOCIÓN CEREBRAL

1. RECONOCER



Dentro del algoritmo propuesto por la conferencia internacional para la atención de la conmoción cerebral relacionada al deporte el número 1 es quizá el más importante y corresponde a reconocer la entidad patológica. La etiología comprende siempre por definición una fuerza biomecánica que afecta de manera directa o indirecta a la cabeza, puede ser un golpe en cabeza, cara o cuello o cualquier otra fuerza aplicada en algún otro segmento corporal que pueda ser transmitida a la cabeza.

El resultado de lo anterior es generalmente un inicio rápido de síntomas que incluyen un deterioro neurológico o cognitivo. La traducción imagenológica regularmente es negativa.

La evaluación en campo es muy importante, la mayoría de conmociones suceden sin que el jugador pierda la conciencia o tenga síntomas neurológicos mayores, sin embargo los síntomas podrían ir aumentando por lo que la decisión de que el jugador salga del partido es crucial. La aplicación inmediata de un cuestionario neuropsicológico es el primer paso a seguir, el SCAT 5 (Sport Concussion Assessment Tool) es un cuestionario que contiene un segmento validado para ser aplicado dentro de la cancha.

Signos y síntomas:

- Síntomas: somáticos (dolor de cabeza, etc.), cognitivos (“sentirse raro”), y/o síntomas emocionales (labilidad).
- Signos: pérdida de conciencia, amnesia, déficit neurológico, etc.
- Problemas del equilibrio.
- Cambios en el comportamiento, irritabilidad, etc.
- Déficit cognitivo.

Alteraciones del sueño.

2. REMOVER (DEL TERRENO DE JUEGO)



El término remover se refiere básicamente a retirar del terreno de juego a todo jugador que se tenga una mínima base para sospechar de conmoción cerebral. Esta decisión debe ser tomada exclusivamente por el médico del equipo, ningún otro profesional debería diagnosticar una conmoción. La evaluación neurocognitiva se debe llevar a cabo inmediatamente después de la exploración médica.

Si se sospecha de conmoción cerebral y se diagnostica correctamente el jugador afectado no debe retornar al terreno de juego por ninguna circunstancia.



3. RE-EVALUAR



No es suficiente que el jugador sea revisado por un médico en el terreno de juego, posterior a esto el jugador debe ser re-evaluado en el consultorio o en un servicio de urgencias (si es el caso).

La piedra angular en el diagnóstico y progresión de la conmoción cerebral son los tests neuropsicológicos, éstos deben ser repetidos cuantas veces sea necesario y si fuera necesario evaluados por psicólogos o neuropsicólogos para su mejor entendimiento.

4. REPOSO



La mayoría de los autores coinciden en que el jugador debe descansar de toda actividad física y mental (computadora, televisión, lectura, videojuegos, etc.) hasta encontrarse completamente libre de síntomas. El reposo debe establecerse con un mínimo de 24 a 48 horas para poder progresar al jugador con garantías hacia las actividades propias de su profesión.

5. REHABILITAR



La conmoción cerebral asociada al deporte puede por definición venir acompañada de otras lesiones, por ejemplo en cuello, espalda u otros segmentos. Una variedad de tratamientos específicos para este tipo de alteraciones podrían requerirse a la par del reposo o de la fase activa de la recuperación y del *Return-to-play*.

6. REFERIR



En el caso de tener síntomas persistentes, que se definen como sintomatología que no cede en un periodo mayor a 10-14 días en adultos o más de 4 semanas en niños, la conducta a seguir es referir al paciente al especialista en neurología, neuropsiquiatría o neuropsicología dependiendo del caso en particular y la sintomatología específica que domine el cuadro. Un abordaje multidisciplinario suele ser necesario en estos casos para poder devolver con seguridad al jugador a la práctica del fútbol.

La utilización de farmacoterapia es limitada y se debe tener en cuenta para tomar la decisión de la vuelta a la competición pues podría estar enmascarando síntomas propios de la conmoción.

