

Actualizacións bibliográficas en urxencias prehospitalarias

Nº 14 / ANO 2019

COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN

Novas guías de práctica clínica de inmovilización espinal en pacientes traumatizados

Scand J Trauma Resusc Emerg Med 2019; 27-77

Introdución

Desde mediados da década de 1960, a inmovilización prehospitalaria cun colar cervical ríxido e un taboleiro espinal considerouse o procedemento máis adecuado para previr a lesión medular secundaria durante o traslado do paciente politraumatizado. Esta estratexia foi adoptada por servizos de emerxencias de todo o mundo e incluíuse nos cursos de soporte vital avanzado en trauma (PHTLS e ATLS). Con todo, este procedemento foi cuestionado nos últimos anos, debido á falta de estudos de alta calidade que apoiem a súa eficacia e ao crecente número de estudos que indican que pode ter efectos negativos: dor, úlceras de presión, aumento da presión intracranial, aumento da estancia hospitalaria, maior número de radiografías, maior dificultade para a exploración clínica, maior tempo de asistencia na escena, dificultade para a intubación, e risco de desprazamento de fractura vertebral en anciáns.

En Dinamarca constituíuse un grupo de traballo para elaborar unhas guías de práctica clínica sobre os procedementos para a inmovilización dos politraumatizados en medicina prehospitalaria.

Métodos

Revisión sistemática. Grupo interdisciplinar (ATLS, PHTLS, ITLS).

Pacientes traumatizados maiores de 18 anos con traumatismo espinal nas primeiras 48 horas con risco de desenvolver unha lesión medular. Revisouse a bibliografía desde 1966 ata 2017.

Resultados

As seguintes recomendacións para a inmovilización de pacientes adultos politraumatizados baséanse en estudos, xuízo clínico e decisións de consenso tomadas por un grupo de traballo interdisciplinar.

Resumo das principais recomendacións:

Recomendación	Calidade da evidencia	Fortaleza da recomendación
Non colar cervical ríxido	Moi baixa	Débil
Non taboleiro espinal	Moi baixa	Débil
Pacientes adultos ABCD ok con déficit neurolóxico ou dor ósea vertebral á exploración: débese usar colchón sen carga	Moi baixa	Débil
Pacientes trauma adultos con lesión penetrante illada: non debe facerse inmovilización	Moderada	Forte
Utilizar guía de práctica clínica para facilitar a decisión de inmovilización.	Ningunha	Boa práctica clínica

Colar cervical ríxido

Non se atoparon estudos de alta calidade. Os estudos publicados están feitos con cadáveres ou voluntarios sans. Algúns estudos describen o efecto limitado do colar ríxido na redución do movemento do pescozo. Non se atopou ningún que demostre mellor resultado neurolóxico ou diminución da mortalidade. Outros estudos describen posibles efectos secundarios como: estancia máis

longa en urxencias, diminución da función pulmonar, desenvolvemento de úlceras de presión, dificultade para o manexo da vía aérea, empeoramento da lesión cervical existente e severa, deterioración neurolóxica en pacientes con espondilite anquilosante, axitación, aumento do movemento espiñal debido á dor ou ao disconfort e elevación da presión intracranial.

En lugar do colar recomendan a inmovilización bimanual do pescozo, os bloques cervicais ou o colchón sen carga axustado á cabeza.

Taboleiro espiñal e colchón sen carga

Os datos extrapoláronse de estudos con cadáveres ou voluntarios sans. Non hai estudos que demostren beneficio do uso do taboleiro espiñal e en dous menciónanse os efectos adversos: disconfort, dor moderada-severa despois dun curto período de tempo, posibilidade de movemento voluntario, posibilidade de desenvolvemento de úlceras por presión tras un período de tempo prolongado. Ademais, cuestionan a eficacia do taboleiro na restrición do movemento lateral durante o traslado en ambulancia comparado cunha padiola simple. Algúns estudos sitúanse a favor do colchón sen carga, para reducir os efectos adversos dunha superficie dura. Algúns estudos suxiren que o colchón sen carga proporciona un grao de inmovilización igual ou superior ao taboleiro espiñal.

Recomendan o uso do colchón sen carga para o transporte de pacientes adultos traumatizados que precisan inmovilización espiñal.

