Descargado el: 17-11-2026 ISSN 2221-2434

Carta al editor

Gasometría en emergencia: una necesidad imperiosa

Emergency Blood Gas Test: an Imperative

Julio César López Arística[1]

[1] Policlínico Universitario Aracelio Rodríguez Castellón, Cumanayagua, Cienfuegos, Cuba, CP: 57600

Cómo citar este artículo:
López-Arística J. Gasometría en emergencia: una necesidad imperiosa. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2012 [citado 2026 Nov 17]; 2(4):[aprox. 1 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/146

Recibido: 2012-11-12 08:28:58
Aprobado: 2012-11-13 11:47:59

Correspondencia: Julio César López Arística. Policlínico Universitario Aracelio Rodríguez Castellón. Cumanayagua. Cienfuegos. ci@polcmy.cfg.sld.cu

Estimado Director:

Me dirijo a Ud. para abordar un tema relacionado con los servicios de emergencias prestados por las salas de terapia intensiva municipales creadas aproximadamente hace 9 años en todo el país. Es de suma importancia saber que las principales patologías que se abordan en nuestros servicios emergentes se relacionan con las enfermedades cardiovasculares, neurológicas, atención al trauma prehospitalario, sepsis e intoxicaciones exógenas, cada una de ellas con un protocolo y guías terapéuticas a cumplir.[1]

Ahora nuestro principal problema está dado en el déficit de gasómetros para la realización de gasometrías tanto arteriales como venosas y además de ionogramas para el seguimiento de los pacientes en las primeras 6 horas de ingresados en nuestro Servicio. En el año 2011 en nuestra sala de intensiva del municipio de Cumanayagua provincia de Cienfuegos, se atendieron en atención al paciente grave 407 pacientes, de los cuales clasificaron como código rojo: 323 pacientes para un 79,36 %, presentaron afectación de la vía aérea, la respiración y la circulación: 285 pacientes para un 70,2 %, con un promedio de estadía en sala de 3,18 horas desde su atención en apoyo vital hasta su traslado a la Atención Secundaria. Las principales patologías que se presentaron fueron: los accidentes vasculares encefálicos (AVE) con 85 pacientes, los infartos agudos del miocardio (IMA) con 31 pacientes, estados convulsivos con 28 pacientes y los pacientes politraumatizados con 20 pacientes. Se ventilaron 33 pacientes que representó 11,3 % del total de pacientes recibidos y clasificados como de código rojo en nuestra sala.[a]

Si realizamos un breve análisis desde el punto de vista médico intensivo, todos estos pacientes requieren seguimiento gasométrico al inicio de su atención y hasta cuatro horas, como parte del seguimiento clínico de emergencia para lograr una buena estabilización y un traslado seguro del paciente a nivel secundario. En estos momentos tenemos dificultades con el transporte sanitario especializado por lo que se ha hecho más demorada la estancia en nuestras unidades intensivas municipales, por lo que entendemos que es de suma importancia la atención a este problema tan urgente.[2,3]
Como menciona en su artículo el profesor Calixto Machado: “Todo diagnóstico médico enfrenta una posibilidad de error. Pero cuando se atiende a un paciente crítico con habilidades, destreza, sentido común y medios complementarios para su seguimiento en sus primeras 6 horas en la Atención Primaria emergente también podemos mejorar el pronóstico y evitar una mortalidad temprana en la Atención Secundaria”.[4]

---

[a]Departamento de estadística. Registro de

movimiento hospitalario en cuidados intensivos. Cumanayagua:Policlínico Universitario Aracelio Rodríguez Castellón;2011.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez Reyes O, Rodríguez Carballosa OB, Malberty Giro J. Índice de oxigenación arterial en pacientes con sepsis respiratoria ventilados. MEDISAN. 2010;14(2):1-8

2. Flores A, Sargento Freitas J, Pagola J, Rodríguez Luna D, Piñeiro S, Maisterra O, et al. Arterial Blood Gas Analysis of Samples Directly Obtained Beyond Cerebral Arterial Occlusion During Endovascular Procedures Predicts Clinical Outcome. J Neuroimaging. 2011;

3. Limehouse WE, Ramana Feeser V, Bookman KJ, Derse A. A model for emergency department end-of-life communications after acute devastating events-part I: decision-making capacity, surrogates, and advance directives. Acad Emerg Med. 2012;19(9):E1068-E72

4. Machado C. Cerebral processing in the minimally conscious state. Neurology. 2005;65(6):973-4