

Evaluación primaria ABCDE del paciente traumático

Autor: EA4IPV

Fecha: 23/03/2026

Categoría: Primeros Auxilios

Etiquetas: Sin etiquetas

Evaluación primaria ABCDE del paciente traumático

La evaluación primaria ABCDE es el estándar internacional para la valoración inicial de todo paciente traumático. Desarrollada dentro del marco ATLS (Advanced Trauma Life Support) del American College of Surgeons, esta secuencia sistemática permite identificar y tratar las amenazas vitales en orden de prioridad. La premisa fundamental es tratar cada problema potencialmente mortal en cuanto se identifica, antes de pasar al siguiente paso. Este protocolo es utilizado por servicios de emergencia de todo el mundo y su dominio es esencial para cualquier persona que pueda enfrentarse a la atención de un traumatismo grave.

Seguridad de la escena y primera impresión

Antes de iniciar el ABCDE, se debe garantizar la seguridad de la escena. El acrónimo PAS (Proteger-Avisar-Socorrer) establece la secuencia: primero proteger la escena y al rescatador (señalizar, usar guantes, evaluar peligros como tráfico, fuego, electricidad, sustancias químicas, agresores activos), después avisar a los servicios de emergencia (112 en Europa, 911 en América) proporcionando localización exacta, número de víctimas y mecanismo lesional, y finalmente socorrer.

La primera impresión (o "impresión general") se forma en los primeros 3-5 segundos: ¿el paciente está consciente, habla, respira con dificultad, sangra activamente? Esta impresión global orienta la urgencia y prioriza las intervenciones.

Mecanismo lesional: Evaluar qué ha ocurrido: caída (¿desde qué altura?), accidente de tráfico (¿velocidad estimada, uso de cinturón, airbag desplegado?), agresión (¿tipo de arma?). El mecanismo lesional predice patrones de lesión y ayuda a anticipar lesiones ocultas.

Cinemática del trauma: En impactos frontales de vehículo, sospechar lesión cervical, fractura de fémur, rotura de aorta. En caídas de más de 3 metros (o el doble de la altura del paciente en niños), asumir lesión espinal hasta demostrar lo contrario. En heridas penetrantes, el trayecto del objeto determina los órganos en riesgo.

A — Airway (Vía aérea con control cervical)

El primer paso es asegurar la permeabilidad de la vía aérea mientras se mantiene la inmovilización de la columna cervical. Todo paciente traumático se considera portador de lesión cervical hasta que se demuestre lo contrario mediante criterios clínicos o imagen.

Si el paciente habla con claridad: La vía aérea está permeable. Aun así, mantener vigilancia y estabilización cervical manual (MILS: Manual In-Line Stabilization). Un paciente que habla ahora puede deteriorarse en

minutos.

Apertura de vía aérea en trauma: Utilizar la maniobra de tracción mandibular (jaw thrust) manteniendo la cabeza en posición neutra, en lugar de la hiperextensión cervical que podría empeorar una lesión espinal. Colocar las manos a ambos lados de la cabeza, los dedos en los ángulos mandibulares, y empujar la mandíbula hacia delante.

Inspección de la boca: Buscar y retirar cuerpos extraños visibles: dientes sueltos, coágulos, vómito, chicle, prótesis dentales desplazadas. Aspirar secreciones si se dispone de aspirador. No hacer barrido digital a ciegas en pacientes inconscientes.

Cánula orofaríngea (Guedel): Solo en pacientes inconscientes sin reflejo nauseoso. Medir desde la comisura labial hasta el lóbulo de la oreja. Insertar con la concavidad hacia el paladar y rotar 180° al llegar al paladar blando (en adultos). En niños, insertar directamente con la concavidad hacia abajo usando un depresor lingual.

Collarín cervical: Colocar collarín rígido de tamaño adecuado (medir desde la base del cuello hasta el ángulo mandibular). Si no se dispone de collarín, mantener estabilización manual continua. El collarín solo limita el 60-70% del movimiento cervical; no es sustituto de la inmovilización manual.

