

Comparacion del libro de *Advanced Trauma Life Support 7^{ma} y 8^{va} edición**

Patricia E. Ortuño-Lazarte¹, Mael N. Bejarano-Gonzales²

El *Advanced Trauma Life Support (ATLS)*, introducido en Nebraska en 1978, fue resultado de un consenso de expertos en el manejo del paciente con trauma; su objetivo, al ser una guía de manejo estandarizada, es reducir la morbilidad en politraumatizados.

Desde su introducción, las siguientes edi-

ciones del ATLS editadas por el subcomité internacional ATLS, previa aprobación por el Comité en Trauma (COT), han sido producto de un sistema de actualización efectivo basado en la revisión de literatura y la ampliamente difundida medicina basada en evidencias. A continuación presentamos las

actualizaciones de la octava edición del Soporte Avanzado de Vida en Trauma (*Advanced Trauma Life Support*), comparada con la séptima edición, a partir de una extensa revisión publicada en un reciente artículo¹, del que hicimos una traducción y un breve resumen, exponiendo las secciones que consideramos más importantes.

Evaluación inicial

	7 ^{ma} edición	8 ^{va} edición
Examen rectal	Se debe de realizar previo al colocado de catéter urinario.	Se realiza selectivamente antes del colocado del catéter urinario; si el examen es necesario, debe evaluarse si existe: sangre en lumen intestinal, próstata alta, fracturas pélvicas, integridad de pared rectal y calidad del tono esfinteriano.

Manejo vía aerea

	7 ^{ma} edición	8 ^{va} edición
Detector de CO ₂ (Monitoreo colorimétrico)	Su uso está indicado para ayudar a confirmar la correcta ubicación del tubo endotraqueal.	La confirmación se realiza preferentemente con un Capnografo; si no existe disponibilidad se recurre al uso del detector de CO ₂ .
Mascara laríngea de vía aérea (LMA)	Su papel en la reanimación del paciente traumatizado aun no está definido.	Se establece un papel en la atención de un paciente con vía aérea difícil, particularmente si las tentativas de intubación o ventilación Máscara-bolsa-válvula fallan. Esta no proporciona una vía aérea definitiva.

Shock

	7 ^{ma} edición	8 ^{va} edición
Terapia inicial con líquidos	Se realiza con soluciones electrolíticas isotónicas calentadas, siendo de elección inicial el ringer lactato, quedando la solución fisiológica como segunda opción disponible.	Una alternativa para el tratamiento inicial es la solución salina hipertónica, aunque la literatura no demuestra ninguna ventaja en la supervivencia.
Reanimación con líquidos	La reanimación con líquido se pone en evidencia con la perfusión adecuada del órgano.	La meta es la de restaurar la perfusión del órgano, mediante el uso de líquidos, con el fin de sustituir el volumen intravascular perdido y así lograr la restitución de la presión arterial normal; balanceando la meta de la perfusión del órgano con los riesgos de nuevas hemorragias, se acepta más la baja de la presión arterial normal a lo que se ha llamado "resucitación controlada (balanceada, hipotensa o hipotensión permisiva)", siendo su meta el equilibrio, no la hipotensión. Tal estrategia de resucitación no es un sustituto para el control quirúrgico definitivo de la hemorragia.
Angioembolización y control definitivo de la hemorragia	Su uso se describe para casos de fractura pélvica hemodinámicamente inestables, con lavado peritoneal diagnóstico negativo.	Se emplea de manera inmediata ante la falta de respuesta a los cristaloides y la administración de sangre, como una intervención definitiva para controlar la perdida sanguínea por hemorragia.

*El artículo completo fue originalmente publicado en idioma inglés en *The Journal of Trauma® Injury, Infection, and Critical Care* (ver cita bibliográfica del artículo)

¹Estudiante de 4^o año de Medicina, Universidad Mayor de San Simón. Cochabamba, Bolivia

²Estudiante de 5^o año de Medicina, Universidad Mayor de San Simón. Cochabamba, Bolivia

	7 ^{ma} edición	8 ^{va} edición
Tratamiento del taponamiento cardíaco	La pericardiocentesis es el tratamiento inicial.	En aquellos casos agudos secundarios a trauma, deben manejarse lo mejor posible por toracotomía. Si esta no es una opción disponible, la pericardiocentesis puede usarse como maniobra temporal.
Balance ácido - base	El déficit de base obtenido del análisis de gases en sangre arterial, puede ser útil para estimar la gravedad del déficit agudo de la perfusión.	El déficit de base y/o lactato pueden ser útiles en la determinación de la presencia y la severidad del shock. La medida serial de estos parámetros puede utilizarse para supervisar la respuesta a la terapia.

