

DOI: <https://doi.org/10.52428/20756208.v18i45.1039>

Carta al editor

Letter to editor

 Eduardo Saadi Neto¹  Sofia S. Aliss Sabath²

Palabras clave: Emergencias, paciente traumatizado, vía aérea.

Keywords: Airway, emergencies, trauma patient.

Sr. Editor:

El conocimiento sobre cómo manejar a un paciente traumatizado se vuelve un requisito obligatorio para todo el personal de salud que trabaja en un servicio de emergencias. Un ejemplo de esto, es que este tipo de evento es la principal causa de muerte en adultos jóvenes en los Estados Unidos, representando el 10 % de todas las muertes (1). La mayoría de estas muertes ocurren en el lugar del accidente o en las primeras 4 horas después de acudir a una sala de emergencias (2). Las lesiones presentadas pueden variar en relación directa con el mecanismo del trauma.

En el momento de ingreso del paciente, se debe realizar la evaluación primaria, que se lleva a cabo mediante las siglas ABCDE (3):

- Airway (Vía aérea): Evaluación y protección de la vía aérea junto con la estabilización de la columna cervical.
- Breathing (Respiración): Evaluación de la mecánica ventilatoria.
- Circulation (Circulación): Control de hemorragias y perfusión orgánica.
- Disability (Incapacidad): Examen neurológico.
- Exposure (Exposición): Exposición del paciente, seguido de cuidados contra la hipotermia.

Cada uno de estos puntos presenta hallazgos que pueden suponer un riesgo para la vida, y se realizará el tratamiento inmediato de los mismos (por ejemplo, obstrucción de la vía aérea, neumotórax a tensión).

A. Es importante destacar la protección de la vía aérea, por lo que se recomienda realizar la secuencia de intubación de rápida. Esta técnica implica la preoxigenación del paciente, seguido del uso de un fármaco de inducción (Propofol, ketamina, etomidato) y de un relajante neuromuscular (succinilcolina, rocuronio). El uso de esta técnica ha demostrado un 90% de éxito en el primer intento (4). También se sugiere utilizar la técnica del 3-3-2 para valorar rápidamente la vía aérea.

B. Valorar la mecánica ventilatoria y la oxigenación del paciente a través del oxímetro de pulso, buscar la presencia de lesiones en la pared costal, alteración o ausencia de los ruidos respiratorios a la auscultación; en caso de un neumotórax, se realizará la descompresión mediante toracostomía con aguja en el quinto espacio intercostal a la altura de la línea media axilar (5). En presencia de un paciente inestable debido a hemotórax, se opta por el uso de un tubo de tórax (Francés), Nro. 24 al 28 (3).

C. La hemorragia se presenta como la principal causa de muerte prevenible en pacientes traumatizados, llevándolos al estado de shock, ya que no presenta signos claros hasta una pérdida del 30 % del volumen (6). Por lo

Filiación y grado académico
 1. Interno de medicina de la Universidad Privada del Valle. esaadineto@gmail.com.
 2. Estudiante de 5to año de medicina de la Universidad Privada del Valle. ass2019223@est.univalle.edu.

Fuentes de financiamiento
 Aca unicamente debe de ir: La investigación fue realizada con recursos propios.

Conflictos de interés
 Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Recibido:07/10/2023
Revisado:07/10/2023
Aceptado:07/12/2023

Citar como
 RSaadi Neto, E., & Aliss Sabath , S. S. Manejo inicial del paciente traumatizado en emergencias. Revista De Investigación E Información En Salud, 19(45). <https://doi.org/10.52428/20756208.v18i45.923>

Correspondencia
 Eduardo Saadi Neto
 Cochabamba, Bolivia.
 +591 76948801
esaadineto@gmail.com

tanto, se podrían utilizar el índice de shock (frecuencia cardíaca/presión sistólica), con un valor normal de 0,5 a 0.7; un resultado de 0.9 presenta un aumento de la mortalidad (7). Se recomienda la colocación de dos vías periféricas de gran calibre para el uso de productos sanguíneos, soluciones y un catéter urinario para el control de la perfusión. Para recuperar el volumen perdido se recomienda la transfusión sanguínea (3). En relación al uso de soluciones, inicialmente se usarán isotónicas como ringer lactato; en caso de patologías específicas, se podría cambiar a soluciones hipertónicas en pacientes con traumatismo craneoencefálico (8). Además, se sugiere el uso de ácido tranexámico dentro de las tres primeras horas, lo cual muestra una disminución en la mortalidad (9).

D. El examen neurológico puede ser realizado a través de la escala de coma de glasgow, que toma en cuenta la respuesta ocular, verbal y motora; la escala de FOUR, que engloba la respuesta ocular, motora, reflejos troncales y respiración; o la escala AVDN en el ambiente de emergencias, que significa si el paciente está Alerta, Verbal, si siente y localiza el Dolor y si No responde. Posteriormente, se pueden determinar lesiones morfológicas a través de estudios de imagen.

