

Abordaje del Paciente Politraumatizado

Experiencia en Medicina Humana y Veterinaria

Dr. Uber E. Forgione

Médico Cirujano - Médico Veterinario

Especialista en Cirugía General y Laparoscópica

ATLS Certificated

UNLPam-UBA-UM

Introducción

El trauma es una de las contingencias que se presentan a diario en cualquier disciplina médica actual, y la tarea de los médicos veterinarios no escapa a esa situación, razón por la cual, extrapolar las experiencias de los centros y los médicos dedicados específicamente a esa área, hace parecer que salvando las distancias y circunstancias es posible realizar las mismas acciones

Si logramos consensuar las acciones y procedimientos, tendremos los mismos resultados, adaptando por supuesto las circunstancias y las realidades de cada disciplina a la medicina veterinaria en su totalidad, y de esta manera llegar a poder controlar el desarrollo de la emergentología como una actividad más dentro de la actividad veterinaria de los pequeños animales a quienes toca más de cerca, y que es una demanda actual por parte de la población.

Gastos y Costos

El gasto en trauma es mayor a 400.000 millones de dólares anuales en E.U.A.

En costos médicos, administrativos, seguros, daños a propiedades, pérdidas varias y costos indirectos

El verdadero impacto social, es que afecta a la población productiva

Cualquier muerte "Accidental" es una "Tragedia"

La investigación enfocada a problemas del trauma solo se lleva 4 centavos por cada dólar invertido en investigación médica

El trauma parece no haber capturado tal atención pública para hacer la correspondiente inversión

Aunque en los últimos años esta cambiando el enfoque

CVDL 2010

Necesidad

El trauma es la 1° causa de muerte en jóvenes

Es la tercera en tasa global de muertes

150.000 muertes anuales en E.U.A.

25.000 en Argentina

Las secuelas triplican la cifra

El costo social y el sufrimiento son incalculables

60 millones de lesiones se reportan en EE UU, 30 requieren atención, 3.6 requieren hospitalización y 9 quedan con secuelas, 8.700.000 temporales y 300.000 permanentes

En Argentina la cifra es casi 6 veces menor

-La necesidad de mejorar los métodos en la atención inicial de los pacientes lesionados es mayor que nunca, aún más que en las guerras-

Historia

En 1976 tragedia de Nebraska

En 1978 primer prototipo de curso ATLS, organizado por el servicio de emergencias del sureste de Nebraska, organizado por un grupo de cirujanos de Nebraska, la Fundación para la Educación Médica de Lincoln Nebraska (LEMF) y el equipo de enfermeras de la Unidad Cardíaca Móvil del área de Lincoln, con la colaboración del centro médico de la Universidad de Nebraska

El comité de trauma de Nebraska del ACS y los servicios de emergencias del sureste de Nebraska coinciden en la necesidad de establecer un mejor entrenamiento en cuidados avanzados de apoyo vital al traumatizado

Se crea un programa educativo con conferencias y demostraciones, desarrollo de destrezas en maniobras vitales y experiencias prácticas en laboratorios → constituyen el 1° prototipo de curso ATLS

En 1979 se reconoce al trauma como enfermedad quirúrgica, y el comité de trauma del colegio americano de cirujanos ACS adopta el curso

El curso se basó en la premisa de un cuidado adecuado en el tiempo adecuado

En 1980 se incorpora el ATLS al programa educativo del ACS, ya que hasta ese entonces no existía en el mundo un criterio uniforme en el tratamiento del paciente traumatizado

CVDL 2010

Desarrollo

La primera vez en enero de 1980 a nivel nacional en EUA, en 1981 se suma Canadá

El colegio médico militar de trauma del ACS lo adopta para Estados Unidos, luego pasa a los países de la OTAN, y más tarde al resto del mundo

En 1986 se constituyen los comités de trauma de Latino América

En 1987 se realiza el primer ATLS en Trinidad y Tobago

Desde su creación y hasta el 2001 se entrenaron 320.000 médicos en más de 20.000 cursos

Actualmente se entrenan unos 19.000 médicos por año en unos 1.200 cursos, en mas de 25 países

Los textos se revisan cada 4 años y el certificado habilitante tiene validez por 5 años, por la incorporación de nuevas técnicas, tratamientos y aditamentos técnicos

Paralelamente se puede desarrollar el **Curso de Apoyo Prehospitalario Vital en Trauma** (PHTLS), dirigido a paramédicos y técnicos

Curso M.I.A.T.

