**Revisión de las Directrices de EAST: Edición 1 - Verano 2023 En este número, se realiza una revisión de las siguientes Directrices de EAST publicadas en 2022:**

(desplácese hacia abajo para ver resúmenes)

Directriz 1 revisada por George Kasotakis, MD, MPH Eficacia y seguridad de los medicamentos antiinflamatorios no esteroides (AINE) para el tratamiento del dolor agudo después de un traumatismo ortopédico.

Directriz 2 revisada por Husayn Ladhani, MD Manejo del abdomen abierto: Una revisión sistemática con metaanálisis y directriz de manejo práctico de la Asociación Oriental para la Cirugía de Trauma.

Directriz 3 revisada por Abid Khan, MD Profilaxis antibiótica para la colocación de toracostomía con tubo en traumatismos: una directriz de manejo práctico de la Asociación Oriental para la Cirugía de Trauma.

Directriz 4 revisada por Matthew D. Painter, MD, FACS Manejo no quirúrgico y estrategias de analgesia para adultos mayores con múltiples fracturas de costillas: Una revisión sistemática, metaanálisis y directriz de manejo práctico de la Asociación Oriental para la Cirugía de Trauma. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eficacia y seguridad de los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) para el tratamiento del dolor agudo después de un traumatismo ortopédico Murphy PB, Kasotakis G, Haut ER, Miller A, Harvey E, Hasenboehler E, Higgins T, Hoegler J, Mir H, Cantrell S, Obremskey WT, Wally M, Attum B, Seymour R, Patel N, Ricci W, Freeman JJ, Haines KL, Yorkgitis BK, Padilla-Jones BB. Eficacia y seguridad de los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) para el tratamiento del dolor agudo después de un traumatismo ortopédico: una directriz de manejo práctico de la Asociación Oriental para la Cirugía de Trauma y la Asociación de Trauma Ortopédico. Trauma Surg Acute Care Open. 2023 21 de febrero;8(1):e001056. doi: 10.1136/tsaco-2022-001056. PMID: 36844371; PMCID: PMC9945020.

Antecedentes relevantes: Los opioides han sido tradicionalmente los analgésicos más utilizados después de un traumatismo, sin embargo, el abuso ha alcanzado proporciones epidémicas, y las muertes por sobredosis relacionadas con opiáceos se han triplicado en las últimas décadas. Los AINE se consideran cada vez más como una alternativa o complemento a la analgesia como resultado. Sin embargo, existe controversia sobre su uso en fracturas traumáticas, ya que podrían retrasar la cicatrización debido a sus propiedades antiinflamatorias. Esta directriz, desarrollada conjuntamente por EAST y la Asociación de Trauma Ortopédico, tiene como objetivo examinar la relación beneficio-riesgo del uso de AINE en traumatismos ortopédicos.

PICOs:

PICO 1: ¿Deben usarse AINE en regímenes analgésicos para pacientes adultos con fracturas traumáticas en comparación con regímenes analgésicos de rutina que no incluyen AINE para mejorar el control del dolor y reducir los equivalentes de morfina oral (EMOs), sin aumentar la incidencia de no unión y lesión renal aguda?

PICO 2: ¿Debería usarse ketorolaco en regímenes analgésicos para pacientes adultos con fracturas traumáticas en comparación con regímenes analgésicos de rutina que no incluyen ketorolaco para mejorar el control del dolor y reducir los EMO, sin aumentar la incidencia de no unión?

PICO 3: ¿Deberían usarse AINE selectivos (inhibidores de COX-2) en regímenes analgésicos para pacientes adultos con fracturas traumáticas en comparación con regímenes analgésicos de rutina que incluyen AINE no selectivos para mejorar el control del dolor y reducir los EMO, sin aumentar la incidencia de no unión?

Recomendaciones:

PICO 1: Recomendamos condicionalmente el uso de AINE en regímenes analgésicos para pacientes adultos (=18 años) con fractura traumática. (Los estudios más grandes y mejor controlados no demostraron un mayor riesgo de no unión, mientras que el control del dolor fue significativamente mejor).

