



Alerta Nº 2: PACIENTE CON TRAUMATISMO INFRavalORADO EN LA URGENCIA

Existe un número no despreciable de pacientes con lesiones traumáticas que son etiquetados inicialmente como leves, pero en el curso evolutivo se evidencia su gravedad. El impacto clínico y económico de estos casos puede llegar a ser muy importante. Una correcta valoración y una actuación rápida y eficaz, son fundamentales para abordar esta problemática

I. IMPORTANCIA DE LOS TRAUMATISMOS E IMPACTO DE SU INFRavalORACIÓN.

Los traumatismos son un problema grave de salud pública a nivel mundial, por su alta morbimortalidad, especialmente en personas menores de 45 años. Dentro de ellos son los accidentes de tráfico los más comunes. Otras etiologías frecuentes son: caídas (sobre todo en la tercera edad), accidentes laborales (>1000 muertes /año en España), accidentes domésticos (especialmente en primeros años de vida), agresiones, etc.



Los pacientes que han sufrido un traumatismo poseen un complejo cuadro clínico que predispone a lesiones no diagnosticadas o tratamientos tardíos. Estudios en este campo describen tasas de lesiones no diagnosticadas de **alto nivel de severidad**, alrededor del 15%. (1,2, 3)

Se tiende a asociar las lesiones traumáticas no diagnosticadas a las características del paciente, cuando en mayoría corresponden a fallos en los procesos asistenciales, tales como la evaluación incorrecta del paciente (inadecuada importancia a signos y síntomas menores, exploraciones omitidas), errores técnicos (procedimientos inadecuados, fallos en la exploración quirúrgica) y errores relacionados con pruebas de diagnóstico por imagen (mala interpretación de la radiología, pruebas radiológicas no realizadas, etc) (2).

Se considera que aproximadamente el 50% de los traumatismos infravalorados son atribuibles a errores en la evaluación de los pacientes (1,2,3). La segunda causa serían los problemas de interpretación de la radiología.

¿Cuáles son los elementos que pueden contribuir a esta inadecuada valoración del paciente? La falta de formación e inexperience, la sobrecarga asistencial, la **inexistencia de un único facultativo responsable del paciente** y la valoración parcial por parte de diferentes especialistas.

II. ESTRATEGIAS DE MEJORA

La distribución Trimodal de la mortalidad por traumatismo (10) describe las **muerres inmediatas**, que representan el 50% de las muertes y donde pocos pacientes pueden salvarse. Las **muerres precoces**, que ocurren en las primeras horas de la lesión, y representan el 30% de las muertes. Las causas de estas muertes son **lesiones múltiples asociadas con pérdida oculta y masiva de sangre**. La mayoría de las lesiones de este grupo **se consideran tratables y muchas de las muertes prevenibles**. Las **muerres tardías**, se relacionan con complicaciones sistémicas postraumáticas o posquirúrgicas, sin embargo una adecuada actuación inicial ayudaría a disminuir la morbilidad y mortalidad en esta fase.

- Si la primera asistencia es adecuada, si somos capaces de **EVALUAR** a los accidentados siguiendo unas pautas correctas sistematizadas, disminuirá la **infravaloración del traumatismo** y podremos contribuir a disminuir la incidencia de las muertes prevenibles.

2.1. Aspectos fundamentales a evaluar en un paciente con traumatismo potencialmente grave.

- **El conocimiento de los modelos de la lesión.**
Permite **sospechar** de los casos potencialmente graves que pueden ser los producidos por: lesiones penetrantes, precipitaciones, atropellos, accidentes de tráfico con personas fallecidas o gran de formidad del habitáculo, accidentes de tren y motocicleta, extricación prolongada, accidentes laborales, agresiones y aquellos producidos en pacientes con tratamiento anticoagulante o en bajas temperaturas.
- **Valoración del Trauma Revised Score (TRS):** escala que permite **discriminar** los pacientes potencialmente graves, tanto en la atención pre-hospitalaria como en la intra hospitalaria. Se debe realizar cada vez que haya un cambio en la situación del paciente (traslado, movilización) y cada vez que por las características del caso o del paciente lo requieran. Considera la escala de coma de Glasgow, la tensión arterial y la frecuencia respiratoria
- **Realización de un Triage en urgencias:** que puede ser realizado por personal de enfermería, y donde los objetivos son **verificar** el mecanismo de la lesión y la valoración del TRS, además de **detectar** precozmente los traumatismos potencialmente graves para someterles a una revisión más cuidadosa.