Existe desde 1998 (tras la aparición de los Cursos ATLS y AITP) impulsados por los Dres. Iñon y Mele MV (UME hoy ICBME)

Es aprobado por el departamento de Docencia del Hospital Italiano de Buenos Aires, asociado a la UBA

Impulsado por sus creadores

Va por la XII Edición en el Hospital Italiano y el ICBME, realizó otras en Chaco y San Martín de Los Andes.

Se ha extendido al resto Latino América con más de 12 Cursos dictados en Chile (RABAP), Venezuela (SOVEMEPA) y Uruguay (Univ. de Montevideo), Brasil (SAVI)

Convoca profesionales locales y del extranjero con experiencia en trauma

Ha informado y forjado a más de 1300 Médicos Veterinarios de Argentina y otros países

Presenta sus Conclusiones en el VII Seminario Argentino y IV Seminario Latinamericano de Cirugía Veterinaria, Fac. de Cs. Vet. de la UBA en Junio de 2001, "Formación de Recursos Humanos para el Manejo del Trauma en Animales", Mele, E. y col.

CVDL 2010

Mejoras Actuales

Las cifras sociales son alarmantes

Hay cambios sociales en el mundo

Mayor conocimiento de los mecanismos del trauma

Se ha logrado mayor prevención

Se ha logrado mayor preparación y conocimiento médico

Los métodos complementarios de diagnóstico han evolucionado notoriamente

-Independientemente de las medidas preventivas y los métodos de manejo y tratamiento necesarios establecidos y demostrados en el mundo,..... por el momento el programa ATLS y sus implicancias son los que han logrado una verdadera disminución de las cifras de morbimortalidad en lo que al trauma se refiere.

-Sus homólogos MIAT, RABAP y SAVI parecerían ser similares en Medicina Veterinaria de pequeños animales-

Actualidad

LAVECCS y cursos ABC Trauma

Río de Janeiro, Brasil, Julio 2009, 24 participantes, 20 acreditados

Quito, Ecuador, Abril 2010, 48 participantes, 21 tomaron la prueba, 13 acreditados

Sao Paulo, Brasil, Julio 2010, 38 participantes, 36 acreditados

Punta del Este; Uruguay, Julio 2010, 30 participantes, 24 acreditados

Orígenes de los acreditados: Brasil, Ecuador, Colombia, México, Paraguay, Chile, Argentina, y Uruguay

CVDL 2010

- A.T.L.S. (Advance Trauma Life Support)
- M.I.A.T. (Manejo Inicial del Animal Traumatizado)

- ABC Trauma LAVECCS

Metas del Programa

- 1-Evaluar el estado del paciente con precisión y rapidez
- 2-Resucitar y/o estabilizar al paciente resolviendo los problemas en orden prioritario
- 3-Determinar si los recursos del establecimiento son suficientes para resolver en forma adecuada los problemas del paciente
- 4-Realizar los arreglos necesarios para facilitar el traslado del paciente (que, quien, cuando y como)
- 5-Asegurar que en cada fase del tratamiento
el paciente reciba una atención óptima

Objetivos del Curso

Orientar al médico en la evaluación y tratamiento iniciales del paciente traumatizado

Dar contenidos y aplicar destrezas para ayudar a proporcionar los cuidados de urgencia en pacientes politraumatizados

Tener concepto de la "Hora de Oro" o Standart

Proporcionar información y practicar destrezas esenciales para diagnóstico y tratamiento de pacientes con traumas agudos graves

Manejo de lesiones que ponen en riesgo la vida o que potencialmente puedan tener dicho efecto

Un Curso MIAT o ABC Trauma o ATLS

El médico/médico veterinario estará capacitado para

A- Demostrar los conceptos y principios de la revisión primaria y secundaria en el paciente traumatizado

B- Establecer las prioridades de manejo del paciente politraumatizado

C- Iniciar el manejo primario y secundario necesarios durante la primera hora después de ocurrido el accidente que pone en peligro la vida

D- En un escenario clínico y quirúrgico simulado demostrar los conocimientos y destrezas en la evaluación y el tratamiento iniciales de los pacientes con traumas agudos

