

CONTROL DE DAÑOS

“Una Expectativa de Vida”

INTRUMENTADORA: INGRID RAMIREZ

Fundación Valle del Lili



INTRODUCCIÓN

El trauma constituye una de las principales causas de muerte en el mundo, actualmente el 9% de la mortalidad mundial se le atribuye al trauma y el 90 % de esta población ocurre en países como el nuestro lo cual nos ha dado la experiencia en el manejo de este tipo de pacientes.

HISTORIA

Años atrás se decía que “**La cirugía debe terminarse a pesar del estado fisiológico del paciente**” se realizaban reconstrucciones complejas en pacientes críticamente enfermos con bajas tasas de sobrevivencia lo cual creo la necesidad de pensar en otras alternativas para el manejo de este tipo de pacientes.

En 1983 Stone utiliza por primera vez el término de laparotomía abreviada donde realizaba control de la hemorragia, empaquetamiento y cierre temporal con muy buenos resultados aumentando la tasa de supervivencia.

En 1993 Rotondo fue la persona que le dio nombre a este procedimiento como **CIRUGÍA DE CONTROL DE DAÑOS**, donde describió que es una técnica quirúrgica que intenta evitar la triada de la muerte mediante un control rápido de la hemorragia y la contaminación con un cierre abdominal temporal, reanimación en la UCI y cirugía definitiva.

TRIADA DE LA MUERTE

La Hipotermia, la acidosis y la coagulopatía son una deficiencia metabólica que crean un círculo vicioso que se auto propaga, es por esto que la cirugía de control de daños tiene como **objetivo terminar el procedimiento antes de que se presente este entorno fisiológico.**



Brohi, K, et al. J Trauma, 2003.

INDICACIONES

Traumatismos toracoabdominales de alta energía, fracturas pélvicas o hematomas retroperitoneales de alta energía, lesiones hepáticas de alto grado, lesiones penetrantes duodenopancreáticas, lesiones combinadas (vascular, órgano sólido, víscera hueca).

FASES DE LA CIRUGÍA DE CONTROL DE DAÑOS

FASE 0:

Es la fase pre hospitalaria y de urgencias donde se realiza la reanimación del paciente y se realiza el traslado a cirugía, es en este momento en el que se activa código de trauma como alerta y se alista con todos los recursos necesarios para la atención de este paciente, se cuenta con protocolos diseñados y carros de abastecimiento para atender la emergencia toracoabdominal, están disponibles las 24 horas del día y ubicados en un lugar de fácil acceso, tanto en central



de esterilización como en almacén que permiten brindarle una atención rápida, segura y efectiva a el paciente.

FASE I:

Se realiza una laparotomía abreviada que no debe ser mayor a 60 minutos donde se controla la hemorragia y la contaminación.



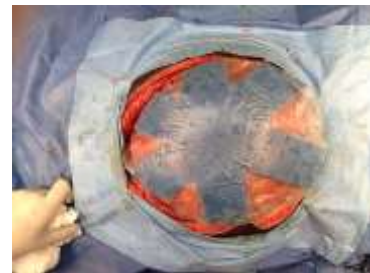
- La hemorragia se controla a través de un empaquetamiento con compresas sobre órganos sólidos.

- Lesiones vasculares en vasos de alto flujo con ligaduras simples, suturas laterales y derivaciones temporales.



- Para controlar la contaminación de vísceras huecas se realizan suturas simples, ligaduras de las lesiones multi perforadas ligando el segmento proximal y distal con hiladilla o grapadora lineal cortante.

- Las ostomías y reconstrucciones complejas se dejan para la cirugía definitiva, una vez se tenga control de la hemorragia y la contaminación.
- Se realiza cierre temporal con sistemas de cicatrización al vacío o de presión negativa.



FASE II:

Reanimación hemodinámica y fisiológica en la unidad de cuidado intensivo.

FASE III:

Relaparotomía programada, se realiza retiro del empaquetamiento y se precede a realizar la reconstrucción vascular, intestinal y cierre de la pared abdominal.

CONCLUSIONES:



- Se necesita de un centro y de un equipo multidisciplinario para el manejo del paciente politraumatizado.



- La cirugía de control de daños es una técnica que salva vidas.



- Tener definidos los roles del equipo marcan la diferencia.