7. RECUPERACIÓN



La recuperación clínica se define como el retorno del deportista a sus labores normales incluyendo escuela, trabajo o entrenamientos. Es sabido que la conmoción provoca sus alteraciones más importantes en la función cognitiva y neurológica aproximadamente a las 24-72 horas del evento lesivo. La mayoría de los estudios en el pasado reportan una media de 10 días para la vuelta a la competición, sin embargo con las nuevas investigaciones y consensos se ha visto que podrían ser incluso más los días necesarios para la recuperación completa.

Otro punto a tomar en cuenta son las diferencias iniciales en las evaluaciones pre-lesionales entre jugadores de la misma edad, así como la historia de haber padecido en el pasado una o más conmociones cerebrales.

El factor predictivo más importante para la más lenta recuperación de un jugador es el hecho de haber presentado síntomas más graves en las etapas iniciales posteriores al evento lesivo, específicamente las primeras 24 horas.



8. RETURN-TO-PLAY



Cuadro 2: Modelo de Return-to-play. Cabe resaltar que cada etapa debe durar por lo menos 24 horas y no se deben presentar síntomas.

ETAPA	ACTIVIDAD FÍSICA
A. Reposo (24 a 48 horas)	Reposo total físico y mental (no leer, no estudiar, no ver televisión, etc.)
B. Ejercicio aeróbico ligero	Bajo impacto: natación, caminata, trote, etc. No más del 70% VO2 max
C. Ejercicios específicos sin contacto	Gestos específicos del deporte sin contacto. No cabeceo.
D. Drills específicos del deporte sin contacto	Puede comenzar con ejercicios de pesas ligeros.
E. Práctica con contacto	Práctica parcial con el equipo.
F. Vuelta a la competición	Partido de competencia.

9. RECONSIDERAR



La aplicación del Return-to-play suele ser adecuada para los jugadores de alto rendimiento y adultos, sin embargo en el caso de los niños se podrían ajustar algunas de la etapas e incluso prolongar para proteger al deportista y no entorpecer su desarrollo.

10. EFECTOS RESIDUALES



La literatura acerca de los traumatismos craneoencefálicos y sus efectos residuales y secuelas es poco clara y muy diversa, los médicos debemos tener en cuenta que existe el riesgo de secuelas a largo plazo derivado de la conmoción o de traumatismos recurrentes con un alto potencial de desarrollar encefalopatía traumática crónica.

11. REDUCCIÓN DEL RIESGO



La historia clínica de cada uno de los jugadores haciendo hincapié en la historia neurológica y cognitiva así como en si el jugador ha sufrido alguna conmoción en el pasado para establecer la población con mayor riesgo de sufrir una conmoción en el futuro.

Es también interesante la utilización de las evaluaciones neuropsicológicas como el SCAT 5 previamente a un evento de conmoción, lo que nos ayuda a tener un panorama general y una línea basal sobre la cual comparar en caso de sospechar un deterioro neurológico o cognitivo posterior a un traumatismo craneoencefálico.





CONCLUSIÓN

Este documento constituye una guía para normar una conducta clínica con respecto a la conmoción cerebral relacionada con la práctica deportiva dentro del Club Deportivo Guadalajara.

El correcto diagnóstico, tratamiento, y la correcta aplicación del esquema del Return-to-play específico es muy importante para dar la mayor seguridad al jugador, cuidando de su integridad no solamente física sino que incluso cognitivo-conductual para el presente y el futuro del profesional del fútbol.

REFERENCIAS

- McCrory, et al. Consensus statement on concussion in sport- the 5th international conference on concussion held in Berlin, October 2016, Br J Sports Med, 2018;51: 838-847.
- Feddermann N, FIFA medical diploma at <https://www.fifamedicalnetwork.com/lessons/concussion>
- Aubury M, et al, Concussion in sport, Clin J Sport Med 2002; 12: 6-11.