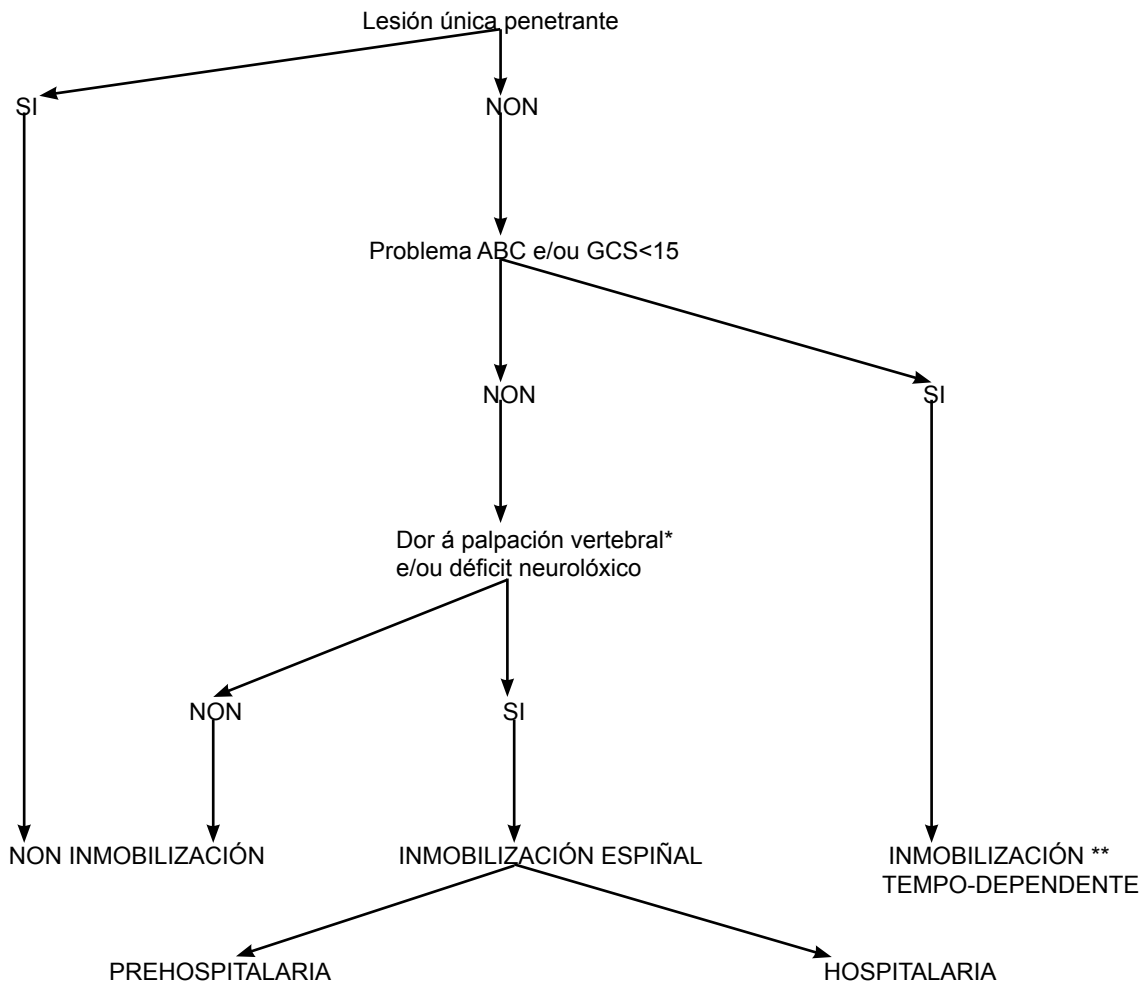
Pacientes con lesión penetrante con ABCD inestable

Estes pacientes necesitan intervención cirúrxica canto antes. En 2010 publicouse un estudo con 45.000 pacientes no que comparan a supervivencia con ou sen inmovilización espiñal, con resultados peores no grupo no que se fixo inmovilización, probablemente polo tempo prolongado de manexo no ámbito prehospitalario.

Recomendación forte en contra da inmovilización espiñal en pacientes con lesión penetrante única.