CVDL 2010

Conocimientos y Destrezas

- 1-Revisión primaria y secundaria de una víctima con lesiones traumáticas múltiples simuladas
- 2-Establecer un vía aérea permeable e iniciar la ventilación solo o con ayuda de otra persona
- 3-Intubación orotraqueal y nasotraqueal en maniqués adultos e infantiles
- 4-Monitorización de oximetría de pulso y dióxido de carbono
- 5-Cricotiroideotomía
- 6-Inserción de catéteres en venas periféricas, líneas venosas centrales con monitoreo continuo de presión venosa central, infusión intraósea, y monitoreo de oximetría de pulso
- 7-Venodisección (opcional)
- 8-Descompresión pleural mediante la toracocentesis con aguja y la inserción de un tubo de tórax
- 9-Pericardiocentesis
- 10- Identificación radiológica de lesiones toracoabdominales
- 11-Laparocentesis, lavado peritoneal y evaluación del abdomen por ultrasonido y TAC
- 12-Evaluación del paciente con trauma de cabeza y cuello y manejo de acuerdo con escalas (Coma de Glasgow) del trauma neural
- 13-Identificación de lesiones intracraneales en TAC de cráneo
- 14-Identificación radiológica de lesiones de columna y traumatismos raquimedulares
- 15-Evaluación del trauma musculoesquelético

Propósito

Entrenar a médicos que atienden casos de trauma en su práctica diaria

El público al que se dirige no ha cambiado

El método ATLS es una marca registrada del American College of Surgeons, Committee on Trauma

Es el método aceptado mundialmente como la mejor forma de atención del paciente traumatizado dentro de la 1° hora desde el accidente, ya sea en un hospital rural o en el mejor centro de trauma

Por tanto se expone que todos los profesionales de la salud deberíamos obtener la credencial ATLS

En la Medicina Veterinaria una opción es implementar el MIAT RABAP SAVI y sus certificaciones

CVDL 2010

Certificación y Credencial

Credencial de Certificación

5 años de vigencia

Es internacional

Avala para trabajar en atención del trauma

No es excluyente

Conceptos básicos de PHTLS

El escenario:

Método CRAMP (conciencia, respiración, abdomen, miembros, pelvis)

La evaluación inicial de la situación influye sobre la evaluación inicial del paciente

Factores básicos en la evaluación:

- Seguridad: no convertirse de rescatador a víctima
- Escena: nº de vehículos, cinemática, daño de los vehículos
- Situación: TRIAGE (evaluación, estadificación y clasificación de las diferentes víctimas para optimizar el rendimiento de los recursos a partir de las prioridades establecidas)

Conceptos compartidos PH y ATLS

Evaluación primaria del paciente:

En el paciente crítico con trauma multisistémico

es primordial la identificación y manejo de las condiciones que ponen en peligro su vida sin dejarse llevar por lesiones que llaman la atención pero que no lo hacen.

Evaluación inmediata simultánea:

La evaluación primaria está dirigida a detectar las condiciones que ponen en peligro la vida.

La evaluación secundaria identifica lesiones que posiblemente pongan en peligro la vida.

La evaluación primaria comienza por la obtención simultánea de un estado "global" del paciente (respiratorio, circulatorio, neurológico) e identifica lesiones inicialmente importantes:

Está despierto? (consciente o inconsciente)

Respira?

Se sostiene por sí mismo?

Contesta nuestras preguntas?

CVDL 2010

Pulso: presencia, calidad, frecuencia.

Temperatura

Humedad de la piel

Paciente que habla: da idea general de la vía aérea (permeable, existe ventilación)

-La *Evaluación primaria* no demora más de 20 segundos

Determina la condición crítica

-*Evaluación secundaria*, en la que se ven en mayor detalle los problemas que amenazan la vida para iniciar su manejo.

Pasos de la evaluación primaria:

A- Vía aérea con control de columna cervical

B- Ventilación

C- Circulación y control de hemorragias

D- Déficit neurológico (examen neurológico) y Dolor

E- Exposición total del paciente y examen visual

A: Vía Aérea

Evaluar permeabilidad: vía abierta y permeable, sin riesgo de obstrucción.

- Maniobras manuales: levantamiento del mentón o subluxación mandibular, gancho, etc.

