

INDUCCIÓN DE SECUENCIA RÁPIDA EN UN SOLDADO POLITRAUMATIZADO EN COMBATE

Gómez García, J.; Fernández Vaquero, M.A.; Pérez Cabello, J.M.; Muñoz de la Fuente, A.; Aragón Romero, A.J.

Sº Anestesiología y Reanimación Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla

INDUCCIÓN DE SECUENCIA RÁPIDA (ISR)

1. PREPARAR el material

- Ludina (Afganistán), junio de 2012. ASPFOR XXX.
- En la COP recibimos a un soldado del ejército afgano herido por IED (explosivo improvisado).
- Presenta fractura de húmero, TCE con alteración del nivel de conciencia y quemaduras de 2º-3º grado en la cara.

Ante la alteración del nivel de conciencia y la gravedad de las lesiones se decide IET mediante **INDUCCIÓN DE SECUENCIA RÁPIDA (ISR)**

- AMBÚ conectado a O2
- Guedel o cánula nasofaríngea
- Laringoscopio
- Tubo endotraqueal nº 7.
- Fiador para el TET.
- Pinzas Magill
- Jeringa para hinchar manguito
- Gasa o esparadrapo para fijar el tubo
- Sistema de aspiración.



2. PREOXIGENAR

- O2 al 100% durante 3-5 minutos
- Con el paciente respirando a volumen corriente

3. Maniobra de SELICK

- Presión sobre cartílago cricoides.
- El objetivo es comprimir el esófago entre el cricoides y las vértebras cervicales.
- La presión ejercida debe ser tolerada por el paciente despierto.
- Se presiona desde que se inicia la premedicación hasta que el paciente está intubado.



cartílago tiroides

cartílago cricoides

4. Premedicación: FENTANILO (1-2 mcg/kg)

Controla el dolor e inhibe los reflejos laríngeos durante la laringoscopia

5. Inducción: PROPOFOL (2,5 mg/kg)

- Sólo en pacientes hemodinámicamente estables
- Si el paciente está hemodinámicamente inestable: **ETOMIDATO (0,3 mg/kg)**

6. Bloqueo neuromuscular: SUCCINILCOLINA (1,5 mg/kg)

- Si no se dispone de nevera : **VECURONIO (0,1 mg/kg)**
- Inconveniente: vida media larga → si existe vía aérea difícil, no hay posibilidad de revertir a ventilación espontánea

7. INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

Tubo nº 7 o 7,5 para un adulto



- Todo paciente en combate debe considerarse un "estómago lleno"
- La maniobra de ISR está indicada en pacientes con sospecha de estómago lleno.
- Su objetivo es disminuir el riesgo de aspiración de contenido gástrico durante la intubación endotraqueal (IET)



El paciente fue trasladado en helicóptero al ROLE 2 intubado y hemodinámicamente estable.

*ASPFOR XXX. BRILEG. CE 4: Cte. Gómez, Alf. Goñi, Sol. Condes.

- Lloréns Herreras J. Inducción anestésica de secuencia rápida. Rev. Esp. Anestesiología y Reanimación. 2003; 50: 87-96.
- Miller et al. Anestesia en traumatología. Miller Anestesia. 6ª ed. 2005; Cap 63: 2461-88.
- Canabal A. et al. Manejo de la vía aérea y ventilación. Manual de soporte vital avanzado en trauma. 2ª ed. 2007; cap 5: 79-91.