Uso dunha guía de práctica clínica como ferramenta

É pouco probable que todos os pacientes con lesión espiñal necesiten inmovilización para previr o desenvolvemento de lesión secundaria. Existen ferramentas de triaxe prehospitalaria baseados na biomecánica do trauma, que conducen a unha sobretriaxe. Varios sistemas de emerxencias en todo o mundo utilizan diferentes ferramentas que facilitan a decisión da inmovilización espiñal. A maioría baséanse en guías hospitalarias para determinar a conveniencia da exploración radiolóxica. Para reducir a sobretriaxe, elaborouse esta guía.



Prehospitalaria

Traslado en colchón sen carga sen colar cervical.

Tras a chegada ao hospital: taboleiro acolchado con bloques cervicais e correas.

Extricación

- Autoextricación: sempre que sexa posible, con único síntoma palpación vertebral dolorosa.
- Extricación asistida: material dependente de cada situación (padiola de pas, taboleiro espiñal, inmovilización bimanual do pescozo).

Hospitalaria

O primeiro contacto co paciente é hospitalario:

- Se déficit neurolóxico: taboleiro acolchado.
- Non déficit neurolóxico: buscar o máximo confort do paciente (padiola, cama, cadeira...).

*Dor á palpación vertebral (non preguntar, recoméndase observar os xestos do paciente).

**Inmovilización tempo-dependente: refírese a medidas que non atrasen o manexo do ABC nin o traslado ao hospital. Dependerán da situación: colchón sen carga, padiola de pas, inmovilización bimanual do pescozo.

Por que nos parece interesante?

Trátase dunha guía de práctica clínica elaborada por un equipo interdisciplinar sobre a decisión de inmovilización espiñal en pacientes traumatizados con risco de lesión medular secundaria.

Aplicabilidade no noso traballo

A variabilidade de situacións e pacientes que atendemos exige unha actualización de coñecementos e modos de facer que nos permita ser flexibles e adoptar en cada caso particular a actitude máis adecuada.

Impacto do traballo en emerxencias sobre o benestar emocional dos médicos

Howard L, Wibberley C, Crowe L, et al. Emerg Med J 2018;35:595–599.

Introdución

Os médicos de emerxencias expóñense en cada quenda á morte, enfermidade grave, trauma e sufrimento. Este contorno pode ter consecuencias emocionais no médico, con efectos a curto e longo prazo.

Métodos

Estudo cualitativo para profundar nas situacións que poden dar lugar a problemas emocionais e ter impacto no benestar dos médicos que traballan en emerxencias. Un único centro, un único entrevistador, tamén médico de urxencias pertencente á mesma organización. Entrevistas a 17 médicos con diversos niveis de experiencia. As novas tecnoloxías como a realidade virtual e a capacitación dixital abren novas oportunidades. Con todo, actualmente a evidencia para a capacitación en reanimación dixital é insuficiente para estar seguros de que é equivalente á capacitación presencial.

Resultados

Eventos identificados

- Morte de pacientes novos, mortes traumáticas.

Varios participantes refírense estar afectados por presenciar a morte de pacientes de pouca idade ou de maneira traumática, con detalles que permanecen vívidos na súa memoria (a palabra “nova” utilízase para pacientes menores de 50 anos). Mortes súbitas e inesperadas (o que a maioría dos entrevistados considera como “morrer antes de tempo”).

- Casos que relacionan coas súas propias vidas porque se identifican co paciente ou identifican o paciente con algún familiar directo.

- Casos nos que presencian a dor da familia e amigos do paciente.

- O peso da responsabilidade e o medo para cometer un erro no traballo interfire na súa vida persoal. Ter medo a cometer un erro, a errar un diagnóstico, pensar que outro médico o fixo mellor ou eles mesmos poderían telo feito doutra maneira con resultado

mellor.

- Sensación de illamento. Amigos e familiares non médicos, incapaces de apoiar o médico: incapacidade para compartir con seres queridos experiencias do traballo coa obrigación de manexar as situacións de tensións sen axuda. Convértese nunha fonte de conflito, con consecuencias na vida social e familiar do médico.

- Procedementos legais. Prolónganse no tempo e o médico percibe que non ten control sobre eles.

- Conflitos no lugar de traballo. Un pequeno número de participantes considerárono como fonte de tensión emocional.

Síntomas psicolóxicos

Describen variedade de síntomas: distress emocional, pranto, evitación das emocións, baixa autoestima e depresión. Consumo de substancias e despersonalización dos pacientes.

Síntomas físicos

Perda de peso, manifestacións físicas de tensións ou ansiedade, alteración dos patróns do soño.