- Maniobras mecánicas: cánula de Mayo, TET, almohadilla laríngea, PCT, traqueostomía

Siempre tener en cuenta lesión potencial de columna cervical: maniobras de inmovilización y tracción con posterior colocación de collar de Philadelphia

B: Ventilación

La hipoxia pone en peligro la vida

Corroborar la espontaneidad de la ventilación. Si no es espontánea **suspender** la evaluación y ventilar.

Estimar frecuencia y profundidad de la ventilación. Observar el tórax y escuchar hablar al paciente.

Siempre dar O2 suplementario (100%).

FR <10 o >30 indica ventilación asistida (intubar y bolsar)

C: Circulación y sangrado

CVDL 2010

Palpar el pulso, ver relleno capilar y coloración y temperatura de la piel.

Inferencia de TA según el pulso:

- pulso radial no palpable: TA sistólica < 80
- pulso femoral no palpable: TA sistólica < 70
- pulso carotídeo no palpable: TA sistólica < 60

Pulso radial no palpable → Shock Descompensado

Relleno capilar: Relleno >2 seg implica perfusión distal inadecuada

D: Déficit neurológico y Dolor

El objetivo es determinar el nivel de conciencia

Realizar examen mínimo tipo AVDI

- A: **a**lerta
- V: responde a estímulo **v**erbal
- D: responde a estímulo **d**oloroso
- I: **i**nconsciente (no responde a estímulos)

Paciente en I, posibilidades:

Hipoxia cerebral

Lesión de SNC

Sobredosis de drogas o alcohol

Alteraciones metabólicas

Evaluación de las pupilas: PIRRL

- **p**upilas iguales, **r**edondas, **r**eactivas a la luz

E: Exposición, examen y entorno

Exponer tórax, abdomen y extremidades en todo paciente traumatizado.

La sangre puede colectarse o absorberse por ropa o Pelo

Recordar que la hipotermia es un problema mayor en el manejo del paciente traumatizado.

El paciente debe ser expuesto en ambiente cálido

CVDL 2010

Preceptos de la emergentología

No perder tiempo con medidas innecesarias en la resucitación del paciente ni distraerse con problemas menores cuando está en riesgo la vida del paciente.

No dudar en tomar decisiones heroicas si de ello depende la vida del paciente.

No retardar el tratamiento definitivo de una lesión por intentar manejar situaciones de menor importancia.

Hora de Oro: el manejo del paciente en la primer hora de sucedido el accidente marcará la evolución del mismo y el éxito o no del tratamiento instaurado.

Resucitación inicial del paciente

La piedra angular de la resucitación es el manejo de la **hipoxia** y el **shock**.

Siempre iniciar la resucitación aplicando:

- O2 al 100% mediante el método adecuado a las condiciones del paciente (máscara, MVB, intubación orotraqueal-nasotraqueal, sonda nasalarínea, respiración jet, etc.)

- Dos vías cortas y gruesas (abbocath 14) en hemicuerpo contrario al de mayor lesión o sangrado con perfusión de 2000cc de coloides

Solicitud de estudios

Laboratorio hemograma, glucemia, urea, ionograma y **grupo y factor**.

Tríada radiológica: Rx cuello frente y perfil, Rx tórax, Rx pelvis.

Gold standard: ecografía fast y faster

Tener en cuenta que ante hemorragias inicialmente no es totalmente cierto el valor del hematocrito por hemoconcentración.

Evaluación del tórax

-Riesgo de vida:

Neumotórax a tensión

Neumotórax abierto

Taponamiento cardíaco

Respiración paradójal + contusión

pulmonar

Sin riesgo de vida

Neumotórax simple

CVDL 2010

Hemotórax

Fracturas costales – vollet costal

Regla del ATLS: sondas y dedos en todos los orificios:

- colocar SNG, SV (hay contraindicaciones)
- evaluar necesidad de medir PVC y vía central
- medición de TA, FC, FR, diuresis
- cuantificación del shock y reposición

Emergencias y Urgencias

Urgencia

ES LA ENFERMEDAD QUE APARECE CON ALGUNA MANIFESTACION Y NECESITA SER RESUELTA PRECOZMENTE.

-EVENTO QUE PUEDE SER MANEJADO CON EL RECURSO TECNICO STANDART-

Emergencia

ES UN EVENTO FORTUITO QUE DEBE SER COTEJADO Y CORREGIDO DE INMEDIATO.

