

Revista Mexicana de Anestesiología

Volumen 28
Volume

Suplemento 1
Supplement

2005

Artículo:

Manejo anestésico en paciente con trauma abdominal

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Colegio Mexicano de Anestesiología, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



www.Medigraphic.com

Manejo anestésico en paciente con trauma abdominal

Dr. Jaime Rivera-Flores*

* Médico Adscrito, Servicio de Anestesiología, Hospital General Balbuena.

El trauma se considera como una de las principales causas de muerte a nivel mundial; en nuestro país se encuentra entre las primeras causas, sobre todo en la población económicamente activa.

Es grande la cantidad de pacientes traumatizados que llegan a los hospitales sobre todo de tipo asistencial (IMSS, SSDF, CRM, civiles, etc.); en los cuales la infraestructura aún sigue siendo insuficiente para poder brindar un buen servicio a la población.

Sabemos que las secuelas por un traumatismo repercuten en el ámbito laboral y económico del paciente y del país; así como en los aspectos psicológicos y familiares del mismo.

En México por el desempleo, el incremento del consumo de psicotrópicos, familias desintegradas, los medios de comunicación (TV, radio, prensa escrita, etc.); han propiciado un incremento de la violencia (asaltos a mano armada); el estrés, la prisa, el consumo de alcohol han desencadenado accidentes en el ámbito laboral y automovilístico.

La mortalidad en trauma es principalmente debido entre otras causas al traumatismo craneoencefálico y estado de choque, hipoxia, etc.; en primera instancia; por el trauma directo de lesiones aisladas o asociadas a otras lesiones que ponen obviamente en peligro la vida del paciente.

En relación con el trauma abdominal, hay lesiones que no son reconocidas o son enmascaradas por otras (inconsciencia, choque, dolor), incrementando así la morbi-mortalidad del mismo.

Los tipos de lesiones más frecuentemente relacionados al trauma abdominal son los penetrantes (instrumento punzocortante, proyectil arma de fuego) y los contusos (golpes directos por accidentes automovilísticos, deportes, asaltos, etc.).

Debe realizarse como en todos los pacientes desde el lugar del accidente los parámetros de valoración y manejo del ATLS:

- A. Control de la vía aérea
- B. Control de la ventilación
- C. Control de la hemorragia. (Estado de choque)
- D. Déficit neurológico. (Evaluación del estado de conciencia)

E. Exposición del paciente. (Evaluación completa)

Todos estos puntos deben efectuarse en una revisión primaria y secundaria para evaluar el estado del paciente; canalizar con catéteres gruesos (14-16); y trasladarse inmediatamente a un hospital con características especiales de manejo de pacientes traumatizados o al más cercano posible.

En muchas ocasiones por falta de conocimiento o pericia no se controla la vía aérea, por lo cual la morbilidad y mortalidad se incrementan. Al llegar al área de urgencias o de trauma choque deberá reevaluarse al paciente; así como colocar sondas oro o nasogástricas para vaciamiento del contenido gástrico y de Foley para el flujo urinario; si no existe contraindicación.

Los estudios de laboratorio y gabinete indicados de acuerdo al estado del paciente son: BH, QS, TP, TPT, grupo y Rh, pruebas cruzadas; ultrasonografía, Rx, tomografía o resonancia magnética; en ocasiones es difícil realizar los estudios de gabinete por el estado del paciente, y por lo tanto puede entrar al quirófano aun sin contar con los mismos estudios de laboratorio.

En la valoración preanestésica; se considerarán el estado físico previo al trauma, patologías agregadas, lesiones concomitantes, estado de choque y de conciencia, la presencia de estómago lleno, el influjo de psicotrópicos, la edad, sexo, zona del abdomen lesionada y el tipo de traumatismo.

MANEJO ANESTÉSICO

La valoración se realizará en el área de urgencias; la medicación preanestésica dependerá de cada caso en particular; a lo cual pueden administrarse benzodicepinas para sedar al paciente y producir amnesia, como es el caso del midazolam y el diacepam; los anticolinérgicos se indican como en el caso de la atropina sólo si hay bradicardia; la escopolamina ha sido de ayuda debido a que también tiene efectos sedantes. Pueden administrarse antieméticos, gastrocinéticos y/o bloqueadores H₂ (ondansetrón, metoclopramida, ranitidina) para prevenir una broncoaspiración y cambiar el pH del

medio gástrico; el problema es el tiempo que tardan en hacer efecto y en sí no hay estudios que avalen su empleo en trauma, aunque los hemos administrado; en muchas ocasiones resulta ser benéfico en el trans y postoperatorio inmediato y no tanto al inicio del procedimiento anestésico.

La monitorización dependerá del estado del paciente y puede ser invasiva o no invasiva.

La reposición de pérdidas hídricas y de sangre, no cuenta con un fórmula especial; es importante recordar que la cavidad abdominal puede contener hasta 6 litros de sangre o líquidos; por lo que pacientes compensados con cristaloides y coloides previo a su manejo quirúrgico y con signos vitales estables; al momento de la incisión, el paciente presenta un estado de choque súbito; para lo cual debemos contar por lo menos con tres vías para la administración de líquidos y sangre.