Conclusión

Este estudo describe situacións no traballo que poden afectar o médico de emerxencias e nalgúns casos ter un impacto negativo na esfera emocional, física, familiar e social. A investigación expón novas preguntas, principalmente en canto ao modo en que se pode axudar o médico nestes casos. Requírese un cambio de cultura nas organizacións, de maneira que os médicos teñan un contorno seguro para reflexionar e compartir as súas inquietudes, co fin de minimizar o impacto na súa saúde a longo prazo, así como procurar apoio aos médicos que se ven involucrados en procesos legais ou prestarlles apoio ante a percepción que teñen da súa propia responsabilidade.

Por que nos parece interesante?

Trátase dunha abordaxe cualitativa que permite profundar nas situacións que poden producir tensión emocional nos médicos de emerxencias, extrapolable a todos os profesionais (DUE, TES).

Aplicabilidade no noso traballo

Pensamos que un maior coñecemento das consecuencias que para a saúde pode ter o noso traballo redundará na procura activa de estratexias a nivel individual e colectivo enfocadas na prevención e atención ao profesional.

Ecografía de emerxencia prehospitalaria

Scharonow and Weilbach Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine (2018) 26:49

Introdución

A ecografía de emerxencia probou ser unha ferramenta útil para o manexo de pacientes críticos e traumatizados.

- Trauma: líquido libre abdominal ou intratorácico, e pneumotórax.
- Hipotensión: disfunción miocárdica, hipovolemia, derramo pericárdico, TEP.
- Dispnea: TEP, insuficiencia cardíaca, derramo pleural, pneumonía.

Métodos

Estudo prospectivo observacional durante 18 meses. Os protocolos utilizados son: FAST (detectar líquido libre abdominal en trauma), PLUS (pleura e pulmón) e FEEL (corazón). A calidade dos achados mídese comparando cos diagnósticos hospitalarios. Documentáanse os cambios no manexo ou o cambio do hospital de destino provocados polos achados ecográficos. Os médicos participantes teñen experiencia en emerxencia prehospitalaria de polo menos 5 anos, recibiron cursos de ecografía e asisten a sesións semanais de reciclaxe.

Síntomas-trigger: dispnea, PCR, dor abdominal, dor torácica.

Mecanismo de lesión (alta velocidade, altura de máis de 2 m).

Parámetros investigados: función ventricular esquerda, líquido intersticial pulmonar, descartar líquido libre abdominal ou pneumotórax, insuficiencia ventricular dereita.

Resultados

Fíxoselle unha ecografía ao 18,1 % dos pacientes atendidos (99/546), un 68,7% eran casos médicos e un 31% cirúrxicos. Utilizouse na maioría dos casos en pacientes con dispnea (38,4%), durante a PCR (17,2%), caídas (12,1%), e trauma a alta velocidade (11,1%).

Tempo requirido: menos de 3 minutos en todos os casos.

Concordancia cos achados hospitalarios: disfunción ventricular esquerda 89,4%, insuficiencia ventricular dereita 85,7%, líquido intersticial pulmonar 100%.

Nun 48,5% dos pacientes o estudo ecográfico conduciu a un cambio no manexo.

Nun terzo dos pacientes o cambio tivo que ver co hospital de destino, os requirimentos de monitoraxe (ir acompañado de médico ou non) ou a entrada ao hospital (ex.: non sala de críticos).

Os autores do estudo atribúen a lenta introdución da ecografía na emerxencia prehospitalaria ao grande esforzo de loxística que require adestrar os médicos do servizo de emerxencias en ecografía cunha destreza que permita realizar o procedemento en 60-120 segundos e manter as destrezas mediante sesións periódicas de adestramento.

Conclusións

Neste estudo, a ecografía de emerxencia foi utilizada con frecuencia no medio prehospitalario e fixéronse achados patolóxicos que tiveron un papel na toma de decisións. Houbo boa correlación cos diagnósticos realizados no hospital.

Por que nos parece interesante?

Trátase dun estudo realizado nun sistema de emerxencias no que hai médicos na escena, similar ao noso e que demostrou a utilidade na toma de decisións da ecografía en pacientes críticos e traumatizados, sen aumentar significativamente o tempo de asistencia.

Aplicabilidade no noso traballo

Parécenos unha ferramenta para ter en conta para mellorar a calidade da nosa asistencia na unidades de soporte vital avanzado con médico a bordo.

