

ATLS: 25 años de experiencia

Hasta el año 1980 la atención inicial a los pacientes politraumatizados no se hacía de un modo sistematizado, ni en todos los países, ni en todos los hospitales. Fue el Dr. Steiner, un cirujano ortopédico, el primero en darse cuenta de este hecho. Tras el accidente que tuvo con su avioneta en febrero de 1976, mientras viajaba con su mujer y sus 4 hijos, comprobó la mala atención que había recibido toda su familia, tanto en el lugar del accidente como en las urgencias de los diferentes hospitales adonde se les trasladó.

El Dr. Steiner junto a un grupo de médicos del estado de Nebraska (Estados Unidos) y otra serie de instituciones del mismo estado identificaron la falta de formación de los médicos en la atención inicial al paciente politraumatizado e instauraron un programa educativo que constituyó el primer curso de ATLS (Advanced Trauma Life Support) para médicos en 1978. Dos años después, el Comité de Traumatología del Colegio Americano de Cirujanos lo incorporó a su programa de formación.

El propósito original del curso era entrenar a médicos que no atendían a pacientes politraumatizados de forma continua, pero después se ha demostrado que es el método ideal de evaluación y tratamiento inicial de estos pacientes, tanto en hospitales rurales o comarcales, como en los centros de traumatología más modernos y sofisticados.

La premisa del curso es que la atención, con un cuidado sistematizado y en tiempo adecuado, puede significar un mejor pronóstico del paciente politraumatizado. El curso se aleja del concepto clásico de la medicina en el que para estudiar una enfermedad es imprescindible una buena historia clínica con antecedentes personales y familiares, una extensa exploración y una serie de pruebas complementarias que nos ayuden a realizar un diagnóstico exacto de la enfermedad e instaurar su tratamiento. En ATLS el concepto es más simple, se trata primero la lesión que pone en peligro la vida del paciente. El segundo concepto es que el hecho de no tener un diagnóstico definitivo no debe impedir aplicar un tratamiento adecuado (p. ej., nosotros sabemos que el paciente tiene un hemoperitoneo y que tenemos que operarlo porque está inestable, nos da igual que la causa sea una rotura de bazo o del hígado).

La consecuencia de todo ello fue el abordaje ABCDE (A: *airway with cervical spine control*, vía aérea con control de la columna cervical; B: *breathing*, respiración; C:

circulation with hemorrhage control, circulación y control de la hemorragia; D: *disability*, deterioro neurológico, y E: *exposure and prevention of hypothermia*, exposición del paciente y prevención de la hipotermia), es decir la evaluación y el tratamiento por prioridades de una forma sencilla y fácil de recordar, aun en situaciones de estrés o ansiedad propias del momento.

Desde que en el año 1980 el Colegio Americano de Cirujanos impartiera el primer curso, numerosos países se han ido incorporando a este formato educativo. En la actualidad participan 44 países y más de 400.000 médicos en todo el mundo han recibido esta formación. Además, este programa proporciona un lenguaje común para todos los que atienden al paciente politraumatizado. El curso ofrece un esquema sólido para la evaluación, tratamiento, educación y control de calidad, en suma, un sistema de atención al paciente politraumatizado que tiene como característica ser coherente, medible y reproducible, ya que se imparte de igual modo en todos los países (horario, diapositivas, exámenes, etc.).

Fue la Asociación Española de Cirujanos quien tomó la iniciativa de impartir el curso en España. El primer curso básico y de instructores se celebró en Salamanca en diciembre del año 2000. Desde entonces se han celebrado 41 cursos más en Salamanca, Bilbao, Las Palmas, Barcelona, Valencia y Madrid. Hasta el momento 556 alumnos de muchas especialidades han asistido al curso: cirujanos generales, cirujanos pediátricos, médicos de urgencias, intensivistas, cirujanos torácicos, anestesiólogos, médicos de práctica extrahospitalaria, traumatólogos, cirujanos maxilofaciales y neurocirujanos. Además se han celebrado 4 cursos de instructores de 9 alumnos cada uno.

La razón fundamental del éxito mundial del curso ATLS ha sido el método educativo empleado, que fue pionero en la década de los ochenta. Se basa en la entrega del manual un mes antes del curso, lo que posibilita que las clases se puedan dar de forma interactiva, ya que todos los alumnos han estudiado el manual previamente, además de tener un gran contenido práctico (estaciones de prácticas de habilidad en maniqués y estaciones de habilidad quirúrgica con animales de experimentación) y ofrecer la posibilidad de trabajar con pacientes simulados (actores maquillados y previamente entrenados para simular lesiones traumáticas).

Este método educativo ha sido utilizado en otros cursos y, por lo tanto, no es tan novedoso como al principio.

