



Tratamiento del traumatismo grave del adulto en las primeras 24 horas

R. Jouffroy, O. Langeron, B. Riou, B. Vivien

Un traumatizado grave es un paciente que ha sufrido un traumatismo violento que puede haberle provocado lesiones múltiples y/o que comprometen el pronóstico vital o funcional. La atención prehospitalaria consiste, por una parte, en inmovilizar al paciente para evitar la agravación de lesiones inestables, efectuar la primera evaluación de las lesiones potenciales o comprobadas y corregir los parámetros vitales alterados y, por otra, en trasladar al paciente al centro de salud más adecuado. Desde el ingreso en el hospital, la conducta diagnóstica y terapéutica debe ser exhaustiva. Tras verificar las medidas adoptadas en la fase prehospitalaria, en particular las vías de acceso vasculares y el control de las vías respiratorias, de forma precoz se abre una vía de acceso central y se efectúa una medición invasiva de la presión arterial. Las pruebas de laboratorio urgentes son la determinación de la hemoglobinemias, la hemostasia y los gases en sangre. El estudio por imagen inicial comprende una radiografía del tórax, una radiografía de la pelvis y una ecografía FAST (focused assessment with sonography for traumas, ecografía focalizada para traumatismo abdominal), que permiten tomar las decisiones terapéuticas urgentes: drenaje torácico, arteriografía para embolización y laparotomía para hemostasia. Después de corregir los parámetros vitales, la evaluación se completa con una tomografía computarizada (TC) cerebral sin inyección de medio de contraste, seguida de TC cervical y toracoabdominopélvica con inyección de medio de contraste y, si es necesario, radiografías convencionales. Una nueva exploración física en el contexto de la evaluación terciaria es indispensable para no pasar por alto otras lesiones. Para las indicaciones del estudio por imagen y de la cirugía debe tenerse en cuenta la relación riesgo/beneficio de cada acto. La monitorización y la acción terapéutica deben continuar mientras se efectúan los estudios por imagen y durante los traslados de cualquier tipo. El entrenamiento del equipo de traumatología es fundamental, ya que estos pacientes deben ser atendidos en centros multidisciplinarios que cuenten con los recursos técnicos necesarios y con equipos experimentados en la difícil tarea del tratamiento hospitalario de un paciente con traumatismo grave.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Traumatismo grave; Tomografía computarizada; Ecografía abdominal; Radiografía del tórax; Criterios de gravedad; Escalas; Shock hemorrágico; Transfusión; Control lesional

Plan

<ul style="list-style-type: none"> ■ Introducción 2 ■ Evaluación de la gravedad 2 <ul style="list-style-type: none"> Traumatismo grave: definición 2 Escalas de gravedad 2 Escalas de triaje 3 Algoritmos de triaje 3 ■ Ingreso del paciente con traumatismo grave 5 <ul style="list-style-type: none"> Preparación del equipo 5 Atención inicial 6 Tratamiento de las dificultades vitales 7 Pruebas de laboratorio 8 Sedación y analgesia 9 ■ Evaluación inicial de las lesiones 9 <ul style="list-style-type: none"> Exploración física 9 Estudio por imagen inicial 9 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Evaluación secundaria 11 <ul style="list-style-type: none"> Exploración física completa 11 Tomografía computarizada de todo el cuerpo 12 Angiografía y aortografía 13 Fibroendoscopia bronquial 14 ■ Tratamiento hemodinámico 14 <ul style="list-style-type: none"> Reseña sobre la fisiopatología del shock hemorrágico 14 Monitorización hemodinámica 15 Expansión vascular 15 Vasopresores 15 Objetivo de presión arterial 15 Productos sanguíneos lábiles y adyuvantes de la hemostasia 16 Tratamiento quirúrgico y concepto de control lesional 17 ■ Evaluación terciaria 17 ■ Traslados intrahospitalarios 18
--	--

■ Proceder del equipo	18
■ Conclusión	19

■ Introducción

Los politraumatismos constituyen un serio problema de salud pública. En términos de mortalidad, los traumatismos representan la primera causa de fallecimiento en las personas de menos de 40 años y la tercera sin distinción de edad^[1]. En términos de morbilidad, los traumatismos generan gastos en salud elevados y, en particular, el traumatismo craneal, cuya incidencia en el paciente traumatizado grave se aproxima al 70% en algunos estudios^[2]. Los gastos en salud más considerables que generan los traumatismos son los que se producen a largo plazo, es decir, a escala individual, las secuelas personales, familiares y sociales, en ocasiones graves y por lo general de duración prolongada.

Si bien se reconoce que la atención hospitalaria inicial de un paciente con traumatismo grave no admite demora y se basa en un procedimiento diagnóstico y terapéutico sumamente riguroso, esto a su vez implica que el tratamiento prehospitalario también debe serlo y basarse en una evaluación inicial organizada y sistematizada. Este rigor diagnóstico y terapéutico ha demostrado ser eficaz en términos de reducción de morbilidad en los pacientes traumatizados^[3]. Aunque el factor tiempo es un elemento fundamental en la atención a estos pacientes^[4,5], lo esencial es el «uso correcto» de este tiempo terapéutico, que prevalece y justifica la medicalización prehospitalaria por equipos del servicio móvil de urgencia y reanimación (SMUR)^[6]. Así, por ejemplo, está claramente establecido que la monitorización y el tratamiento precoz de las agresiones cerebrales secundarias de origen sistémico (ACSOS) en los pacientes con traumatismo craneal reducen la morbilidad de forma considerable^[7,8].