E. La exposición de un paciente es importante debido a las lesiones que se podrían omitir al estar en áreas no visibles. Posteriormente, es necesario el calentamiento del paciente, ya que la hipotermia puede contribuir a la aparición de complicaciones sistémicas, como las coagulopatías (10).

No se debe olvidar la importancia de los estudios complementarios, como la radiografía portátil, la ecografía-FAST, que presenta una mayor sensibilidad para detectar neumotórax en comparación con la radiografía; 48,8 % vs 20,9 % (11). Además, la tomografía computarizada, electrocardiograma y laboratorios como el lactato sérico y el déficit de bases en la gasometría que se correlacionan con la mortalidad (12).

Después de la evaluación primaria, se determinará si el paciente requiere una intervención quirúrgica de emergencia o se procederá a la evaluación secundaria, que consiste en una revisión detallada por sistemas y el uso de exámenes complementarios si es necesario. Con esta pequeña lectura creemos que se pueden realizar mas estudios locales para reflejar la importancia de la misma y preparar a mas estudiantes o profesionales en la atención de pacientes críticos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mattox KL, Ernest Eugene Moore, Feliciano DV. Trauma. New York: Mcgraw-Hill Medical; 2008. <https://accesssurgery.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2057§ionid=156210710>.
2. Demetriades D, Murray J, Charalambides K, Alo K, Velmahos G, Rhee P, et al. Trauma fatalities. Journal of the American College of Surgeons. 2004 Jan;198(1):20–6. DOI: [10.1016/j.jamcollsurg.2003.09.003](https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2003.09.003)
3. American College Of Surgeons. Advanced trauma life support : student course manual. 10th ed. Chicago, Il: American College Of Surgeons; 2018. https://pubhtml5.com/oxsy/uctd/ATLS_10th_Edition_Student_Manual/
4. Sagarin MJ, Barton ED, Chng YM, Walls RM. Airway Management by US and Canadian Emergency Medicine Residents: A Multicenter Analysis of More Than 6,000 Endotracheal Intubation Attempts. Annals of Emergency Medicine. 2005 Oct;46(4):328–36. DOI: [10.1016/j.annemergmed.2005.01.009](https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2005.01.009)
5. Aho JM, Thiels CA, El Khatib MM, Ubl DS, Laan DV, Berns KS, et al. Needle thoracostomy. Journal of Trauma and Acute Care Surgery [Internet]. 2016 Feb;80(2):272–7. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1097%2FTA.0000000000000889>
6. Kirkpatrick AW, Ball CG, D'Amours SK, Zygun D. Acute resuscitation of the unstable adult trauma patient: bedside diagnosis and therapy. Can J Surg. 2008 Feb;51(1):57-69. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18248707/>
7. Cannon CM, Braxton CC, Kling-Smith M, Mahnken JD, Carlton E, Moncure M. Utility of the Shock Index in Predicting Mortality in Traumatically Injured Patients. The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care. 2009 Dec;67(6):1426–30. DOI: [10.1097/TA.0b013e3181bbf728](https://doi.org/10.1097/TA.0b013e3181bbf728)
8. Boone M, Oren-Grinberg A, Robinson T, Chen C, Kasper E. Mannitol or hypertonic saline in the setting of traumatic brain injury: What have we learned? Surgical Neurology International. 2015;6(1):177. DOI: [10.4103/2152-7806.170248](https://doi.org/10.4103/2152-7806.170248)
9. The CRASH-3 trial collaborators. Effects of tranexamic acid on death, disability, vascular occlusive events and other morbidities in patients with acute traumatic brain injury (CRASH-3): a randomised, placebo-controlled trial. The Lancet [Internet]. 2019 Oct;394(10210). Disponible en: DOI: [10.1016/S0140-6736\(19\)32233-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32233-0)
10. Hess JR, Brohi K, Dutton RP, Hauser CJ, Holcomb JB, Kluger Y, et al. The Coagulopathy of Trauma: A Review of Mechanisms. The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care. 2008 Oct;65(4):748–54. DOI: [10.1097/TA.0b013e3181877a9c](https://doi.org/10.1097/TA.0b013e3181877a9c)
11. Kirkpatrick AW, Sirois M, Laupland KB, Liu D, Rowan K, Ball CG, et al. Hand-Held Thoracic Sonography for Detecting Post-Traumatic Pneumothoraces: The Extended Focused Assessment With Sonography For Trauma (EFAST). The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care. 2004 Aug;57(2):288–95. DOI: [10.1097/01.ta.0000133565.88871.e4](https://doi.org/10.1097/01.ta.0000133565.88871.e4)
12. Husain FA, Martin MJ, Mullenix PS, Steele SR, Elliott DC. Serum lactate and base deficit as predictors of mortality and morbidity. The American Journal of Surgery. 2003 May;185(5):485–91. DOI: [10.1016/s0002-9610\(03\)00044-8](https://doi.org/10.1016/s0002-9610(03)00044-8)