En este sentido se han realizado 2 reuniones de los directores de todos los países europeos para pedir cambios a los directores americanos, para que se disminuya el contenido teórico, se realicen clases donde sólo se enseñe qué hay que hacer y qué no hay que hacer, y así se pueda aumentar las clases prácticas y hacer más casos con pacientes simulados. De este modo queremos conseguir que el ATLS continúe siendo el programa líder en la atención inicial al paciente politraumatizado.

Lo más importante no es impartir muchos cursos, sino mantener su calidad y saber si es útil o no, es decir, poder evaluar la efectividad del método docente y su impacto en la atención de estos pacientes. Podríamos pensar que las cosas se están haciendo bien a causa de la lista de espera de 2,5 años que hay en la actualidad, de las encuestas de satisfacción de los alumnos donde se califica al curso con una media de 2,9 sobre 3 o de los resultados de los exámenes donde sólo suspenden un 4% del alumnado.

Pero la mejor forma de evaluar el curso sería demostrar que después de él se ha cambiado la conducta y la forma de actuar frente al paciente politraumatizado, y como resultado ha disminuido la mortalidad, sobre todo en las muertes prevenibles, y la morbilidad, las incapacidades temporales o permanentes.

En España todavía no hay ningún estudio de este tipo, pero la experiencia en otros países¹ y en centros de traumatología americanos sí que ha demostrado que la implementación y la extensión de los cursos de ATLS han contribuido a una mejor atención de los pacientes traumatizados en los momentos iniciales. Ali et al² demostraron que el programa ATLS mejoraba los resultados de los pacientes politraumatizados. La mortalidad después del ATLS disminuyó del 68 al 34%. También los holandeses han demostrado, mediante filmaciones de vídeo en la sala de atención al politraumatizado, que después del ATLS los pacientes recibían un tratamiento mejor y más sistematizado de sus lesiones³. Davis et al⁴, que trabajan en un centro de traumatología de alta complejidad, encontraron en el 53% de los pacientes errores en la resucitación, entre los cuales el más común era la evaluación del abdomen, y este autor destaca la importancia de trabajar con el método ATLS. En una encuesta realizada en Escocia a los estudiantes del curso, unos meses después de haberlo terminado, se demuestra que el 97% de los alumnos trata mejor a los pacientes después del curso⁵.

Por otro lado, además de la formación hace falta experiencia, es decir, atender a un volumen de pacientes ele-

vado para que los conocimientos adquiridos durante éste no se pierdan con rapidez, como demuestra también Ali et al⁶ en otro trabajo. En ese sentido, la idea de que en España debería centralizarse la atención de estos pacientes sólo en algunos hospitales continúa siendo útil.

Un problema del curso en algunos países son las sociedades protectoras de animales, por lo que se ha comenzado a utilizar maniqués para realizar las técnicas quirúrgicas, lo que encarece el curso. Otros de los peligros en el futuro puede ser el envejecimiento de los instructores, que puede hacer que conviertan el curso en una rutina y se pierda la ilusión del principio. Por último, sería útil promulgar el curso en países menos desarrollados, para lo cual es imprescindible disminuir los costes del curso inicial.

El curso va dirigido a cualquier médico encargado de la atención inicial al paciente politraumatizado, por lo que médicos de muchas especialidades acuden al curso. Lo que sí es muy importante es que seamos los cirujanos y la Asociación Española de Cirugía, en colaboración con otros especialistas, los que lideremos la formación de todos estos médicos, y en un futuro debería ser obligatorio para todos los que trabajen en departamentos de urgencias, tanto intra como extrahospitalarias. En este sentido, hay que destacar la iniciativa de la Comisión Nacional de la Especialidad de Cirugía General que ha incluido el ATLS como curso obligatorio para todos los R4 de nuestra especialidad.

José María Jover

Curso ATLS. Hospital Universitario de Getafe. Madrid. España.

Bibliografía

1. Kennedy DWG, Gentleman D. The ATLS course, a survey of 228 ATLS providers. *Emerg Med J*. 2001;18:55-8.
2. Ali JA, Adam R, Butler AK, et al. Trauma outcome improves following the Advanced Trauma Life Support program in a developing country. *J Trauma*. 1993;34:890-9.
3. Van Olden DJ, Dik J, Bolhuis HW, Boxma H, Goris RJA. Advanced Trauma Life Support study: quality of diagnostic and therapeutic procedures. *J Trauma*. 2004;57:381-4.
4. Davis J, Hoyt D, Mc Ardle M, et al. An analysis of errors causing morbidity and mortality in a trauma system: a guide for quality improvement. *J Trauma*. 1992;32:660-4.
5. Kennedy DWG, Gentleman D. The ATLS course, a survey of 228 ATLS providers. *Emerg Med J*. 2001;18:55-8.
6. Ali JA, Mary H, Ivan WJ. Do factors other than trauma volume affect attrition of ATLS acquired skills? *J Trauma*. 2003;54:835-41.