La selección del manejo anestésico dependerá del estado hemodinámico, neurológico, respiratorio del paciente; del área anatómica lesionada y los problemas especiales (estómago lleno, embarazo, obstrucción de vías aéreas, etc.); pacientes con lesiones localizadas de abdomen bajo de tipo penetrante (punzocortantes) sin datos de hipovolemia pueden ser manejados con anestesia regional neuroaxial.

En la anestesia regional los anestésicos locales (AL) que generalmente se emplean en nuestro medio son: lidocaína al 2% con epinefrina (3-5 mg/kg de peso) y la bupivacaína al 0.5% (1-2 mg/kg de peso), puede administrarse ropivacaína o levobupivacaína a las mismas dosis; estos anestésicos locales cuentan con menos efectos tóxicos, ofreciendo la posibilidad de mayor seguridad; pueden ser administrados solos o asociados a opiáceos u otros fármacos (fentanyl, alfentanyl, nalbupina SP, buprenorfina, clonidina). Frecuentemente se requiere sedar al paciente, con midazolam (25-50 µg/kg de peso), fentanyl (1 µg/kg de peso); cuidando no haya pérdida del estado de conciencia por el riesgo de broncoaspiración o depresión respiratoria.

En pacientes con problemas de tipo contuso es probable la lesión de varios órganos, siendo mayor la hemorragia (bazo, hígado, etc.) y en los de tipo penetrante puede haber lesiones de grandes vasos; por lo que se decide administrar una anestesia general.

Hasta el momento no hay reportes sobre anestesia general endovenosa total; lo cual con fármacos como ketamina y propofol así como el remifentanyl pudieran ser empleados; aunque el propofol está contraindicado en la inducción de un

paciente en estado de choque hemorrágico; de mayor empleo y aceptación es la anestesia general balanceada; siendo de vital importancia el control de la vía aérea (aunque algunos pacientes pueden entrar a quirófano intubados); para lo cual dependiendo del estado del paciente así como la urgencia, debe realizarse o no una inducción de secuencia rápida; con fármacos cardioestables para la inducción (etomidato) y relajantes neuromusculares de acción rápida (succinilcolina, vecuronio, rocuronio); a las dosis establecidas para esta técnica; recordando la dificultad que pudiera presentarse si no puede ventilarse e intubarse al paciente inmediatamente. Esta inducción puede realizarse con previa administración de un opiáceo (fentanyl) o de lidocaína simple al 1%.

El mantenimiento se realizará con opiáceos (fentanyl); y halogenados, de preferencia a bajas concentraciones debido a sus efectos en las resistencias periféricas; también es importante considerar el porcentaje de su metabolismo a nivel hepático; debido a que en pacientes en estado de choque debemos recordar la disminución del flujo sanguíneo esplácnico así como la disminución del flujo urinario.

Algunos autores han sugerido no emplear fármacos para el control de la vía aérea cuando se encuentran en estado de choque grado IV o inconscientes; otros sí lo recomiendan (aun la sola aplicación del opiáceo o de lidocaína sola).

En algunos casos debido a lo complicado de la reparación de las lesiones, se opta por realizar cirugía para control de daño; donde el paciente puede quedar empaquetado en el primer procedimiento para posteriormente en la UCI ponerlo en condiciones y tiempo después volver a entrar a cirugía para la reparación de lesiones.

La extubación del paciente dependerá de varios factores: Estado de conciencia, severidad de la lesión, estado de volemia, presencia de reflejos protectores, politransfusión, eutermia, estado ácido-básico, etc.

En caso de encontrar alteración en estos puntos el paciente será candidato a pasar a la UCI; para control ventilatorio, hemodinámica y monitoreo.

El control del dolor postoperatorio puede ser a base de opiáceos y AINEs (solos o combinados) por vía endovenosa; se encuentra referida la analgesia regional epidural torácica y lumbar, con anestésicos locales solos o combinados; también se han aplicado bloqueos intercostales, paravertebrales e interpleurales para el manejo del dolor postoperatorio.

REFERENCIAS

1. Crosby ET. Airway management in trauma patients. *Anesth Clin North Am* 1995;13:645-661.
2. Zaidan JR. Anesthesia. Textbook of trauma. Feliciano DD. Ed. Appleton and Lange. 1996:237.
3. Grande CM. Sum PST. Anesthesia for trauma. Rogers MC. Eds. Principles and Practice of Anesthesiology. Mosby year Book 1993:2215-30.
4. Tomasa GH, Faut CM. The anesthetic management of the trauma patient. *Crit Care Nurse Q* 1993;15:47-52.
5. Rivera FJ. Anestesia en trauma abdominal. *Anest en Méx* 1999;11(supl. 1):140-41.
6. Guevara LUM, Rivera FJ. Anestesia en trauma. En: Jáuregui FLA. Manual de Anestesiología. JHD Eds. INCMNSZ Ed. Manual Moderno 2001:529-50.
7. Valoración preanestésica en Trauma. Curso Pre-Congreso: Paciente Traumatizado. XXVI Congreso Latinoamericano de Anestesiología. CLASA. San Salvador, El Salvador. 3-6 octubre 2001.