

OTRAS MEDIDAS COADYUVANTES EN EL MANEJO DE LAS LESIONES EXSANGUINANTES

Pacientes hipotensos que presentaban hemoperitoneo masivo secundario a lesiones de aorta abdominal exsanguinantes, se les practicaron toracotomía y oclusión de aorta torácica, logrando salvar varios pacientes

Si la tensión arterial sistólica se mantiene en 80 mm Hg o menos, mientras el paciente está siendo preparado y administramos dos unidades de sangre, si la presión arterial sistólica asciende a 100 mm Hg, se abre el abdomen.

Si la tensión arterial sistólica del paciente se mantiene por debajo de 100 mm Hg, se realizarán toracotomía y oclusión torácica de la aorta.

Los efectos fisiológicos de la toracotomía de emergencia con oclusión de aorta torácica incluyen los siguientes:

- **Preservación y redistribución de la sangre que resta**
- **Mejoramiento en la perfusión coronaria y carotídea**
- **Reducción de las pérdidas sanguíneas subdiafragmáticas**

Incremento en el índice de trabajo del ventrículo izquierdo

- **Mejoría de la contractilidad miocárdica**

La mayor supervivencia ocurre cuando el clampaje de la aorta dura menos de 15 minutos, si el clampaje permanece más de 15 a 30 minutos la mayoría no sobrevive.

Los traumas abdominales serán transfundidos vía supradiafragmática

RAPIDEZ DE LA INFUSION

El reemplazo rápido es la llave de la supervivencia.

La reposición de cristaloides y sangre deben superar el ritmo de la pérdida

La necesidad de restituir volúmen se traba con la alta viscosidad y baja temperatura de la transfusión sanguínea

Debemos por tanto:

- 1. Lograr entregar grandes volúmenes de cristaloides y sangre sobrepasando el ritmo de las pérdidas**
- 2. Ser capaces de superar, la alta viscosidad de la sangre para aumentar su flujo, mientras se preserva la integridad de los glóbulos rojos transfundidos**
- 3. Calentar las infusiones previniendo la hipotermia y a la vez previniendo la desnaturalización de las proteínas**

Hay unidades capaces de infundir entre 1000 y 2200 mL de cristaloides tibios y 500 mL de glóbulos rojos por minuto

AUTOTRANSFUSION

Cirugía electiva vascular o cardiaca

Lesiones en corazón y en vasos abdominales y torácicos mayores

En órganos sólidos como hígado y bazo

La autotransfusión no reemplaza la sangre de banco, pero puede suplementarla

Esta contraindicada en heridas gastrointestinales acompañadas de contaminación masiva

Limitado su uso a la autotransfusión en los hemotórax (equipo Sorense)

EMPAQUETAMIENTO HEPATICO

Fue el tratamiento de elección en las lesiones hepáticas antes de la segunda guerra mundial. Durante la segunda guerra mundial se condenó su uso, en 1981 retornó su uso en el manejo de la hemorragia hepática.

Se debe usar en lesiones hepáticas con hemorragia no controladas por otro método

ANGIOEMBOLIZACION

La radiología intervencionista se desarrolló rápidamente en los años 90 el uso inmediato de la angioembolización se extrapoló a las lesiones hepáticas mayores.

Unidades médico quirúrgicas han logrado la embolización terapéutica en malformaciones vasculares cerebrales, fístulas arteriovenosas pulmonares .Las unidades pediátricas carecen de esta.

CONSIDERACIONES O MEDIDAS PRACTICAS PARA EL REEMPLAZO DE VOLUMEN

- 1. Al duplicarse el calibre del equipo de infusión el volumen de infusión se multiplica por 12**
- 2. Los equipos de infusión para politraumatizados triplican el volumen de los equipos nuestros de transfusión y estos últimos duplican el del equipo de venoclisis habitual**

3. El método de administración:

Gravedad

Bombas para transfusión de sangre

Equipo de cuff para bolsa plastica

Manual con jeringuilla de 50 mL

Los cristaloides o glóbulos rojos reconstituidos tibios se infunden el doble más rápido que la sangre total fria.

Entibiar las soluciones a la par que se perfunden a presión es el mejor método para lograr la reposición