-EVENTO QUE DEBE SER RESUELTO CON TODO EL RECURSO DISPONIBLE DE LA INSTITUCION MAS ALLA DE LOS REQUERIMIENTOS STANDART-

EMERGENCIAS MEDICAS

Emergencias Veterinarias

Emergencias

TRAUMATISMOS ABIERTOS Y CERRADOS

SHOCK

ABDOMEN AGUDO

TORAX AGUDO

EDEMA AGUDO DE PULMON

ENVENENAMIENTO

REACCIONES ALERGICAS (ANAFILAXIA)

QUEMADURAS (FUEGO, ALCALIS, ACIDOS)

ELECTROCUCION

ESTADO DE MAL EPILEPTICO

OTRAS CAUSAS

CVDL 2010

Paciente Crítico

SHOCK (*RESPUESTA MULTISISTEMICA A UN PROCESO MORBOSO, QUE TERMINA EN PRODUCCION ENERGETICA TISULAR INADECUADA*)

SEPSIS y SHOCK SEPTICO (*FIEBRE, DOLOR, HIPOVOLEMIA, PATRONES ANORMALES DE VENTILACION, NIVELES ANORMALES DE LA CONCIENCIA, TAQUICARDIA, TAQUIPNEA e HIPOGLUCEMIA*)

OLIGURIA

NEUMOTORAX y HEMOTORAX

RUPTURA GASTROINTESTINAL

FALLA RENAL AGUDA

DESGARRO DE VEJIGA URINARIA

EDEMA y HEMORRAGIA DEL SNC

COAGULOPATIAS (CID)

HEMORRAGIAS INTERNAS

S.I.R.S.

M.O.R.F.S.

Casos Clínicos Más Frecuentes

La Distribución Trimodal de Muerte en Trauma

El Concepto de ATLS

Es y fue simple

Es estudio y tratamiento (HC, examen físico, complementos de diagnóstico, diagnósticos diferenciales, tratamiento, etc.)

Por la falta de algunos datos, que se demostró no eran determinantes, se llega al TRIAGE y el A-B-C-D-E

El curso ATLS y el MIAT enseñan que las lesiones que ponen en riesgo la vida matan en un período determinado de tiempo

Triage y Evaluación Inicial

1-Evaluar el estado del paciente con precisión y rapidez

2-Resucitar y/o estabilizar al paciente resolviendo los problemas en orden prioritario

CVDL 2010

3-Determinar si los recursos del establecimiento son suficientes para resolver en forma adecuada los problemas del paciente

4-Realizar los arreglos necesarios para facilitar el traslado interhospitalario del enfermo (que, quien, cuando y como)

5-Asegurar que en cada fase del tratamiento el paciente reciba una atención óptima

MANEJO INICIAL

EXAMEN Y TRATAMIENTO DE EMERGENCIAS

EXAMEN SIMULTANEO CON MEDIDAS PARA SALVAR LA VIDA

NO HAY ANAMNESIS DETALLADA

DETERMINAR EL MECANISMO DEL TRAUMA

EL DIAGNOSTICO SE BASA EN EL EXAMEN FISICO y LA CLASIFICACION RAPIDA DE LAS LESIONES

→ TRIAGE

Equipo de Trauma

MINIMIZA LOS ERRORES

DISMINUYE LA MORTALIDAD

FAVORECE EL ACCIONAR ACADEMICO

ENRIQUECE

FORTALECE

GENTE IDONEA

EQUIPAMIENTO

CAPACITACION

ACTUALIZACION

ENTRENAMIENTO

BUENA REMUNERACION

EXITO

Evaluación inicial del paciente veterinario

-**Hora de Oro**: Período después del Trauma, en el cual un paciente depende de la calidad y efectividad de los cuidados que reciba. (Hankes, J.; Veterinary Critical Care, 1981.)

-**Primer intervalo**: ocurre en los primeros minutos, rara vez ocurre esto en Med. Vet .

CVDL 2010

-**Segundo intervalo:** ocurre dentro de las 3-4 horas post trauma, y es la mayor presentación en peq. animales. Aquí un tratamiento agresivo y adecuado puede marcar la diferencia en la supervivencia del paciente.

