

“ALCANZAR EVIDENCIA ‘CLASE A’ NO ES FÁCIL, PERO CONTAMOS CON CONSIDERABLE APOYO EN LA LITERATURA”

JUAN A. LLOMPART - COORD. G.T. NEUROINTENSIVISMO Y TRAUMA

Durante el pasado 51º Congreso Nacional de la SEMICYUC, celebrado en Valencia del 19 al 22 de junio, nuestra sociedad científica presentó oficialmente el documento “Recomendaciones de Interés Elevado”. Cada grupo de trabajo de la SEMICYUC ha elaborado cinco recomendaciones generales relacionadas con su área de actividad, que tienen que ver tanto con la práctica clínica como, a veces, con el propio funcionamiento de las unidades. Todas las medidas están redactadas desde el más estricto y riguroso conocimiento científico vigente.

“

Creo que el innegable éxito de estas recomendaciones radica en la sencillez del mensaje y en que pueden ser adoptadas por la mayoría de servicios de Medicina Intensiva del país. Deben plantearse como unos requisitos mínimos a seguir en la atención de nuestros pacientes neurocríticos o traumáticos.



ESTAS CINCO RECOMENDACIONES, ¿SE ESTABAN LLEVANDO YA A LA PRÁCTICA? ¿SON UN SENCILLO RECORDATORIO O SON ALGO MÁS AMBICIOSO?

Nuestras recomendaciones están basadas en la evidencia científica actual, y probablemente, se estén realizando en la mayoría de centros en nuestro país. Creo que se trata de un mensaje claro y sencillo. En mi opinión, estas recomendaciones no deben enfocarse como una búsqueda de, por ejemplo, el último mecanismo implicado en el edema cerebral pericontusional, sino que deben plantearse como unos requisitos mínimos a seguir en la atención de nuestros pacientes neurocríticos o traumáticos.

¿HA COSTADO MUCHO ALCANZAR UN CONSENSO PARA PUBLICAR ESTAS 5 RECOMENDACIONES?

No. Hubo otras propuestas, pero finalmente la selección fue aprobada por nuestro GT, que se mostró muy activo. Aunque alcanzar una evidencia clase A es francamente difícil en el manejo del paciente neurocrítico o con trauma grave, nuestras recomendaciones cuentan con un considerable apoyo en la literatura. Sin embargo, dadas las limitaciones existentes en la investigación clínica con nuestros pacientes, el debate siempre estará abierto.

LA INTENCIÓN DE SEMICYUC ES PUBLICAR UNA OLEADA NUEVA DE RECOMENDACIONES CADA AÑO. ¿POR DÓNDE PODRÍAN IR LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES DE VUESTRO GT?

No tengo claro que todos los GT estemos preparados para emitir

5 recomendaciones anuales en base a la literatura disponible. Creo que el innegable éxito de estas recomendaciones radica en la sencillez del mensaje y en que pueden ser adoptadas por la mayoría de servicios de Medicina Intensiva del país. En mi opinión, a corto plazo sería más interesante el emitir unas recomendaciones de “no hacer”, al igual que han hecho otras sociedades.

HABLANDO UN POCO DE VUESTRO GT, ¿CUÁLES SON LAS LÍNEAS MAESTRAS DE TRABAJO DURANTE LOS PRÓXIMOS MESES? ¿QUÉ DEBEMOS ESPERAR?

En el momento actual, el proyecto principal del GT es la consolidación del Registro de Trauma en UCI (RETRAUCI), coordinado por el Dr. Mario Chico. Con fecha 3 agosto, disponemos de datos de 4600 pacientes, con 42 hospitales y 82 investigadores registrados. Se han publicado varios artículos relacionados con el registro y en los próximos meses realizaremos un nuevo punto de corte. Invito a todos los servicios de Medicina Intensiva que atienden pacientes traumáticos a que participen en este registro. Además, diversos miembros del GT participarán activamente en la nueva edición de los contenidos de Soporte Vital Avanzado en Trauma del PNRCP, coordinados por el Dr. Emilio Alted. Este es un proyecto a desarrollar en los próximos años. Finalmente, estamos muy orgullosos de haber podido organizar unas jornadas multidisciplinarias de atención al paciente con enfermedad traumática grave, algo en lo que hemos trabajado durante los últimos 16 meses.