B – Breathing (Ventilación y oxigenación)

Una vía aérea permeable no garantiza una ventilación adecuada. El paso B evalúa si el paciente ventila eficazmente ambos pulmones y si existe alguna patología torácica que comprometa la respiración.

La evaluación se realiza con la secuencia VER-OÍR-SENTIR: ver los movimientos torácicos (¿simétricos? ¿frecuencia? ¿profundidad? ¿uso de musculatura accesoria?), oír los sonidos respiratorios (¿murmullo vesicular bilateral? ¿ausencia unilateral? ¿estridor? ¿sibilancias?), y sentir el aire espirado y la pared torácica (¿crepitación subcutánea? ¿segmento inestable?).

Neumotórax a tensión: Emergencia inmediata. Se produce cuando el aire entra en la cavidad pleural sin poder salir (mecanismo valvular). Signos: ausencia de murmullo vesicular unilateral, distensión venosa yugular, desviación traqueal contralateral, hipotensión, taquicardia. Tratamiento prehospitalario: descompresión con aguja en el 2º espacio intercostal línea medioclavicular (aguja de gran calibre, 14G) o 5º espacio intercostal línea axilar anterior.

Neumotórax abierto: Herida torácica que comunica con el exterior ("herida soplante"). Se escucha burbujeo con cada respiración. Tratamiento: sellar con un parche de tres lados (apósito oclusivo fijado por tres bordes, dejando un borde libre que actúa como válvula unidireccional). Si se dispone de parche comercial (Halo Chest Seal, Asherman), aplicarlo directamente.

Tórax inestable (volet costal): Dos o más costillas fracturadas en dos puntos cada una crean un segmento libre que se mueve paradójicamente con la respiración (se hunde en inspiración). Tratamiento: analgesia (el dolor limita la ventilación), posición semisentada, y vigilancia estrecha. No inmovilizar el segmento con cinta (empeora la ventilación).

Hemotórax masivo: Acumulación de más de 1.500 ml de sangre en la cavidad pleural. Signos: matidez a la percusión, ausencia de murmullo vesicular, hipotensión, taquicardia. En prehospitalaria, poco se puede hacer salvo mantener vía aérea, posición adecuada y evacuación urgente.

Frecuencia respiratoria: Normal en adultos: 12-20 rpm. Taquipnea (>20): dolor, ansiedad, hipoxia, shock. Bradipnea (

C – Circulation (Circulación y control de hemorragias)

El paso C busca identificar y controlar hemorragias externas y detectar signos de shock hipovolémico (por pérdida de sangre). En trauma, la causa más frecuente de shock es la hemorragia. El protocolo MARCH (Massive hemorrhage, Airway, Respiration, Circulation, Hypothermia) utilizado en entornos tácticos prioriza incluso el control de hemorragias masivas antes que la vía aérea.

Control de hemorragias externas: Secuencia escalonada: 1) Presión directa con apósito sobre la herida durante mínimo 3 minutos sin levantar. 2) Si no cede, vendaje compresivo. 3) Si no cede y es hemorragia en extremidad, torniquete proximal al sangrado. Anotar la hora de colocación del torniquete en la frente del paciente o en el propio torniquete.

Evaluación del shock: Palpar pulso radial: si está presente, la TAS es >80 mmHg aproximadamente. Si solo hay pulso femoral, TAS 60-80 mmHg. Si solo hay pulso carotídeo, TAS 100 lpm), piel fría y pálida, relleno capilar >2 segundos, alteración del nivel de consciencia, oliguria.

Clasificación del shock hemorrágico: Clase I (2.000 ml): riesgo vital inminente, obnubilación, hipotensión grave.

Torniquetes: Indicados en hemorragias masivas de extremidades no controlables con presión directa. Colocar lo más alto posible en la extremidad (lo más proximal). Apretar hasta que cese el sangrado. El torniquete duele: un torniquete que no duele probablemente no está suficientemente apretado. Modelos recomendados: CAT (Combat Application Tourniquet) o SOFTT-W.

