**Guía de revisión de EAST: Edición 3 - Invierno 2023**

En esta edición, revisión de las siguientes Guías de EAST publicadas en 2023:

(desplácese hacia abajo para ver resúmenes)

Guía 1 revisada por el Dr. Abid Khan

Manejo del trauma renal en adultos: una guía de manejo práctico de la Asociación Esteña para la Cirugía del Trauma

Guía 2 revisada por la Dra. Christina Regelsberger-Alvarez

Tamizaje e intervención para la violencia de pareja íntima en centros de traumatología y departamentos de emergencia: una revisión sistemática basada en evidencia de la Asociación Esteña para la Cirugía del Trauma

Guía 3 revisada por Husayn Ladhani, MD

Duración del tratamiento antimicrobiano para infecciones intraabdominales complicadas después del control de la fuente definitiva: una revisión sistemática, metaanálisis y guía de manejo práctico de la Asociación Esteña para la Cirugía del Trauma

Guía 1:

Manejo del trauma renal en adultos: una guía de manejo práctico de la Asociación Esteña para la Cirugía del Trauma

Aziz, HA, Bugaev, N, Baltazar, G, et al. Manejo del trauma renal en adultos: una guía de manejo práctico de la Asociación Esteña para la Cirugía del Trauma. BMC Surg 23, 22 (2023)

Antecedentes relevantes:

El trauma renal es la forma más común de trauma genitourinario. Existen varias guías de múltiples sociedades, a menudo con recomendaciones conflictivas.

PICOs:

PICO 1: En pacientes adultos hemodinámicamente estables con trauma renal y evidencia de sangrado activo clínica o radiográficamente (P), ¿debería realizarse angioembolización (I) versus observación (C) para disminuir la mortalidad, nefrectomía o hemorragia retardada que necesite intervención y la necesidad de terapia de reemplazo renal a largo plazo (RRT) (O)?

PICO 2: En pacientes adultos hemodinámicamente inestables con un hematoma de zona II estable diagnosticado intraoperatoriamente (P), ¿debería realizarse exploración renal (I) versus no exploración renal (C) para disminuir la mortalidad, nefrectomía o hemorragia retardada que necesite intervención, necesidad de RRT a largo plazo y angioembolización (O)?

PICO 3: En pacientes adultos hemodinámicamente inestables que se encuentran con un hematoma de zona II en expansión que necesitan exploración (P), ¿debería realizarse nefrectomía total (I) versus cirugía conservadora renal (nefrectomía parcial o reparación primaria) (C) para disminuir la mortalidad, hemorragia retardada que necesite intervención o necesidad de RRT a largo plazo y angioembolización (O)?

PICO 4: En pacientes adultos hemodinámicamente estables con trauma renal de alto grado (AAST III-V) manejado de manera no quirúrgica (P), ¿debería realizarse una tomografía de abdomen de seguimiento rutinaria (I) versus una tomografía de abdomen basada en síntomas (C) para disminuir la hemorragia retardada que necesite intervención (O)?

Recomendaciones:

PICO 1: No se hace ninguna recomendación con respecto al uso de angioembolización versus observación en pacientes hemodinámicamente estables con signos de sangrado activo.

PICO 2: Recomendación condicional en contra de la exploración renal a favor de no exploración renal en pacientes hemodinámicamente inestables con hematoma retroperitoneal de zona II estable diagnosticado intraoperatoriamente.

PICO 3: Recomendación condicional en contra de la nefrectomía total a favor de la cirugía conservadora renal en pacientes hemodinámicamente inestables.

PICO 4: No se hizo ninguna recomendación con respecto a la tomografía de abdomen de seguimiento rutinaria versus la tomografía de abdomen basada en síntomas en pacientes hemodinámicamente estables con lesión renal de alto grado.

Aplicación clínica:

La aplicación clínica de estas pautas está limitada por la falta de evidencia de calidad disponible. No se puede hacer ninguna recomendación sobre el uso de angioembolización versus observación en pacientes estables con signos de extravasación activa u otros signos de sangrado. Del mismo modo, no se puede hacer ninguna recomendación sobre la utilidad de la tomografía de seguimiento rutinaria en el trauma renal de alto grado.

Si se descubre un hematoma de zona II retroperitoneal en la laparotomía en un paciente inestable, este hematoma debe dejarse en su lugar según las pautas. Si se realiza una exploración renal por un hematoma en expansión o sangrado activo desde defectos en la fascia de Gerota, se deben realizar intentos razonables para realizar operaciones de preservación renal.

Pensamientos o información adicionales:

Desafortunadamente, estas pautas están severamente limitadas por la falta de evidencia disponible para las preguntas PICO. No se pudo hacer ninguna recomendación para 2 de las preguntas y las 2 preguntas que llevaron a recomendaciones se basaron en evidencia muy limitada. Los autores admiten que la calidad de la evidencia para ambas recomendaciones es muy baja y que la certeza de los efectos observados en los estudios utilizados para hacer esas recomendaciones también es muy baja. Se debe tener precaución al utilizar estas pautas para tomar decisiones clínicas. Esta escasez de evidencia subraya la necesidad de estudios mejor diseñados y a mayor escala para responder a estas preguntas.

Guía 2:

Tamizaje e intervención para la violencia de pareja íntima en centros de traumatología y departamentos de emergencia: una revisión sistemática basada en evidencia de la Asociación Esteña para la Cirugía del Trauma

Teichman AL, Bonne S, Rattan R, Dultz L, Qurashi FA, Goldenberg A, Polite N, Liveris A, Freeman JJ, Colosimo C, Chang E, Choron RL, Edwards C, Arabian S, Haines KL, Joseph D, Murphy PB, Schramm AT, Jung HS, Lawson E, Fox K, Mashbari HNA, Smith RN. Tamizaje e intervención para la violencia de pareja íntima en centros de traumatología y departamentos de emergencia: una revisión sistemática basada en evidencia de la Asociación Esteña para la Cirugía del Trauma. Trauma Surg Acute Care Open. 2023 Mar 16;8(1):e001041. doi: 10.1136/tsaco-2022-001041. PMID: 36967863; PMCID: PMC10030790.

