



DOI: <https://doi.org/10.23857/dc.v9i1>

Ciencias de la Salud
Artículo de Investigación

Atención inicial del paciente politraumatizado

Initial care of the polytraumatized patient

Atendimento inicial ao paciente politraumatizado

Daniela Anabel Campaña Solís ^I

danicamsol@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0002-4589-0310>

Carla Aracely Arteaga Chilibingua ^{II}

carly_aracely@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0002-1254-3507>

Paola Yessenia Jordán Chávez ^{III}

paolajn0@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0007-8111-8121>

Edith Estefanía Paredes Navas ^{IV}

stefywuerita15@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0008-7643-9921>

Jenny del Rocío Molina Salas ^V

jenilu@hotmail.es

<https://orcid.org/0009-0007-9402-2284>

Correspondencia: danicamsol@hotmail.com

***Recibido:** 29 de abril de 2023 ***Aceptado:** 12 de mayo de 2023 * **Publicado:** 21 de junio de 2023

- I. Médica, Investigador Independiente, Ambato, Ecuador.
- II. Médica, Investigador Independiente, Ambato, Ecuador.
- III. Médica, Investigador independiente, Ambato, Ecuador.
- IV. Médica, Investigador independiente, Ambato, Ecuador.
- V. Licenciada en Ciencias de la Enfermería, Especialista en Gerencia y Planificación Estratégica de Salud, Magíster en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local, Investigador independiente, Ambato, Ecuador.

Atención inicial del paciente politraumatizado

Resumen

El paciente que acude a una entidad sanitaria con antecedente de haber sufrido traumas múltiples, esta es considerada la principal causa de muerte a nivel mundial sobre todo en menores de 40 años, en Ecuador en el último corte realizado por el instituto nacional de estadísticas y censos (INEC) se menciona que la cantidad de casos de víctimas politraumatizadas posterior a algún tipo de siniestro asciende a 10.075 víctimas de las cuales 90% de las mismas sufrieron lesiones traumáticas múltiples y el 10% de estas víctimas fallecieron, esta cifra se encuentra en ascenso año con año, en la mayoría de casos el tipo de trauma es contundente donde se evidencian mecanismos lesivos relacionados a accidentes de tránsito como caídas.

Palabras Claves: Politrauma; Manejo inicial politrauma; Paciente politraumatizado; Lesiones traumáticas; Pronóstico post-trauma; Shock hipovolémico; Hemorragia; Exámenes de imagen trauma.

Abstract

The patient who goes to a health entity with a history of having suffered multiple traumas, this is considered the main cause of death worldwide, especially in people under 40 years of age, in Ecuador in the last cut made by the national institute of statistics and censuses. (INEC) it is mentioned that the number of cases of polytraumatized victims after some type of accident amounts to 10,075 victims of which 90% of them suffered multiple traumatic injuries and 10% of these victims died, this figure is on the rise year after year, in most cases the type of trauma is blunt where injurious mechanisms related to traffic accidents such as falls are evident.

Keywords: Polytrauma; Initial management polytrauma; Polytraumatized patient; traumatic injuries; Post-trauma prognosis; hypovolemic shock; Hemorrhage; Trauma imaging exams.

Resumo

O paciente que vai a uma entidade de saúde com histórico de traumas múltiplos, é considerada a principal causa de morte no mundo, principalmente em pessoas com menos de 40 anos, no Equador no último corte feito pelo instituto nacional de estatísticas e (INEC) refere-se que o número de casos de vítimas politraumatizadas após algum tipo de acidente ascende a 10.075 vítimas das quais 90% delas sofreram lesões traumáticas múltiplas e 10% dessas vítimas faleceram, este número está a

Atención inicial del paciente politraumatizado

aumentar año a año, en la mayoría de los casos, el tipo de trauma es contuso, donde los mecanismos lesivos relacionados a accidentes de tránsito, como caídas, son evidentes.

Palabras-clave: Politrauma; Manejo inicial politraumatizado; Paciente politraumatizado; lesiones traumáticas; Pronóstico post-trauma; choque hipovolémico; Hemorragia; Exámenes de imagen de trauma.

Objetivo

- Definir el manejo inicial adecuado y multidisciplinario del paciente politraumatizado.

Objetivos específicos

- Conocer, reconocer y predecir las posibles complicaciones que pudiesen presentarse en el paciente politraumatizado.
- Realizar un manejo ordenado, sistemático, prudente, y eficaz del paciente politraumatizado
- Dictaminar y valorar la situación de forma adecuada, e instaurar al equipo sanitario con mayor experiencia para manejar multidisciplinariamente al paciente politraumatizado.

