

Manejo inicial: factor en el resultado integral del paciente con trauma

Acad. Dr. Jaime Rivera-Flores*

* Anestesiólogo del Hospital General Balbuena, SSGDF. Ex presidente del Colegio Mexicano de Anestesiología, A.C. Ex presidente de la Sociedad Mexicana de Anestesiología en Ginecología y Obstetricia. Miembro de Número de la Academia Mexicana de Cirugía. Miembro del Comité de Trauma y Reanimación de la Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesia.
Coordinador en México del *Primary Trauma Care*.

La atención inicial del trauma puede tener una gran cascada de errores debido a diversas circunstancias:

- Pacientes inestables
- Historias incompletas
- Decisiones críticas del momento
- Inexperiencia del personal que maneja primariamente al paciente

En trauma, la probabilidad de que situaciones críticas reconocidas y no reconocidas por los evaluadores produzcan vulnerabilidad predecible para el error humano y la toma de decisiones erróneas es importante y frecuente, que además influye en el resultado final del paciente, incrementando tanto la morbilidad como la mortalidad^(1,2).

El mal manejo inicial está dado por:

- a) Atención tardía del paciente
- b) Mal manejo inicial desde el mismo lugar del accidente
- c) Mala evaluación del paciente (falta de diagnóstico)
- d) Toma de decisiones inadecuadas
- e) Retardo en el tratamiento quirúrgico
- f) Falta o exceso de estudios de gabinete
- g) Falta de recursos
- h) Falta de preparación por parte de los paramédicos^(1,2).

Debemos considerar que las instituciones tienen la obligación de proporcionar los recursos necesarios para dar a nuestros pacientes la mejor atención; la falta de éstos es un error que puede ser compartido entre la institución y el médico que atiende al paciente; aunque ante una urgencia o

emergencia nunca deberá negarse la atención y se tendría que hacer con lo que contemos.

Entre las causas de mortalidad que podemos prevenir tenemos: Hemorragia no detectada, broncoaspiración, sepsis, falla renal, falla multiorgánica y tromboembolismo pulmonar⁽¹⁻⁵⁾. Otras causas que se presentan y pueden ser secundarias a un mal manejo están:

- Falla en el control de la vía aérea.
- No buen control de la columna cervical.
- Mal manejo de líquidos (reposición abundante o hipotensión permisiva).
- Retardo en el control de la hemorragia.
- Inadecuado manejo de procedimientos (colocación de tubo endopleural, laringoscopia, colocación de catéter central, lavado peritoneal, entre otros).
- Mal funcionamiento de equipo.
- Monitorización inadecuada.

Con esto, podemos decir que los errores pueden ser humanos y no humanos (debido al equipo empleado).

Con respecto al manejo inicial en la evaluación primaria es donde se puede encontrar la mayor cantidad de errores, una mala reanimación repercute directamente en el estado del paciente⁽⁶⁻⁸⁾.

El conocimiento adecuado del manejo inicial de forma sistematizada y el tiempo requerido (no más de 5 minutos) para evaluar al paciente y tratarlo son de vital importancia:

- A. Control de la vía aérea y estabilización de la columna cervical

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/rma>

B. Ventilación y oxigenación
C. Control de la hemorragia y resucitación

A la intubación encontramos la incapacidad para intubar al paciente, intubación esofágica, falsa vía, dificultad para ventilar, fractura de piezas dentarias, manipulación de la columna cervical y broncoaspiración⁽³⁻⁵⁾.

A la ventilación: fugas, mascarillas de menor tamaño, obstrucción, entre otras.

En la circulación ya se comentó el mal manejo de la reposición de volumen o en su caso, la administración de sangre y derivados.

En la revisión secundaria: el manejo definitivo, la decisión o retardo del mismo. Una cirugía de emergencia, el estado de conciencia del paciente hacen que la exploración física completa no se realice y, por lo tanto, pasen inadvertidas muchas lesiones.

La sobrecarga de trabajo es un factor importante a considerar, así como la experiencia de quien atiende al paciente.

Los errores pueden también ser divididos en:

I. Errores del sistema o dirección:

- 1) No existe un sistema de trauma.
- 2) Falta definición de los centros de trauma.
- 3) Falta de un plan regional de catástrofes.
- 4) Otro error de los sistemas es que nadie es jefe.
- 5) Nadie ejerce la función general de planificación.
- 6) No existe un cuestionario de trauma incorporado en el sistema.

- 7) A veces se utilizan en exceso las guías prácticas.
- 8) La tradición rige nuestra atención.
- 9) El especialista de turno se hace cargo de todos los problemas.

II. Errores que ocurren en distintos lugares:

- 1) Prehospitalarios.
- 2) Servicio de Urgencia.
- 3) Pabellón de Especialidad.
- 4) UCI.
- 5) Quirófano.
- 6) Rehabilitación.

III. Errores relacionados con la imagenología:

- 1) Rayos X.
- 2) Ultrasonografía.
- 3) Tomografía axial computarizada.
- 4) Resonancia magnética.

Para prevenir estos errores y, por lo tanto, las complicaciones que pueden llegar hasta la muerte del paciente tenemos:

- Organización
- Capacitación
- Recursos humanos y materiales
- Manejo sistematizado⁽⁶⁻⁸⁾.

REFERENCIAS

1. Gruñe RL, Jurkovich GJ, McIntyre LK, Foy HM, Maier RV. Patterns of errors contributing to trauma mortality lessons learned from 2,594 deaths. *Ann Surg* 2006;244:371-80.
2. Teixeira PG, Inaba K, Hadjizacharia P, Brown C, Salim A, Rhee P, Browder T, Noguchi TT, Demetriades D. Preventable or potentially preventable mortality at a mature trauma center. *Trauma* 2007;63:1338-46.
3. Programa avanzado vital en trauma para médicos Comité de Trauma del Colegio Americano de Cirujanos. Apéndice 3 2008;329:51.
4. Frame SB. PHTLS Soporte vital básico y avanzado en el trauma prehospitalario. 2004; 8: 204-221.
5. Wilkinson D, Skinner M, McDougall R, Gray T, Dobson S. Primary trauma care. Cuidados iniciales del politraumatizado (PTC) 2007. Manual del alumno y Manual del Instructor. Publicado por: Primary Care Foundation. E-mail: admin@primarytraumacare.org
6. Dupanovic M. Management of the airway in multitrauma. *Curr Opin Anaesthesiol* 2010;23:276-82.
7. Cameron PA, Gabbe BJ, McNeil JJ. The importance of quality of survival as an outcome measure for an integrated trauma system. *Injury Int J Care Injured* 2006;37:1178-84.
8. Demetriades D, Kimbrell B, Salim A, Velmahos G, Rhee P, Preston Ch. Trauma deaths in a mature urban trauma system: is «trimodal» distribution a valid concept? *J Am Coll Surg* 2005;201:343-8.