-**Tercer intervalo:** ocurre después de 3- 5 días del trauma, es acá donde el veterinario gracias al reconocimiento de heridas o lesiones ocultas, apropiada categorización de las mismas, monitorización y atención de los detalles, puede disminuir la mortalidad.

Orden de Prioridades

Prioridades

ABCDCBA

A (airway)

B (bleeding)

C (cardiopulmonary)

D (dressing open wounds)

C (coma/CNS)

B (bone and joints)

A (assessments)

Asimismo, otra regla

corresponde a:

A: Airway o vía aérea

B: Breathing o respiración

C: Cardiovascular

D: Disability o estado neurológico

Una vez logrado estabilizar al paciente, se realiza un detallado examen físico siguiendo la regla

ACRASH

PLAN

A: *airway* vías aéreas

C: *cardiovascular* cardiovas.

R: *respiratory* respiratorio

A: *abdomen* abdomen

CVDL 2010

S: *spine* médula

H: *head* cabeza

P: *pelvis* pelvis

L: *limbs* miembros

A: *arteries* arterias

N: *nerves* nervios

POR DONDE EMPEZAMOS?!!

👮 Respuesta telefónica...!!!???

👮 Indicaciones para la atención inmediata

-Triage ...

👮 Clase I/II/III/IV RICO (Rapid Intensive Care Outcome)

👮 “Hora de Oro”

👮 IGV 1 a 75

MANEJO INICIAL y Categorización

EXAMEN Y TRATAMIENTO DE EMERGENCIAS

EXAMEN SIMULTANEO CON MEDIDAS PARA SALVAR LA VIDA

NO HAY ANAMNESIS DETALLADA

TRATAR DE DETERMINAR EL MECANISMO DEL TRAUMA o LA CAUSA

EL DIAGNOSTICO SE BASA EN EL EXAMEN FISICO y LA CLASIFICACION RAPIDA DE LAS LESIONES

→ TRIAGE

MANEJO DE LA “HORA CRITICA”

MANEJO GENERAL DE LOS PACIENTES EN EMERGENCIAS: TRIAGE y EVALUACION INICIAL

ESENCIAL ACTUAR CON RAPIDEZ y EFICACIA

SEGUIR LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS (*ESCALA DE GLASGOW, RTS, CRAMS, IGV, SCORE ATI, FLINT, MOORE, LUCAS, TTINDEX, RICO, GENNARELLI, GUSTILLO Y ANDERSON, MANGLESS, ETC.*)

TRIAGE: EVALUACION DE URGENCIA DEL PACIENTE

DEBE SER A CONCIENCIA

DENTRO DE LA “HORA DE ORO”

CVDL 2010

ESTADIOS DEL TRIAGE

1-TRIAJE TELEFONICO

2-TRANSPORTE AL CENTRO DE URGENCIAS y PHTLS

3-ATENCION y TRIAGE EN LA SALA

DE RECEPCION DEL PACIENTE

4-EXPLORACION BASICA DE LA URGENCIA

5-EXPLORACION COMPLETA INICIAL

ATENCION INICIAL

1° EVALUACION

A- VIA AEREA → PERMEABILIDAD

B- VENTILACION → RESPIRA ?

C- CIRCULACION → PERFUSION DE LAS MUCOSAS y LLENADO CAPILAR, PULSOS, PRESION ARTERIAL, RITMO SINUSAL

D- DOLOR y DETERIORO NEURAL

INMOVILIZAR, Analg., ESC. GLASGOW, PIRRL

E- ENTORNO → TEMPERATURA AMBIENTE y DEL PACIENTE

Elementos Utilizados
en el Triage

1- Fisiológicos

2- Anatómicos

3- Mecanismos o Tipos de Lesión

4- Edad

5- Factores Concomitantes de Morbilidad

CATEGORIZACION DE LA EMERGENCIA

TRIAJE EN CATASTROFES

TRIAJE SHORT

CVDL 2010

ESCALAS ANATOMICAS

Escala abreviada de trauma (abbreviated injury scale) AIS

Escala de severidad de trauma (injury severity score) ISS

Perfil anatómico (anatomic profile) AP

Clasificación internacional de enfermedades (international classification of disease) ICS

Escala de lesión orgánica (organ injury scale) OIS

ESCALAS FISIOLÓGICAS

ESCALA DE GLASGOW

SCORE DE GLASGOW PARA ANIMALES PEQUEÑOS

INDICE DE GRAVEDAD VETERINARIO -IGV-

Adaptado del ISS, agrupados en 5 regiones anatómicas (CATTEP)

