

## Presentación del proceso asistencial integrado del trauma grave

# Atención específica al trauma grave abdomino-pelvico.

*Specific attention to serious abdomino-pelvic trauma.*

Tallón Aguilar L

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

En el año 2020 se ha actualizado el proceso asistencial integrado (PAI) de atención al trauma grave realizándose la 2ª Edición (1ª edición data del año 2004)<sup>1,2</sup>.

En esta segunda edición se ha realizado una división por aparatos o sistemas, definiéndose los siguientes:

- Trauma grave craneoencefálico.
- Trauma grave de cara y cuello.
- Trauma grave raquimedular.
- Trauma grave torácico.
- Trauma grave abdomino-pélvico.
- Trauma grave de extremidades.

A su vez, el trauma grave abdomino-pélvico se subdivide en trauma abdominal, pélvico y genitourinario. En su realización han participado diversos especialistas y profesionales de la región andaluza (Cirugía General, Medicina Intensiva, Radiología, Urología, Traumatología, Cirugía Vascolar).

El documento enumera una serie de recomendaciones de hacer y no hacer basado en un proceso de adaptación de las recomendaciones de las guías de práctica clínica basadas en evidencias disponibles en la literatura científica sobre la atención al trauma grave. Para ello se realizó una búsqueda sistemática no exhaustiva de la literatura de los últimos 5 años (2013 – 2018) centrada en la selección de Guías de Práctica Clínica (GPC), siendo 4 en concreto las usadas en el apartado de trauma abdomino-pélvico.<sup>3-6</sup> Las recomendaciones no existentes en dichas guías pero que son consideradas importantes, se han añadido como acuerdo de grupo (AG).

La existencia del PAI es esencial para homogeneizar la atención al trauma grave y facilita su análisis de resultados, pero para su puesta en marcha es fundamental disponer de recursos personales, recursos materiales y formación específica.

Desde el punto de vista de los recursos personales, se define el equipo de trauma (trauma team), diferenciándose un equipo básico formado por un médico de urgencias junto a un enfermero, un auxiliar de enfermería y un celador. El equipo ampliado debe incluir además

### CORRESPONDENCIA

Luis Tallón Aguilar  
Hospital Universitario Virgen del Rocío  
41013 Sevilla  
[ltallona@hotmail.com](mailto:ltallona@hotmail.com)

XREF

### CITA ESTE TRABAJO

Tallón Aguilar L. Atención específica al trauma grave abdomino-pélvico. Cir Andal. 2020;31(4):503-05.

aquellos profesionales que se estimen necesarios para el diagnóstico y tratamiento de las lesiones específicas que presente el paciente. Así mismo, en caso de un trauma score revisado inferior a 12, debe añadirse un especialista en Medicina Intensiva.

Igualmente, se define la figura del hospital útil para la atención al trauma grave como aquel cuyas características son los más idóneas para manejar al paciente en función de la gravedad y la urgencia que requieran sus lesiones para conseguir una atención ajustada a las características de calidad del proceso de Atención al Trauma Grave. De esta forma, se definen distintos niveles según sus características:

- Nivel III: Presencia física de profesionales médicos de Urgencias, Medicina Intensiva, Anestesiología, Cirugía General, Cirugía Ortopédica y Traumatología y con disponibilidad de TC 24h.

- Nivel II: Además dispondrá de Neurocirugía (al menos con localización y presencia física de 30 min).

- Nivel I: Además contará con Cirugía Torácica, Cirugía Cardiovascular, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Vascular, Cirugía Plástica y con disponibilidad de TC c/c, RMN 24h y Radiología Vascular (al menos localización).

Por otro lado, desde el punto de vista de los recursos materiales define el material mínimo necesario de forma que los profesionales deben disponer del mismo para una atención óptima. La reposición y revisión de éste se debe realizar cada vez que se use y al menos una vez por semana.

En el caso de atención prehospitalaria, el personal deberá disponer de un Equipo de Protección Individual (casco, botas, manga larga, guantes, pudiendo ser necesario el uso de guantes de seguridad anticorte, gafas, mascarillas).

En la hospitalaria, surge el concepto de mochila y armario para la atención al trauma grave, donde se ordena el material según el C – ABCDE y detallando todo el instrumental necesario para cada uno de los epígrafes. Además, se recomienda disponer de un ecógrafo para la realización de e-FAST entre otros procedimientos, un gasómetro y un calentador de fluidos para prevenir la hipotermia.