Hemorragias en uniones (junctional): Las hemorragias en cuello, axila e ingle no son tributarias de torniquete convencional. Requieren empaquetamiento de la herida (wound packing): introducir gasa hemostática directamente en la herida, compactando firmemente capa por capa hasta llenar la cavidad, y mantener presión directa durante 3-5 minutos.

D – Disability (Evaluación neurológica)

El paso D evalúa el estado neurológico del paciente para detectar lesiones cerebrales traumáticas, lesiones medulares u otras causas de alteración del nivel de consciencia.

Escala AVDN: Evaluación rápida del nivel de consciencia: A (Alerta: el paciente está despierto, orientado y responde espontáneamente), V (responde a estímulos Verbales: abre los ojos o responde al hablarle), D (responde al Dolor: solo reacciona ante estímulos dolorosos como presión en el lecho ungueal o pellizco del trapecio), N (No responde: ausencia de respuesta a cualquier estímulo).

Escala de Glasgow (GCS): Más precisa que AVDN. Evalúa tres componentes: Apertura ocular (4: espontánea, 3: a la voz, 2: al dolor, 1: nula), Respuesta verbal (5: orientada, 4: confusa, 3: palabras inapropiadas, 2: sonidos incomprensibles, 1: nula), Respuesta motora (6: obedece órdenes, 5: localiza dolor, 4: retira al dolor, 3: flexión anormal, 2: extensión, 1: nula). Puntuación 15: normal. ≤ 8 : coma, requiere protección de vía aérea.

Pupilas: Evaluar tamaño, simetría y reactividad a la luz. Pupilas iguales y reactivas: normal. Anisocoria (una pupila dilatada): sospecha de herniación cerebral ipsilateral (emergencia neuroquirúrgica). Pupilas puntiformes bilaterales: intoxicación por opiáceos. Midriasis bilateral arreactiva: mal pronóstico, posible muerte cerebral.

Glucemia: La hipoglucemia puede simular cualquier patología neurológica. Si se dispone de glucómetro, medir la glucemia capilar. Si es Lateralización: Buscar déficits neurológicos focales: debilidad o parálisis de un lado del cuerpo (hemiparesia/hemiplejía), desviación de la comisura labial, dificultad para hablar. Estos signos sugieren ictus o lesión cerebral focal y requieren evacuación urgente.

E — Exposure (Exposición y control ambiental)

El paso E consiste en desvestir completamente al paciente para buscar lesiones ocultas, manteniendo al mismo tiempo la protección térmica. Muchas lesiones graves (heridas en espalda, periné, axilas, pliegues cutáneos) pasan desapercibidas si no se realiza una exploración completa.

Exposición completa: Cortar la ropa con tijeras de punta roma si es necesario (no mover al paciente para desvestirlo). Inspeccionar frente, espalda (log roll con inmovilización cervical), axilas, periné, pliegues cutáneos, cuero cabelludo. Buscar heridas, deformidades, hematomas, quemaduras, erupciones.

Prevención de hipotermia: La hipotermia es parte de la "tríada letal del trauma" (hipotermia + acidosis + coagulopatía). Cubrir al paciente inmediatamente después de la exploración con mantas, mantas térmicas aluminizadas (manta de emergencia), sacos de dormir o la propia ropa del rescatador. Aislar del suelo (la conducción al suelo es la mayor fuente de pérdida calórica).

Documentar hallazgos: Anotar o comunicar: hora del evento, mecanismo lesional, constantes vitales (pulso, frecuencia respiratoria, Glasgow), lesiones encontradas, tratamientos aplicados, alergias y medicación del paciente (si se puede averiguar). Esta información es crucial para el equipo que reciba al paciente en el hospital.

Reevaluación continua: El ABCDE no es una evaluación única: se repite cada 5-10 minutos (o tras cualquier cambio en el estado del paciente). Un paciente estable puede descompensarse rápidamente por una hemorragia interna progresiva, un neumotórax que evoluciona a tensión, o un hematoma cerebral expansivo.

⚠ Advertencia: Esta información es orientativa y educativa. En situaciones de emergencia real, consulte a profesionales cualificados siempre que sea posible. No ponga en riesgo su vida ni la de otros sin la formación adecuada.