Cabeza y Cuello

Abdomen

Tejidos blandos

Tórax

Extremidades y Pelvis

A cada región se le asigna una puntuación de 1 a 5 según la gravedad

1- lesión mínima

2- lesión moderada

3 -lesión grave sin riesgo de muerte

4- lesión grave con riesgo vital pero con sobrevida probable

5 -lesión crítica, con sobrevida improbable

TRIAGE

CLASE I

CLASE II

CLASE III

CLASE IV

CVDL 2010

Grado I

RTS 1, CRAMS 0-3

ISS o IGV >50

Paciente pre mortem

Intrasladable

Tratar de determinar la causa posteriormente con necropsia y análisis de órganos

Posible donante?

Grado II

RTS 2, CRAMS 3-8

ISS o IGV 25-50

Paciente grave

Riesgo inminente de muerte

Intrasladable hasta estabilización

Grupo de riesgo

Internación obligada

Grado III

RTS 3, CRAMS 9

ISS o IGV 15-25

Paciente no grave

Riesgo reservado

Trasladable con apoyo

Pronóstico favorable sin complicaciones

Internación

Evitar las complicaciones

Grado IV

RTS 4, CRAMS > 9

CVDL 2010

ISS o IGV <15

Paciente estable

Sin riesgo de muerte por la causa

Trasladable

Complicaciones sólo por nuestro accionar

Evitar errores

Sólo internación para observación por precaución durante horas

CVDL 2010

Emergencias

TRAUMATISMOS ABIERTOS Y CERRADOS de TORAX y ABDOMEN

SHOCK

ABDOMEN AGUDO

TORAX AGUDO

EDEMA AGUDO DE PULMON

ENVENENAMIENTO

REACCIONES ALERGICAS (ANAFILAXIA)

QUEMADURAS (FUEGO, ALCALIS, ACIDOS)

ELECTROCUCION

ESTADO DE MAL EPILEPTICO

EN URGENCIAS y EMERGENCIAS

-EL EXCESO DE CONFIANZA y EL DESCUIDO, "MATAN"-

Resumen y Conclusiones

ATLS y sus homólogos Veterinarios MIAT RABAP SAVI y ABC Trauma LAVECCS ofrecen esquema sólido de evaluación, tratamiento y enseñanza con calidad para evaluar y tratar al paciente traumatizado

El manejo del trauma debe ser en Equipo

El comité de trauma ha demostrado disminución de la morbimortalidad con las enseñanzas de los cursos, así como la dedicación, compromiso y esfuerzo personal e institucional de quienes lo adoptan para entrenarse en prácticas de trauma.

Bibliografía:

- Joseph Bojrab, Técnicas Actuales en Cirugía de Pequeños Animales, IV Edición, Editorial Intermédica, Buenos Aires, 2000.
- Perera-García, Cirugía de Urgencia, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1998
- Schwartz y otros, Principios de Cirugía, Editorial Mc Graw-Hill Interamericana, México, 2000.
- Bojrab, Fisiopatología y Clínica Quirúrgica en Animales Pequeños, Editorial Intermédica, Buenos Aires, 2001.

CVDL 2010

- Juan. R. Michans y colaboradores, Patología Quirúrgica, El Ateneo, Buenos Aires, 1989.
- John R. August, Consultas en MEDICINA INTERNA FELINA, Editorial Intermédica, Buenos Aires, 2004.
- Theresa Welch Fossum, Cirugía en Pequeños Animales, Editorial Intermédica, Buenos Aires, 1997.
- *Encyclopedie Medico Chirurgicale*. Elseviers Editeurs, Paris, 2000.
- Ettinger J., *Internal Medicine in Small Animals*, WB Saunders Ed, Philadelphia, 1995
- *PROACI*, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1996-2005.
- Slatter et Al, Textbook of Small Animal Surgery, WB Saunders Editors, Philadelphia, 1994.
- Asociación Argentina de Cirugía, *Revista Argentina de Cirugía*.
- American College of Surgeons, *Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica*.
- American College of surgeons, *Advance Trauma Life Support, Manual de Procedimientos*, Editorial médica Panamericana, 1997-2004.

CVDL 2010