



## L'HORA D'OR EN EL PACIENT POLITRAUMÀTIC

Dr. Pere Rebas Cladera.

Servei de Cirurgia General, Hospital de Sabadell. Corporació Sanitària Parc Taulí

L'hora d'or. Els 60 minuts sagrats que marquen el límit de temps en el que un pacient politraumàtic ha de rebre assistència sanitària. El concepte va ser descrit per primera vegada en els anys 60 i 70 per un cirurgià nord-americà, R Adams Cowley, i es basa en què la disminució del temps fins al tractament definitiu és clau per millorar els resultats després d'un traumatisme. En aquesta hipòtesi es recolzen tots els sistemes d'emergència mèdica i sistemes de trauma arreu del món.

Però la realitat és que hi ha molt poca evidència científica que suporti aquesta hipòtesi, per no dir-ne cap. Dos estudis de Quebec afirmen que el temps extrahospitalari està associat a major mortalitat en pacients greument ferits, però aquesta troballa no ha pogut ser replicada en estudis similars d'altres ambients. Una revisió de l'Academic Emergency Medicine al juliol de 2001 va descobrir que no hi havia cap article ni cap recolzament científic al darrera de l'afirmació dels 60 minuts.

Llavors, com s'ha arribat al concepte de l'hora d'or? Segons els deixebles del propi Cowley, hem de posar-nos en els anys 60, i veure la mortalitat del traumatisme en un moment en que no hi havia sistemes de trauma organitzats. El Dr Cowley, probablement, no va crear el concepte com una veritat científica, si no com un excel·lent missatge per dirigir als polítics i gestors de la època i que va permetre iniciar el maneig del politraumàtic tal com el coneixem avui en dia.

Quina és la realitat en el segle XXI? Doncs que probablement, aquesta famosa hora d'or no és certa, almenys en un excel·lent treball molt recent (2010) en Annals of Emergency Medicine, on sembla bastant clar que no hi ha cap relació aparent entre els intervals de temps d'assistència i la mortalitat en una cohort de 3656 traumàtics que tenien anormalitats fisiològiques en el lloc de l'accident. L'estudi no pot ser considerat definitiu degut a importants limitacions en el disseny i als possibles biaixos, però introdueix el dubte raonable dels juristes. I no només això: sembla ser que el transport més perillós és precisament l'ambulància, amb xifres d'accidentalitat als Estats Units de 9000 accidents anuals, amb 1 mort setmanal (2/3 dels quals són els ocupants dels altres vehicles) i 10 lesions diàries greus.

Llavors, hem d'abandonar el clàssic enfoc dels últims 30 anys d'un transport ràpid al millor centre possible? Alerta: no hem de passar a l'altre costat. No hem de començar ara a tractar als nostres ferits en el mateix lloc de l'accident, perquè el que està clar és que després de 30 anys d'organització de sistemes de trauma, la mortalitat en els llocs on s'ha estudiat ha millorat de manera espectacular. Els sistemes organitzats de transport i evacuació després del politraumatisme han portat a un descens del 30% de mortalitat precoç i d'un 60% de la mortalitat tardana. Els llocs dels EUA on no tenen sistemes organitzats la mortalitat prevenible és excessiva i supera als llocs amb sistemes organitzats. I a més, sembla demostrada una millor supervivència estratificada per Injury Severity Score (un score de predicció de mortalitat

en trauma) en zones amb sistemes organitzats comparat amb zones sense sistemes organitzats.

I el que és més important: Cowley, i després d'ell Styner, no només van afirmar que l'hora d'or era important. Van posar la base per la organització dels sistemes de trauma que avui en dia han demostrat ser extremadament efectius en el maneig del pacient politraumàtic. El Advanced Trauma Life Support (ATLS), possiblement el més conegut arreu del món, per bé que no l'únic, ha format a més de 1 milió de metges en més de 60 països diferents, oferint un llenguatge comú i una forma de tractar comú per tothom, i creant un sistema d'educació que evoluciona contínuament, i en el participen tots els països involucrats, amb un enfoc multidisciplinari, i amb una aproximació a través de la medicina basada en proves. Els cursos complementaris a ATLS, TEAM (Trauma Evaluation and Management for Medical Students), ATCN (Advanced Trauma Care for Nurses) i PHTLS (Pre-Hospital Trauma Life Support for pre-Hospital care providers), basats en la filosofia de ATLS, completen una manera de fer i tractar als nostres traumàtics que permet una transició suau entre els diferents sistemes sanitaris de pre-hospitalària i hospitals.

Finalment, com a conclusió, i davant de l'absència de evidència científica ferma, i les enormes dificultats que ens podem trobar en el disseny dels estudis que ens permetin obtenir-la, tant des d'un punt de vista ètic com des del punt de vista metodològic, el que cal és aplicar les mesures que sí estan contrastades a tot el món, i que sabem que són útils. Llenguatges comuns de comunicació, bases de tractament sòlides, fàcils d'ensenyar i d'aplicar i similars per tothom, intensiva formació i certificació en el tractament del pacient politraumàtic, i sobretot, el seguiment estricte dels resultats propis, amb la finalitat d'una monitorització i millora contínua. És la única manera de millorar els resultats.