



PUESTA AL DÍA EN MEDICINA INTENSIVA: PATOLOGÍA TRAUMÁTICA CRÍTICA

¿Están cambiando nuestros paradigmas en la enfermedad traumática?



E. Alted López

Unidad de Cuidados Intensivos de Trauma, Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

PALABRAS CLAVE

Trauma grave;
Investigación en trauma;
Reanimación inicial;
Equipo de Atención al Trauma;
Control de daños

KEYWORDS

Severe trauma;
Trauma research;
Initial resuscitation;
Trauma Team;
Damage control

Resumen Aunque la mortalidad por trauma supera los 5 millones al año en todo el mundo, con innumerables incapacidades y enormes costes, faltan estándares globales y uniformes para su organización y manejo.

Los cambios en el conocimiento y los cuidados del paciente con trauma grave han sido espectaculares en las últimas décadas, pero los recursos en investigación, organización y cuidados no han crecido de forma paralela. En nuestro medio, la enfermedad traumática se sitúa muy por debajo de la investigación y organización de otras enfermedades graves.

En los últimos años hemos cambiado nuestros modelos en investigación en trauma, organización, cambios en la reanimación inicial, la presencia de la TC como pieza clave en el manejo inicial, etc. Estos cambios actuales y de futuro del manejo del paciente traumatizado generan una valoración y tratamiento multidisciplinarios, siendo necesaria la presencia del especialista en Medicina Intensiva como parte fundamental en el equipo de atención al trauma grave y su posterior cuidado en la unidad de críticos.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados.

Are the paradigms in trauma disease changing?

Abstract Despite an annual trauma mortality of 5 million people worldwide, resulting in countless physical disabilities and enormous expenses, there are no standardized guidelines on trauma organization and management.

Over the last few decades there have been very notorious improvements in severe trauma care, though organizational and economical aspects such as research funding still need to be better engineered. Indeed, trauma lags behind other serious diseases in terms of research and organization.

The rapid developments in trauma care have produced original models available for research projects, initial resuscitation protocols and radiological procedures such as CT for the initial management of trauma patients, among other advances. This progress underscores the need for a multidisciplinary approach to the initial management and follow-up of this complicated patient population, where intensivists play a major role in both the patient admission and subsequent care at the trauma unit.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. and SEMICYUC. All rights reserved.

Correo electrónico: ealted.hdod@salud.madrid.org

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2015.03.010>

0210-5691/© 2015 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados.

Introducción

El trauma grave es la primera causa de muerte en menores de 44 años en Occidente. Representa la mayor causa de mortalidad infantil en niños mayores de un año. Más de 5 millones de personas mueren anualmente en el mundo por enfermedad traumática, de las cuales el 35-40% se deben a shock hemorrágico. A pesar de un aumento global en la enfermedad traumática –aunque en algunas áreas geográficas de alta renta ha disminuido la mortalidad por accidente de tráfico– y el volumen de trabajo quirúrgico que genera, suele estar escasamente representado en programas regionales, nacionales e internacionales. La falta de estándares globales y uniformes para la colección, la comunicación y la auditoría de los datos está en claro contraste con otros aspectos de la salud pública, como el cáncer o las enfermedades cardiovasculares^{1,2}.

A pesar de que los cambios en el conocimiento y en los cuidados del paciente con trauma grave han sido espectaculares en las 2 últimas décadas, desafortunadamente los recursos en organización e investigación no han ido paralelos a su desarrollo.

La enfermedad traumática ha sido la «cenicienta» de las dolencias agudas graves. En nuestro medio, la enfermedad traumática se sitúa muy por debajo de la organización existente para la atención de afecciones dependientes del tiempo, como ocurre con el código infarto o el código ictus.

Persisten sin definirse claramente los sistemas regionales de atención al trauma, la definición de los centros de trauma, la existencia de comités de trauma intra- y extrahospitalarios, e incluso isobaras de asistencia para garantizar la equidad del sistema sanitario, habitualmente mediatizada por estructuras políticas³.