PICO 2: Recomendamos condicionalmente el uso de ketorolaco en regímenes analgésicos para pacientes adultos (=18 años) con fractura traumática. (El ketorolaco se asoció con una reducción en el uso de opioides y una mejora en la analgesia, sin aumentar la no unión).

PICO 3: No podemos hacer una recomendación sobre si los inhibidores selectivos de COX-2 deben usarse en regímenes analgésicos para adultos con fracturas traumáticas, en comparación con los regímenes analgésicos de rutina que incluyen AINE no selectivos, debido a la escasez de datos.

Aplicación clínica: Según la evidencia disponible, los antiinflamatorios no esteroideos tienen un claro efecto en la reducción del uso de opioides después de fracturas traumáticas y en el control del dolor, sin afectar la función renal. Estos beneficios superan el pequeño riesgo de no unión.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gestión del abdomen abierto: Una revisión sistemática con metaanálisis y directriz de manejo práctico de la Asociación Oriental para la Cirugía de Trauma

Mahoney EJ, Bugaev N, Appelbaum R, et al. Gestión del abdomen abierto: Una revisión sistemática con metaanálisis y directriz de manejo práctico de la Asociación Oriental para la Cirugía de Trauma. J Trauma Acute Care Surg. 2022;93:e110-e118.

Antecedentes relevantes: Se han descrito muchas técnicas para el manejo del abdomen abierto (AA), incluida la terapia de presión negativa en la herida (TPNH), sistemas de tracción fascial (STF), técnicas de eliminación de edema visceral (TEEV) y técnicas reconstructivas complejas de la pared abdominal, pero la estrategia de manejo óptima ha permanecido elusiva. La anterior Directriz de Manejo Práctico (DMP) sobre el manejo del AA en 2011 no pudo hacer una recomendación debido a la heterogeneidad de las poblaciones en los estudios. Sin embargo, han surgido nuevas literaturas desde esa publicación, lo que ha hecho necesario realizar una revisión y metaanálisis sistémicos actualizados sobre las estrategias óptimas para el manejo del AA después de la laparotomía de control de daños (LCD).

PICOs:

PICO 1: En pacientes traumatizados y con cirugía general de emergencia hemodinámicamente normales con AA después de la LCD en los que se ha abordado la patología intraabdominal y se ha normalizado la fisiología, ¿debería realizarse VERT versus no intervenciones para ayudar a lograr el cierre miofascial primario, reducir la hernia ventral, reducir la dehiscencia fascial, reducir la incidencia de fístula enterocutánea/atmosférica (FEA) y reducir la mortalidad?

PICO 2: En pacientes traumatizados y con cirugía general de emergencia hemodinámicamente normales con AA después de la LCD en los que se ha abordado la patología intraabdominal y se ha normalizado la fisiología, ¿debería usarse STF versus ningún sistema de tracción para ayudar a lograr el cierre miofascial primario, reducir la hernia ventral, reducir la dehiscencia fascial, reducir la incidencia de FEA y reducir la mortalidad?

Recomendaciones:

PICO 1: Basado en el pequeño número de estudios, variaciones metodológicas que limitan la comparación directa entre pacientes y alta heterogeneidad entre los estudios, la calidad de la evidencia se consideró muy baja y NO SE PUEDE HACER RECOMENDACIÓN respecto al uso de VERT en pacientes traumatizados y con cirugía general de emergencia hemodinámicamente normales con AA después de la LCD.

PICO 2: Basado en la naturaleza retrospectiva de muchos estudios, el pequeño número de estudios y la heterogeneidad variable entre los estudios, la calidad de la evidencia se consideró muy baja y los autores pudieron RECOMENDAR CONDICIONALMENTE el uso de STF en pacientes hemodinámicamente normales con AA después de la LCD.

Aplicación clínica: Esta DMP actualizada de EAST sugiere que STF mejora la tasa de cierre miofascial primario sobre la atención de rutina sin aumentar la formación de FEA o la mortalidad. En la mayoría de los estudios incluidos, STF además de la atención de rutina se comparó con la atención de rutina sola, donde la atención de rutina generalmente era TPNH. Por lo tanto, STF podría considerarse además de TPNH en pacientes con AA después de la LCD.