La evaluación inicial de la gravedad es por tanto un elemento fundamental del tratamiento inicial de los traumatizados graves. Esto permite determinar cuáles son las medidas prehospitalarias necesarias y, sobre todo, el traslado del paciente hacia el centro asistencial más apto para el tratamiento, que en estos pacientes presenta algunas particularidades respecto a los criterios diagnósticos y terapéuticos que deben aplicarse en los traumatismos más graves. La necesidad de una evaluación lesional completa y rápida hace que resulte conveniente trasladar a estos pacientes a centros denominados «de referencia» que cuentan con recursos técnicos completos y un equipo multidisciplinar entrenado. Esto ha permitido disminuir el riesgo de fallecimiento en el 25%^[9,10]. La organización del equipo médico y paramédico que recibe al paciente, con una estrategia diagnóstica y terapéutica perfectamente preestablecida y rigurosa, es el punto clave del tratamiento hospitalario^[11]. Por lo tanto, la función de los equipos móviles de asistencia médica de urgencia es fundamental para dirigir a los pacientes a las estructuras sanitarias realmente aptas para la gravedad del traumatismo, si es necesario en helicóptero si el accidente se produce, por ejemplo, en medio rural a distancia del centro de traumatología de referencia. Por el contrario, el traslado de un paciente con traumatismo grave hacia un centro inadecuado para su tratamiento, que de forma secundaria debe ser derivado hacia un centro especializado, aumenta el riesgo de fallecimiento de manera significativa^[12], e incluso se ha demostrado que hasta el 30% de los fallecimientos de pacientes traumatizados podrían ser evitables si se aplicara una estrategia adecuada (Cuadro 1)^[3,13].

Sin embargo, esta orientación no siempre es fácil. Por una parte, debido a la gran variabilidad de las lesiones, tanto en términos de localización como de gravedad, y,

Cuadro 1.

Causas principales de fallecimientos evitables en los pacientes con traumatismo grave (52 de 246 pacientes consecutivos fallecidos, es decir, el 21% de fallecimientos)^a (según^[3]).

Causa evitable	Número (%)
Falta de indicación quirúrgica	25 (48%)
Demora considerable hasta la cirugía	21 (40%)
Error de reanimación	5 (10%)
Lesión no diagnosticada	4 (8%)

^a La suma es superior al 100%, varias causas pueden estar presentes en el mismo paciente.

por otra parte, a las distancias y las demoras para efectuar los traslados prehospitalarios según el lugar en que se haya producido el traumatismo. Por consiguiente, es necesario contar con los medios apropiados para evaluar la gravedad del paciente. Con este objetivo se han creado numerosas escalas e índices que, en realidad, no son una solución ideal, pues la mayoría no puede usarse in situ ante la ausencia de algunos datos, en particular, los que surgen de una evaluación lesional precisa.

■ Evaluación de la gravedad

Traumatismo grave: definición

Históricamente, el término «politraumatizado» se usaba para definir a «un paciente con dos o más lesiones, de las cuáles por lo menos una compromete el pronóstico vital». En realidad, esta definición carece de valor práctico en la urgencia porque supone que la evaluación lesional ya ha sido efectuada. Por eso, en la fase inicial de la atención al paciente, y sobre todo en la etapa prehospitalaria, la preferencia actual es el concepto de traumatizado grave, es decir, «un paciente con al menos una lesión que compromete el pronóstico vital o funcional, o en el que el mecanismo y/o la violencia del traumatismo conducen a pensar que tales lesiones pueden estar presentes»^[14]. Por lo tanto, en la definición de un traumatismo grave es fundamental incluir el concepto de mecanismo y violencia de éste, al menos en la fase inicial de la evaluación. Por ejemplo, una caída desde un tercer piso o un accidente en carretera con una energía cinética elevada, que no parece haber provocado más que una fractura de tobillo, debe considerarse sin embargo como un traumatismo grave hasta demostrar lo contrario, es decir, hasta la realización de la evaluación lesional completa. Por consiguiente, el contexto y las circunstancias del traumatismo son elementos fundamentales que deben buscarse in situ, con el objeto de evaluar la gravedad potencial y poder trasladar al paciente al centro sanitario más adecuado^[14,15].

Escalas de gravedad

Principios

El primer objetivo de la evaluación de la gravedad de un paciente traumatizado es predecir la mortalidad, y para ello se recurre a una o más escalas. En realidad, esto supone más una aplicación sobre una población de pacientes que de una persona en particular. La definición de una probabilidad de supervivencia (Ps) permite predecir, para un grupo de pacientes, el número de fallecimientos esperados y compararlo con el número de fallecimientos reales^[15]. Las escalas de gravedad son, por tanto, instrumentos epidemiológicos que permiten comparar la eficacia de sistemas o de estructuras sanitarias o instrumentos de investigación clínica, aunque presentan el gran inconveniente de que se calculan con posterioridad^[15,16].

Principales escalas de gravedad en traumatología

En traumatología, el método más utilizado y eficaz es el conocido como TRISS (Trauma Related Injury Severity

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2756573>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2756573>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)