Antecedentes relevantes:

La violencia de pareja íntima (VPI) es un importante problema de salud pública que contribuye directamente a la salud mental, las lesiones físicas y la carga financiera de la atención médica. Uno de cada nueve pacientes traumatizados corre el riesgo de sufrir violencia de pareja o sexual; por lo tanto, los proveedores de traumatología y emergencia están en una posición única para ayudar en la identificación de la VPI. La identificación de víctimas y la distribución efectiva de recursos siguen siendo una barrera importante para reducir la morbilidad y la mortalidad relacionadas con la VPI.

PICOs:

PICO 1: ¿El uso de una herramienta institucional formal de detección de VPI utilizada para tamizar a las víctimas adultas de traumatismo (≥ 18 años) aumenta la identificación de las víctimas de VPI?

PICO 2: ¿Un protocolo institucional formal de intervención en VPI reduce la mortalidad y los resultados adversos relacionados con la VPI?

Recomendaciones:

Con respecto a PICO 1: Recomendamos condicionalmente la implementación de un tamizaje universal para identificar a las víctimas de VPI en pacientes adultos traumatizados y de emergencia.

Con respecto a PICO 2: No hay estudios que aborden los resultados relacionados con las intervenciones en torno a la VPI y, por lo tanto, no se puede hacer una recomendación.

Aplicación clínica:

Los médicos deben tamizar a los pacientes de emergencia y a las víctimas de traumatismos por VPI, ya que tienen la capacidad de identificar a más víctimas. Se demostró que el cuestionamiento directo capturaba el mayor número de víctimas. Las entrevistas con posibles víctimas deben realizarse cuando el paciente está solo y no en presencia de un posible abusador. Los médicos deben recordar que muchas víctimas de VPI no se presentan a la sala de emergencias por lesiones y, por lo tanto, se debe realizar un tamizaje en todos los pacientes independientemente de la presentación o queja.

Pensamientos o información adicionales:

El campo de la violencia de pareja íntima necesita más investigación sobre los métodos de intervención en VPI, la oportunidad de la identificación y los efectos generales del tamizaje en la morbilidad y mortalidad. Si bien todas las poblaciones corren riesgo, la literatura informa que las personas LGBTQ+ pueden verse desproporcionadamente afectadas y, por lo tanto, hay una necesidad de investigación continua en este dominio específico. La comunidad de traumatología tiene una oportunidad única de afectar positivamente la vida de aquellos que sufren de VPI y es nuestro deber ayudar en la identificación de estas personas.

Guía 3:

Duración del tratamiento antimicrobiano para infecciones intraabdominales complicadas después del control de la fuente definitiva: una revisión sistemática, metaanálisis y guía de manejo práctico de la Asociación Esteña para la Cirugía del Trauma

Ra JH, Rattan R, Patel NJ, Bhattacharya B, Butts CA, Gupta S, Asfaw SH, Como JJ, Sahr SM, Bugaev N. Duración del tratamiento antimicrobiano para infecciones intraabdominales complicadas después del control de la fuente definitiva: una revisión sistemática, metaanálisis y guía de manejo práctico de la Asociación Esteña para la Cirugía del Trauma. J Trauma Acute Care Surg. 2023 Oct 1;95(4):603-612. doi: 10.1097/TA.0000000000003998. Epub 2023 Jun 15. PMID: 37316989.

Antecedentes relevantes:

El tratamiento antimicrobiano es un aspecto importante del manejo clínico de las infecciones intraabdominales complicadas (IIAC), pero la duración del tratamiento antimicrobiano después del control de la fuente definitiva (CFD) ha sido bastante variable entre los proveedores a lo largo de los años. Más recientemente, los estudios que investigan los resultados asociados con la duración del tratamiento antibiótico para IIAC han sugerido un curso más corto de antibióticos después del CFD. Este grupo PMG de EAST tuvo como objetivo incorporar esta nueva evidencia de estudios recientes y hacer recomendaciones clínicas utilizando la metodología GRADE.

PICOs:

En pacientes adultos con IIAC que han sido sometidos a CFD, ¿debería usarse un tratamiento antibiótico de corta duración versus larga para reducir el riesgo de infecciones del sitio quirúrgico, intervenciones radiológicas o quirúrgicas no planificadas, duración de la estancia hospitalaria, readmisiones y mortalidad?

Recomendaciones:

En adultos con IIAC que han sido sometidos a CFD, los autores de esta PMG recomiendan una duración corta (4 días) versus larga (8 días) del tratamiento antibiótico.

Aplicación clínica:

Esta PMG de EAST recomienda un corto período de terapia antibiótica después del CFD de una IIAC. Esto se basó en el efecto no inferior de un curso corto versus largo de antibióticos, teniendo en cuenta el menor riesgo de complicaciones relacionadas con los antibióticos junto con un costo reducido. El agente antibiótico exacto debe considerarse de acuerdo con la patología quirúrgica, las características individuales del paciente y los protocolos institucionales locales.

Pensamientos o información adicionales:

La mayoría de los estudios incluidos en este metaanálisis fueron observacionales, y 6 de cada 16 estudios solo examinaron el tratamiento de la apendicitis. Se necesitan más estudios de alta calidad que investiguen específicamente la duración del tratamiento en infecciones intraabdominales fúngicas o infecciones con patógenos resistentes, y en pacientes inmunocomprometidos o con comorbilidades.