Pensamientos o información adicional: Aunque este estudio sugiere el uso de STF, existen muchos sistemas diferentes. Estos incluyen tracción de sutura, el sistema ABRA, Wittmann Patch, cierre fascial parcial progresivo y tracción fascial mediada por malla. Hay un número muy pequeño de estudios que evalúan cada sistema con una heterogeneidad significativa entre los estudios, y ninguno de los estudios compara un sistema con otro. Por lo tanto, ningún sistema puede considerarse superior a otro. La elección de STF a utilizar probablemente dependa de los recursos locales y la experiencia de los cirujanos. Los autores de esta DMP no pudieron hacer una recomendación con respecto al uso de VERT. Las tres técnicas evaluadas fueron la terapia diurética, la infusión de solución salina hipertónica y la resucitación peritoneal directa. Aunque hubo evidencia insuficiente para hacer una recomendación sobre el uso de VERT además de la atención de rutina, podría haber un papel complementario para estas técnicas cuando se combinan con STF. Se necesitan futuros estudios bien diseñados que evalúen diferentes estrategias de manejo, solas o en combinación, además de la atención de rutina.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Profilaxis antibiótica para la colocación de toracostomía con tubo en traumatismos: una directriz de manejo práctico de la Asociación Oriental para la Cirugía de Trauma Freeman JJ, Asfaw SH, Vatsaas CJ, et al. Profilaxis antibiótica para la colocación de toracostomía con tubo en traumatismos: una directriz de manejo práctico de la Asociación Oriental para la Cirugía de Trauma. Trauma Surg Acute Care Open. 2022;7:e000886

Antecedentes relevantes: Aproximadamente el 60% de los pacientes traumatizados sufren traumatismo torácico y 1/3 de ellos serán diagnosticados con neumotórax y/o hemotórax, requiriendo a menudo la colocación de toracostomía con tubo (TT). Existe controversia sobre si la profilaxis antibiótica está indicada para la colocación de TT para proteger contra la contaminación de la flora cutánea. Dos directrices de manejo práctico anteriores de EAST han abordado este tema con recomendaciones conflictivas. La primera, en 2000, dio una recomendación de nivel 3 a favor del uso de antibióticos profilácticos para la colocación de TT. La actualización en 2012 no recomendó a favor ni en contra del uso rutinario de antibióticos profilácticos para la colocación de TT.

PICOs:

Población-adultos (=18 años) pacientes traumatizados que requieren TT para hemotórax traumático o neumotórax. Intervención-profilaxis antibiótica administrada en la inserción de TT. Comparador-sin antibióticos. Resultados-empiema, neumonía y mortalidad. Recomendaciones: Esta directriz da una recomendación condicional de que se debe administrar profilaxis antibiótica en el momento de la inserción de la toracostomía con tubo para reducir el empiema.

Aplicación clínica: La toracostomía con tubo es uno de los procedimientos más comunes realizados por los cirujanos traumatológicos. La administración rutinaria de antibióticos en el momento de la inserción parece reducir el riesgo de desarrollo de empiema. No se observó ningún efecto sobre la tasa de neumonía o mortalidad con la profilaxis antibiótica.

Pensamientos o información adicional: El metaanálisis realizado para esta directriz demuestra un claro beneficio de la profilaxis antibiótica para reducir el riesgo de empiema al colocar una toracostomía con tubo, mostrando la mitad del riesgo de empiema con la administración de antibióticos. Los pacientes que requieren TT por un mecanismo penetrante obtuvieron un beneficio aún más profundo, con solo el 25% de la tasa de empiema al usar antibióticos profilácticos. Esta directriz utilizó estudios publicados de 1977 a 2019 para realizar el metaanálisis. Cabe destacar que el beneficio de la administración de antibióticos pareció disminuir en los estudios más recientes. Esto sugiere que las mejoras en la técnica y el manejo pueden haber llevado a mejoras en el riesgo de empiema fuera de la administración de antibióticos.