Es preciso considerar el hecho de que el diagnóstico y el tratamiento en el paciente con traumatismo es un proceso continuo y dinámico. El diagnóstico definitivo no suele realizarse en las primeras horas, pero sí se pueden detectar los signos de sospecha de gravedad.

Bibliografía

- 1- Buduhan G, McRitchie DI. Missed injuries in patients with multiple trauma. *Jtrauma*. 2000;49:600-605
- 2- Janjua KJ, Sugrue M, Deane SA. Prospective evaluation of early missed injuries and the role of tertiary trauma survey. *Jtrauma*. 1998;44:1000-1006.
- 3- Houshian, S, Larsen M, Holm, C. Missed injuries in a level I trauma center. *Jtrauma* 2002;52:715-719
- 4- Performance Improvement Subcommittee of the American College of Surgeons. Committee on Trauma. Trauma Performance Improvement. A How-To Handbook. November 9, 1999
- 5- O'Keefe et al The complications of trauma and their associated costs in a level I trauma center. *Arch Surg* 1997; 132: 920-924
- 6- **Committee on Trauma of the American College of Surgeons. Advanced Trauma Life Support. A C S. Chicago, 1997**
- 7- Pasquale M, Fabian TC: EAST Ad Hoc Committee on Practice Management Guideline Development. Practice management guidelines for trauma from the Eastern Association for the Surgery of Trauma. *J Trauma* 1998; 44: 941-957.
- 8- Rhodes M, et al. Cost effectiveness of trauma quality assurance audit filters. *J Trauma* 1990; 30: 724-727.
- 9- Acosta JA, et al. Lethal injuries and time to death in a level I Trauma Center. *J Am Coll Surg* 1998; 186: 528-533.
- 10- Prat, S, Sánchez-Lloret, J. Hospital Clinic i provincial Barcelona "La asistencia inicial al paciente traumático" [www.zambon.es] [Disp. http://www.zambon.es/areasterapeuticas/02dolor/WMU_site/PRESCREA.HTM] 26/9/03
- 11- Mckenzie EJ. Epidemiology of injuries: Current Trends and future Challenges. *Epidemiol Rev* 2000; 22: 112-11
- 12- Marion DW, Carlier PM. Problems with initial Glasgow Coma Scale assessment caused by prehospital treatment of patients with head injuries: results of a national survey. *J Trauma* 1994; 36:89-95

Estrategias sugeridas

- Adjudicar la responsabilidad del paciente a un solo facultativo.
- Valorar el mecanismo de la lesión traumática.
- Utilizar el TRS u otra escala de valoración que permita monitorizar el riesgo del paciente con traumatismo potencialmente grave.
- Prever las pérdidas de sangre o cultas (fracturas, lesiones no visibles). Considerar que la tensión arterial se mantiene inalterada hasta que se ha producido un 30% de pérdida de volemia.
- Disponer de una vía clínica única en urgencias

2.2. Prioridades de actuación:

En cuanto a las medidas de atención inmediata El SVAT (Soporte Vital Avanzado al Trauma) inspirado en la doctrina ATLS (Advanced Trauma Life Support), establece seguir un orden de prioridades conocido como **ABCDE**: establece como orden de prioridades: A. Vía aérea; B. Ventilación; C. Estado circulatorio (detener la hemorragia); D. Estado neurológico; E. Exposición, seguido de reconocimiento secundario cabeza-pies, para detectar aquellas situaciones que comprometen la vida y realizar las exploraciones complementarias rutinarias.

Además de la consideración de estas prioridades, la aplicación de un protocolo o vía clínica, pueden servir de ayuda, ya que, además de recordar los pasos a seguir, son medios para verificar que las actuaciones previstas se han realizado de manera adecuada.