En los últimos años se ha producido un cambio de paradigmas, desviándose nuestros modelos a nuevas aseveraciones, a veces, incluso, opuestas. Se podrían enumerar los cambios más resaltables que hemos vivido en las 2 últimas décadas, como:

1. Cambios en la organización asistencial al trauma.
2. Importancia del equipo multidisciplinar de atención inicial al trauma.
3. Necesidad de entrenamiento y valoración multidisciplinar⁴.
4. Cambios en la fisiopatología (mecanismos de lesión, inflamación inicial, coagulopatía precoz, alarminas, etc.)⁵⁻⁹.
5. Diferente evolución determinada genéticamente de distintos fenotipos.
6. Cuidados avanzados y sofisticados prehospitalarios.
7. Definición de centros de trauma, centros de alta complejidad y centro útil¹⁰.
8. *Triaje* de pacientes.
9. Implantación de técnicas de reanimación con control de daños y control de daños quirúrgico.
10. Incorporación de la tomografía computarizada de cuerpo entero en la valoración inicial del paciente estable y con inestabilidad hemodinámica, salvo exanguinación¹¹.
11. Intervencionismo radiológico como opción inicial.

12. Análisis de otras variables distintas a mortalidad, como nivel de complejidad, complicaciones, secuelas, calidad de vida, incorporación laboral, etc.
13. Registros estandarizados regionales, nacionales e internacionales.
14. Tratamiento individualizado, apoyado por los *points of care*, realizados a «pie de cama»¹².

Peculiaridades de la investigación en trauma

Según refiere Brohi, «la investigación en trauma es desordenada, fragmentada y frecuentemente de baja calidad, es lenta e insuficiente»¹³. Pocos centros tienen como prioridad la investigación en trauma, y posiblemente ninguno se halla en nuestro entorno. Se necesitan políticas de estrategias en investigación global en trauma, desde el laboratorio hasta la actividad asistencial. Deben incluir investigación en prevención, biomecánica, fisiología, clínica, etc. Obviamente, para llevar a cabo estos objetivos se necesitan infraestructuras, mecanismos de apoyo y financiación, al menos de forma proporcionada al impacto que tiene la enfermedad traumática en la sociedad actual¹⁴.

La investigación en trauma es difícil, destacando entre sus limitaciones la heterogeneidad de la enfermedad traumática. Diferentes mecanismos producen distintas lesiones; respuestas dinámicas, a veces opuestas, por cambios fisiopatológicos dependientes del tiempo. Hay problemas derivados de la extrema gravedad de los pacientes que obligan a realizar técnicas de urgencia para salvar su vida y, por tanto, hay una dificultad en ese momento para realizar simultáneamente procedimientos de investigación. Estos procedimientos podrían realizarse en el periodo poslesión y por personal no directamente implicado en la asistencia. La selección adecuada de pacientes es compleja. El consentimiento informado requiere alguna fórmula especial, pues frecuentemente no existen en el momento inicial representantes legales. Lesiones específicas pueden ocurrir excepcionalmente y de forma no previsible, siendo imposible hacer estudios aleatorizados, pero incluso las series de casos son cortas, dilatadas en el tiempo y solo en centros con un volumen elevado de pacientes traumáticos.

Por otra parte, el seguimiento de los pacientes es difícil, pues tienen múltiples enfermedades que derivan en diversas complicaciones. Las intervenciones agudas son difíciles de medir y cuantificar.

A veces son lesiones derivadas de viajes, por lo que los pacientes pueden tener su residencia en otra localidad o país, dificultando su seguimiento.

Hay una escasez de registros en trauma, normalizados y estructurados. Frecuentemente tienen sesgos. Se necesitan registros de alta calidad metodológica, que capturen todos los datos del desarrollo clínico, desde el impacto hasta la rehabilitación e inserción social. La comparación de resultados se hace con variables como mortalidad o estancia hospitalaria, y no con complicaciones, incapacidades, complejidad de la asistencia, necesidad de recursos específicos, costes globales, etc.

Se necesitan estudios de cohortes a gran escala para investigar sobre los mecanismos lesivos, y estudios aleatorizados, controlados, para poder aplicar terapias homogéneas y evaluar intervenciones. Esta necesidad debe ser conducida

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3112567>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3112567>

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