PRECISAMENTE ESAS JORNADAS



SE CELEBRARÁN EN EL PRÓXIMO MES DE OCTUBRE: LAS I JORNADAS MULTIDISCIPLINARIAS DE LA ENFERMEDAD TRAUMÁTICA GRAVE. ¿CUÁLES LA IMPORTANCIA DE ESTE EVENTO?

Las jornadas se realizarán en un marco multidisciplinar. Existe un creciente interés por la atención de estos pacientes en la fase aguda, y esta es una competencia fundamental para cualquier intensivista. Liderar estas jornadas desde el GT debe posicionar a nuestra sociedad como un elemento clave en el manejo agudo de esta patología. Esperamos una gran participación y aprovechamiento para animar a todos los intensivistas interesados en el manejo del trauma grave y TCE a que se inscriban. Estas jornadas nacen con la idea de perdurar en el tiempo y convertirse en un foro de interés nacional.

LAS RECOMENDACIONES, COMENTADAS

G.T. DE NEUROINTENSIVISMO Y TRAUMA

La enfermedad traumática grave debe ser atendida por equipos especializados y en centros de trauma

RECOMENDACIÓN Nº 1

La enfermedad traumática es una entidad dinámica que exige una respuesta precoz y multidisciplinar que reduzca los tiempos de estabilización, diagnóstico y tratamiento, considerando después el traslado definitivo hasta las unidades de Medicina Intensiva y/o Centros de Trauma adecuadamente acreditados. Este abordaje ha demostrado ser coste-eficiente y haber reducido la mortalidad en esta población.

FAVORECIMIENTO DE LA EFICIENCIA

Administra ácido tranexámico de modo precoz en pacientes con shock hemorrágico traumático

RECOMENDACIÓN Nº 2

El shock hemorrágico contribuye significativamente a la mortalidad de la enfermedad traumática. El ácido tranexámico, un agente antifibrinolítico, ha demostrado disminuir la mortalidad en este grupo de pacientes sin asociarse a efectos secundarios importantes cuando se administra del modo más precoz posible y siempre en las primeras 3 horas tras el traumatismo con sangrado masivo.

DISMINUCIÓN DE LA MORTALIDAD

Realiza cirugía de control de daños en pacientes con shock hemorrágico traumático

RECOMENDACIÓN Nº 3

En el shock hemorrágico traumático, la cirugía de control de daños pretende controlar la hemorragia priorizando la recuperación fisiológica a corto plazo frente a la recuperación quirúrgica definitiva. Cuenta con distintos componentes, e incluye una cirugía abreviada para el control de la hemorragia, la optimización fisiológica (reclentamiento, estabilización hemodinámica y respiratoria, la corrección del equilibrio ácido-base y coagulopatía) y el tratamiento quirúrgico definitivo transcurridas 24-48h.

PRIORIZACIÓN DE LA RECUPERACIÓN FISIOLÓGICA A CORTO PLAZO

Monitoriza la presión intracraneal y la presión de perfusión cerebral en pacientes con TCE grave (GCS \leq 8) y TAC anormal

RECOMENDACIÓN Nº 4

La monitorización y posterior tratamiento de la elevación de la presión intracraneal constituye la piedra angular en el manejo del paciente con TCE grave, puesto que permite la detección precoz del incremento de lesiones intracraneales, sirve de guía para el tratamiento y evitar así el uso indiscriminado de tratamientos, permite optimizar la presión de perfusión cerebral y, con todo ello, mejorar el resultado neurológico de los pacientes.

DETECCIÓN PRECOZ Y GUÍA DE TRATAMIENTO

En la hemorragia subaracnoidea aneurismática administra nimodipino como profilaxis del vasoespaso cerebral

RECOMENDACIÓN Nº 5

El vasoespaso cerebral secundario a la hemorragia subaracnoidea aneurismática representa la principal causa de morbimortalidad tardía en este grupo de pacientes. Aunque la relación entre vasoespaso cerebral e isquemia cerebral diferida puede ser controvertida, los estudios han mostrado que el tratamiento con nimodipino durante 21 días, preferiblemente por vía digestiva, es útil en su prevención y por ello se ha asociado a un mejor resultado funcional.

EVIDENCIA CIENTÍFICA DE MEJORA DE RESULTADOS