Otro aspecto importante que destaca el PAI es la necesidad de garantizar la formación continua y específica de los profesionales sanitarios implicados en la atención al trauma grave.

La formación de forma genérica se compone del desempeño profesional basado en el entrenamiento específico y la formación académica, en base a cursos específicos en el campo en cuestión. En el caso del paciente politraumatizado, los cursos más extendidos a nivel nacional y específicos sobre este tema son el ATLS (Advance Trauma Life Support), el DSTC (Definitive Surgical Trauma Course) y el MUSEC (Modular UltraSound ESTES Course). Tanto el ATLS como el MUSEC son específicos de la atención durante la primera hora tras el trauma, responsable de las muertes inmediatas; el DSTC engloba la atención tras esa primera hora, responsable de las muertes tempranas.

A nivel nacional, la sección de Trauma y Cirugía de Urgencias de la Asociación Española de Cirujanos realizó un análisis sobre la formación de los residentes en politraumatismos en el año 2008, concluyendo que no se sentían bien formados ni bien informados

acerca del manejo inicial de estos pacientes.<sup>7</sup> Hay que recordar que el plan de formación nacional sólo aconseja la formación mediante cursos o seminarios en politrauma durante el 4º año de residencia, preferentemente mediante el ATLS, no existiendo rotaciones específicas en toda la residencia.

A nivel regional, realizamos una encuesta sobre formación en estos cursos a 327 profesionales, resultando que sólo el 40% de los encuestados habían realizado el ATLS, el 26,3% el DSTC y el 8,2% el curso MUSEC. Una encuesta similar se realizó de forma extendida a todo el territorio nacional (n=510 profesionales) con unos resultados similares.<sup>8</sup> De esta forma, concluimos que la atención y la formación en el tratamiento del paciente politraumatizado en nuestro país es aún deficiente y susceptible de mejora, a pesar de existir un alto porcentaje que trabaja asiduamente en la urgencia por lo que potencialmente son susceptibles de atender a un paciente que ha sufrido un trauma grave.

Las medidas de mejora que proponemos tras este breve análisis de la situación española en cuanto a la atención y formación de los cirujanos en el trauma grave son:

- Centralización de los pacientes en hospitales útiles.
- Creación y actualización de un registro único de datos con el objeto de poder analizar indicadores de calidad.
- Adaptación de un programa específico dentro del plan nacional de formación de especialistas.
- Obligatoriedad de la realización del curso ATLS durante el periodo formativo.
- Obligatoriedad de la realización del curso DSTC justo tras concluir el periodo formativo.
- Promover y difundir la formación en POCUS y e-FAST.
- Proponer otras alternativas de formación del tipo estancias en centros específicos de trauma, uso de simulación, programas de fellowship o acreditaciones tipo boards.

#### Enlace

[https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/PAI\\_ATG.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/PAI_ATG.pdf)

## BIBLIOGRAFÍA

1. Muñoz MA y Rodríguez A (coordinadores). Proceso Asistencial Integrado Atención al Trauma Grave [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud; 2004.
2. Guerrero López F et al. Atención al trauma grave: proceso asistencial integrado. 2ª ed Sevilla: Consejería de Salud y Familias, 2020.
3. The National Institute for Health and Care Excellence. Fractures (complex): assessment and management. NICE Guideline. 2016.
4. German Trauma Society (DGU). Level 3 guideline on the treatment of patients with severe/multiple Injuries. European Journal of Trauma and Emergency Surgery. 2018; 44(1):3-271.
5. Spahn D et al. The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: 5ª ed. Critical Care. 2019; 23: 98.
6. Kitrey ND et al. Urological Trauma. Guideline. European Association of Urology (EAU). 2019.
7. Morales García D, Jover Navalon JM, Miguelena Bobadilla JM, Navarro Soto S. Análisis sobre la formación de residentes en politraumatismos. Cir Esp 2008; 84(5): 267 – 72.
8. Tallón Aguilar L, Duran Muñoz Cruzado VM, Martínez Casas I, Aranda Narvaez JM, Pérez Díaz MD, Montón Condón S, Turégano Fuentes F, ¿Pareja Ciuró F. Are Spanish surgeons prepared to treat trauma patients? Multicenter descriptive observation study. Eur J Trauma Emerg Surg 2020. Online ahead of print.