

Medicina Intensiva plantea las bases para evitar muertes por hemorragia crítica traumática

- **La hemorragia es la causa principal de hasta la mitad de las muertes por traumatismo en las primeras 24 horas y muchas son potencialmente evitables.**
- **Los intensivistas indican la necesidad de contar e implementar protocolos multidisciplinares que permitan una aproximación correcta y adecuada.**
- **Lo hicieron en las I Jornadas de esta patología, organizadas por la SEMICYUC con la colaboración de Alexion, CSL Behring, Ferrer, Innovasc, Octapharma y Werfen.**

Madrid, 26 de marzo de 2021. Tratar la hemorragia crítica traumática (HECTRA) es uno de los grandes retos en la asistencia del paciente crítico, debido a la compleja etiopatogenia de la coagulopatía que va asociada al trauma. Aunque la mortalidad por esta causa ha disminuido en la última década, existen aspectos en su manejo y en su tratamiento todavía por aclarar, incluyendo su definición, la monitorización, el control de la hemorragia o el tipo de transfusión precoz, entre otros. Arrojar luz sobre estos campos es lo que permitieron las I Jornadas de Hemorragia Crítica Traumática, organizadas por la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) con la colaboración de Alexion, CSL Behring, Ferrer, Innovasc, Octapharma y Werfen.

Hasta el **50% de las muertes en las primeras 24 horas del traumatismo son debidas a la hemorragia**. Un reciente análisis mostró que entre el **73 y el 91% de los fallecidos lo hicieron en las primeras 6 horas tras el traumatismo**, y otros estudios indican que hasta un **24 % de los fallecimientos fueron potencialmente evitables**. De ellos, nada menos que el 91% fueron debidos a hemorragia, la mayor parte de ellas en el torso, y apenas un 9% por problemas con la vía aérea o ventilación.

Los intensivistas indicaron que la gestión de la hemorragia crítica traumática es una labor multidisciplinar sobre la que se debe trabajar desde un punto de vista global. De hecho, ya se ha pasado de protocolos centrados en la conservación de la sangre y en evitar sin más que el paciente no sangrara a **nuevos modelos de gestión global alrededor del paciente que sangra**; los cuales implican a todo el sistema sanitario y no solo a las Emergencias y a las UCI.

Además, apuntaron a la mejora de la acción pre-hospitalaria como una de las causas de la disminución de la mortalidad en UCI, ya que permite que los pacientes lleguen en mejores condiciones al ingreso. Sin embargo, **siguen siendo necesarios protocolos multidisciplinares**, pues el cuidado estandarizado mejora el pronóstico y permite tratar a cada paciente de forma personalizada. Los expertos coincidieron al afirmar que **no todas las hemorragias críticas por trauma deben tratarse igual y una aproximación correcta y adecuada minimiza los malos resultados**. Además, la patología debe ser abordada sabiendo complementar las pruebas convencionales con *test* viscolásticos, para no tratar solo el sangrado, sino para ver la coagulopatía en su conjunto

También se expuso la necesidad de ir más allá de la coagulopatía asociada, atendiendo el estado de hipoperfusión y complementando el manejo **inicial del sangrado con ácido tranexámico con tratamiento de plasma con concentrado de hematíes**, si se sospecha que puede haber una

hemorragia masiva. En definitiva, que la administración de fluidos en el trauma grave deba ser considerada de la misma manera que un fármaco, estableciendo una posología, su volumen y también su desescalada.

En cuanto a las técnicas para el control de la hemorragia, los intensivistas apuntaron dos líneas de futuro: **alta tecnología de precisión y adaptación hospitalaria de técnicas que ya se usan con éxito en la medicina militar**. Así, por un lado, se explicó el REBOA, un procedimiento endovascular mínimamente invasivo que permite el control de la hemorragia y que consiste en colocar un balón de resucitación aórtico endovascular. Esta técnica procura entre 30 y 60 minutos más de tiempo hasta la realización de la hemostasia definitiva con otras medidas. Aunque existe consenso sobre los beneficios de esta técnica de cara a la situación hemodinámica del paciente con *shock* hemorrágico, su impacto final en términos de supervivencia es más controvertido.

Por otro, se abordó el uso de torniquetes y agentes hemoestáticos. Los primeros se han implantado con mayor celeridad en el medio prehospitalario, y el desarrollo de nuevos sistemas de compresión y liberación de productos hemostáticos fueron señalados en las Jornadas como el siguiente paso en este contexto. El objetivo: optimizar el aporte sanguíneo para salvar vidas.

También se puso sobre la mesa la **importancia del endotelio**, la capa que separa los tejidos de la sangre, incluyendo los vasos sanguíneos y el endocardio. Se estudió su papel fundamental en la inflamación y formación de edemas, dado que ejerce una acción esencial previniendo la fuga de leucocitos y la adhesión plaquetaria. De hecho, **asegurar la funcionalidad plaquetaria** es uno de los objetivos del control de la coagulopatía, junto a la detención de la hiperfibrinólisis (sangrado masivo), asegurar la formación del coágulo y aumentar la producción de trombina, enzima esencial en la coagulación.

Las I Jornadas de Hemorragia Crítica Traumática de la SEMICYUC destacaron por su éxito de público, con más de 800 sanitarios conectados al mismo momento en algunos momentos de las ponencias.

Acerca de SEMICYUC

La Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) fue creada en 1971 como asociación científica, multidisciplinaria y de carácter educativo. Está formada principalmente por médicos especialistas en Medicina Intensiva, con la misión de promover la mejora en la atención al paciente críticamente enfermo. En la actualidad cuenta con más de 2.600 socios. Ha creado y desarrollado en su seno diversos grupos de trabajo y proyectos de investigación, además de colaborar estrechamente con las distintas Sociedades Autonómicas, con las que comparte misión y objetivos. A lo largo de estos años, la especialidad de Medicina Intensiva ha tenido que afrontar nuevos retos y compromisos, siempre en colaboración con otras especialidades. Con vocación abierta y horizontal, y con un ámbito de actuación dentro y fuera de la UCI, pretende alcanzar la calidad y la seguridad total en la atención al paciente grave, con criterios de efectividad y eficiencia, atendiendo a las necesidades de la población para ser percibidos por ella como un servicio excelente.