Trauma torácico

	7 ^{ma} edición	8 ^{va} edición
Tratamiento del neumotórax	La observación y/o la aspiración del neumotórax pueden ser procedimientos riesgosos.	El mejor tratamiento es la colocación de un tubo en el 4 ^o o 5 ^o espacio intercostal anterior a la línea medio - axilar. La observación y/o la aspiración en casos asintomáticos pueden ser apropiadas, pero debe ser un medico calificado quien lo determine.
Toracotomía de urgencia	En pacientes con lesiones penetrantes de tórax que llegan sin pulso, pero con actividad eléctrica miocárdica, pueden ser candidatos para una toracotomía de reanimación inmediata. Aquellos que arriban con lesiones por trauma cerrado y sin pulso, pero con actividad eléctrica miocárdica, no lo son.	Múltiples informes confirman que el uso de toracotomía para pacientes con trauma cerrado y paro cardíaco es raramente efectivo.

Trauma abdominal

	7 ^{ma} edición	8 ^{va} edición
Fracturas pélvicas hemodinámicamente anormales	Describe el manejo basado en DPL + Celiotomía y DPL - Angiografía - Embolización.	La pelvis debe ser estabilizada o cerrada temporalmente, usando un dispositivo comercial de compresión, para disminuir la hemorragia. Las fuentes intraabdominales de hemorragia deben ser excluidas o tratadas quirúrgicamente. Otras decisiones para controlar la hemorragia pélvica en curso incluyen la embolización angiográfica, la estabilización quirúrgica o el control quirúrgico directo.

Trauma craneano

	7 ^{ma} edición	8 ^{va} edición
Clasificación y Tomografía Computada (CT) de cabeza	Lesión leve del cerebro definida como Escala de coma de Glasgow (CGS) de 14 - 15. La CT es ideal en todos los pacientes, excepto en los totalmente asintomáticos y neurológicamente normales.	La definición de lesión traumática de cerebro leve revierte a GCS de 13 - 15 y moderado, cambiado a, 9 - 12. La regla canadiense de CT se adopta como guía para el uso de CT en las exploraciones de cabeza.

Columna vertebral

	7 ^{ma} edición	8 ^{va} edición
Esteroides	Altas dosis de metilprednisolona dadas a pacientes con lesión no penetrante de la columna espinal... es un tratamiento actualmente aceptado.	Actualmente existe escasa evidencia para apoyar el uso rutinario de esteroides en casos de lesión espinal.

Trauma musculo esquelético y trauma de la extremidad

	7 ^{ma} edición	8 ^{va} edición
Torniquete	El uso juicioso de un torniquete neumático puede ser provechoso y de ayuda.	Una extremidad avascular aguda debe ser reconocida puntualmente y ser tratada de emergencia. El uso de este es polémico, mientras que de vez en cuando puede salvar una vida y/o la

7 ^{ma} edición		8 ^{va} edición
Síndrome compartimental	Un pulso distal palpable esta generalmente presente en un síndrome compartimental.	<p>conservación de un miembro en presencia de hemorragia incontrolable por la presión directa. Una correcta aplicación, mientras pone en peligro el miembro, puede salvar la vida. Un torniquete debe ocluir la afluencia arterial, ocluyendo solamente al sistema venoso puede aumentar la hemorragia. Los riesgos que presenta están en función del tiempo que se usa. En el caso de permanencia prolongada para salvar una vida, el médico debe tener claro que la opción de la vida sobre la conservación del miembro ha sido tomada.</p> <p>La ausencia de un pulso distal es un hallazgo a encontrar y generalmente no debe ser de confianza para diagnosticar un síndrome compartimental.</p>

Referencias:

1. Kortbeek JB, Al Turki SA, Ali J, Antoine JA, Bouillon B, Brasel K, et al. **Advanced trauma life support, 8th edition, the evidence for change.** *J Trauma* 2008; 64(6): 1638-50.

Información para el autor: Búsqueda de palabras MeSH

1. Ingresar a: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>
2. Introducir la palabra clave que se quiera comprobar
3. Seleccionar "Descriptor"
4. Se indicará si existe o no la palabra clave seleccionada.