

## **Contenido**

<b>Prefacio .....</b>	<b>XV</b>
<i>Christopher M. Grande</i>	

<b>Anestesia y terapia intensiva: concepto y fundamento de una nueva subespecialidad.....</b>	<b>1</b>
<i>Christopher M. Grande, John K. Stene, William N. Bernhard y Charles R. Barton</i>	

La atención adecuada del paciente grave requerirá un nuevo especialista en anestesia. El anestesiólogo traumatólogo, como el cardiovascular, debe conocer en detalle la situación. Debe ser experto en terapia intensiva, anestesia de alto riesgo y reanimación de emergencia. Se incluye un programa de entrenamiento en este área.

<b>Especialista en anestesia y terapia intensiva traumatológicas .....</b>	<b>15</b>
<i>Peter J. F. Baskett</i>	

Se describen las indicaciones y los prerrequisitos. Se discuten las técnicas de anestesia general y regional, y los requerimientos de oxígeno y fuente alternativas cuando no se dispone de tubos. Un nuevo dispositivo para la vía aérea podría ser útil en ciertas circunstancias. Todos deberán conocer los procedimientos apropiados en caso de urgencias.

**Mecanismos y patrones de injuria:  
claves en el tratamiento de los traumas..... 29**  
*Christopher M. Grande*

Los traumatismos se clasifican en penetrantes y no penetrantes. Las lesiones penetrantes ocurren cuando un objeto como un arma blanca o una bala desgarran los tejidos que atraviesa. La transferencia de energía determina el patrón de injuria. Los traumatismos no penetrantes actúan a través de fuerzas de aceleración (positivas o negativas) (en general en accidentes vehiculares o caídas). El tipo y la gravedad de la lesión dependen de la magnitud y la orientación de los cambios en la anatomía de la víctima.

**Control de la vía aérea: consideraciones en el paciente traumatizado..... 43**  
*Christopher M. Grande, John K. Stene y  
William N. Bernhard*

El control de la vía aérea es prioritario en la reanimación del paciente traumatizado. En los sujetos que no pueden mantener la vía aérea permeable presentando shock hemorrágico o coma, se requiere intubación endotraqueal. En la fase aguda se prefiere la vía ortotraqueal. La intubación nasotraqueal y la cricotiroidotomía de emergencia se indican en casos seleccionados. En ocasiones puede recurrirse a la vía faringotraqueal, que demanda atención especial por parte del médico receptor.

**Administración de líquidos y reanimación en el shock traumático..... 69**  
*A.H. Giesecke (h), Christopher M. Grande  
y Charles W. Whitten*

La administración de líquidos en la reanimación del paciente traumatizado en shock, debe reemplazar las pérdidas en forma adecuada. Es esencial reponer primero el volumen extracelular. Cabe considerar también la composición y la concentración de los distintos integrantes de la hemorragia. Al principio puede emplearse una solución cris-

.....taloides isotónica. El sujeto que no responde a estas infusiones debe recibir transfusiones de sangre. El uso de soluciones coloides o cristaloideas y sangre en el individuo politraumatizado es controvertido.

**Anestesia general: consideraciones en el paciente traumatizado..... 83**

*John K. Siene y Christopher M. Grande*

La anestesia general con control de la vía aérea y ventilación mecánica con frecuencia es la mejor solución en el paciente grave. Además de la ventilación, el anestesista debe ocuparse de la reanimación del shock, y evitar la depresión cardiovascular inducida por drogas. Se discuten los agentes útiles y la conducta ulterior.

**Anestesia regional: consideraciones terapéuticas en el paciente traumatizado..... 97**

*Sharad M. Desai, William N. Bernhard y Brian McAlary*

Desde los bloqueos nerviosos periféricos hasta los centrales, la anestesia regional ofrece múltiples opciones. La experiencia adquirida en las guerras y en las catástrofes confirma la eficiencia y la seguridad de las técnicas regionales. Este artículo analiza esos métodos. También se sugiere la necesidad de mejorar la selección de los procedimientos, desde la fase prehospitalaria, hasta la rehabilitación a largo plazo.

**Síndrome de dificultad respiratoria del adulto en el paciente traumatizado..... 117**

*Michael T. Snider*

El síndrome de dificultad respiratoria aguda fue descrito hace más de 20 años. Desde entonces, la ventilación mecánica es problemática en los pacientes politraumatizados. Este artículo pasa revista al cuadro clínico, las bases fisiopatológicas, los nuevos métodos bioquímicos de diagnóstico, el tratamiento farmacológico actual y las medidas modernas de apoyo vital.

**Insuficiencia renal en el paciente traumatizado..... 127***John K. Stene*

La insuficiencia renal aguda complica la reanimación del paciente traumatizado. La no oligúrica es mucho más común que la oligúrica. La tasa de mortalidad de esta última es muy elevada. La prueba diagnóstica más útil en estos casos es la depuración de creatinina. El tratamiento agresivo para prevenir la insuficiencia renal oligúrica reduce la morbimortalidad de los traumatismos.

**Sepsis en el paciente traumatizado ..... 137***Glenn P. McGuire y Ronald G. Pearl*

La sepsis es una causa importante de morbimortalidad en el paciente traumatizado. Se resumen los factores que facilitan la infección en la unidad de terapia intensiva. Se analizan las alteraciones metabólicas, el consumo de oxígeno, los cambios hemodinámicos y los mediadores del shock séptico. Se sugiere el enfoque terapéutico del shock séptico.

**Anestesia perioperatoria en el paciente pediátrico  
traumatizado..... 169***Frederic A. Berry*

Este artículo se inicia con la planificación, la estabilización y el transporte. Luego se describe la atención en el departamento de urgencias, centrada en el control de la vía aérea y el apoyo circulatorio. Se analiza la anestesia del paciente con traumatismo craneano y el descenso de la presión endocraneana por hiperventilación para reducir el CO<sub>2</sub>. Estos enfermos suelen presentar otras lesiones que podrían justificar los problemas ventilatorios y circulatorios.

**Transporte en terapia intensiva: perspectiva traumatológica..... 187**  
*Christopher M. Grande*

Se describen los problemas potenciales vinculados con el transporte en terapia intensiva. La detección y la prevención son críticas. El monitoreo y el tratamiento previos deben continuarse en el avión o la ambulancia, para obtener los mejores resultados.

**Medicina militar: anestesia y terapia intensiva  
 traumatológicas en el campo de batalla..... 209**  
*Yoel Donchin, Michael Wiener, Christopher M. Grande*  
*y Shamay Cotev*

Se presenta la función del médico militar de hoy, en particular del anestesiista. Se analizan las estrategias de la anestesia en el campo de batalla, y se introduce el concepto de la "UTI de campaña". Se discute también el equipo adecuado.

**Medicina hiperbárica: componente integral de  
 la atención traumatológica ..... 231**  
*Enrico M. Camporesi, Richard E. Moon y*  
*Christopher M. Grande*

El OHB constituye una herramienta terapéutica útil en el manejo de diversos síndromes traumáticos, y podría ser efectivo en otros casos. Como la eficacia y las limitaciones no son del todo claras, es preciso profundizar las investigaciones en este campo. En este artículo se discuten esas situaciones y las aplicaciones, y se describen los principios físicos básicos de la conducta de los gases, los fundamentos fisiológicos de la medicina hiperbárica, y el empleo general de la presión y el oxígeno, así como los problemas usuales.