Introducción

El paciente que acude a una entidad sanitaria con antecedente de haber sufrido traumas múltiples, esta es considerada la principal causa de muerte a nivel mundial sobre todo en menores de 40 años, en Ecuador en el último corte realizado por el instituto nacional de estadísticas y censos (INEC) se menciona que la cantidad de casos de víctimas politraumatizadas posterior a algún tipo de siniestro asciende a 10.075 víctimas de las cuales 90% de las mismas sufrieron lesiones traumáticas múltiples y el 10% de estas víctimas fallecieron.(1)

Los principios de atención en el paciente politraumatizado han seguido evolucionando con los avances tecnológicos. Sin embargo el manejo según la ATLS sigue siendo el Gold estándar de manejo en este tipo de pacientes, es bien conocido que la hemorragia se ha mantenido como una de las causas primarias de morbilidad y mortalidad en trauma agudo, motivo por el cual han surgido estrategias que se pueden aplicar antes de la instalación médica como son medidas prehospitalarias que pueden ser exovasculares que sugieren el uso de dispositivos y maniobras para tratar el torso usando compresión sobre todo en regiones no susceptibles a los torniquetes tradicionales, dichos dispositivos incluyen la oclusión de la aorta con balón endovascular de resucitación (REBOA), que ha llevado a

Atención inicial del paciente politraumatizado

mejoras dramáticas en la presión arterial sistólica, aunque no sin sus propias complicaciones. (2–4) Aunque las nuevas opciones de tratamiento han continuado emergiendo, también lo han hecho los conceptos sobre los plazos óptimos para la intervención. Si la atención anterior se ha centrado en la puntuación de gravedad de la lesión (ISS) como un marcador para determinar el momento de la intervención, el consenso actual sostiene que los retrasos innecesarios en el cuidado del paciente deben evitarse a toda costa, respetando la compleja fisiología de ciertos grupos de pacientes que pueden seguir teniendo un mayor riesgo de complicaciones. (2–5)

Al tratar a pacientes lesionados, los médicos deberán evaluar rápidamente las lesiones e instituir una terapia para preservar la vida. Teniendo en cuenta que el tiempo es crucial, un enfoque sistemático que puede ser rápido y preciso debe ser aplicado. Este enfoque, denominado “evaluación inicial”, incluye los siguientes elementos: (2,3,5,6)

- Preparación
- Triage
- Encuesta primaria donde se valorarán: las vías respiratorias la respiración la circulación, la discapacidad, y la exposición/control ambiental (ABCDE) con inmediata reanimación de pacientes con lesiones que amenazan la vida,
- Complementos de la revisión primaria y reanimación
- Consideración de la necesidad de traslado del paciente
- Encuesta secundaria (evaluación de pies a cabeza e historia del paciente)
- Anexos a la encuesta secundaria
- Monitoreo continuo posterior a la reanimación y reevaluación
- Atención definitiva

Etiología

De las innumerables formas en que las personas se lesionan, la mayoría se puede clasificar como contundente o penetrante. Traumatismo cerrado implica un impacto contundente (p. ej., golpe, patada, golpe con un objeto, caída, accidente automovilístico, explosión).

La lesión penetrante implica la ruptura de la piel por un objeto (p. ej., cuchillo, vidrio roto) o proyectil (p. ej. Bala, metralla de una explosión).

Atención inicial del paciente politraumatizado

Otros tipos de lesiones incluyen quemaduras térmicas y químicas, inhalaciones o ingestiones tóxicas.(3,7-9)

Fisiopatología

Todas las lesiones, por definición, causan daño tisular directo, cuya naturaleza y extensión dependen del sitio anatómico, mecanismo e intensidad del trauma. Daño tisular directo grave a órganos críticos (p. ej., al corazón, cerebro, médula espinal) que son responsables de la mayoría de las muertes por trauma inmediato. Además, los pacientes que sobreviven a la agresión inicial pueden desarrollar lesiones indirectas posteriores a corto plazo, como. la ruptura de los vasos sanguíneos que causaran hemorragia, misma que puede ser externa (y por lo tanto visible) o interna, ya sea confinado dentro de un órgano como una contusión o hematoma, o como hemorragia libre en un compartimiento del cuerpo (p. ej., cavidad peritoneal, tórax). Pequeñas cantidades de hemorragia (es decir, < 10% del volumen sanguíneo) son bien tolerados por la mayoría de los pacientes. Cantidades mayores causan progresiva disminución de la presión arterial y la perfusión de los órganos (choque), lo que lleva a la disfunción celular, insuficiencia orgánica, y finalmente la muerte. El shock hemorrágico y la lesión cerebral causan la mayoría de las muertes a corto plazo (es decir, en cuestión de horas) y la insuficiencia multiorgánica debido a un shock prolongado provoca muchas de las muertes en los primeros 14 días.(2,3,10,11)

Otras muertes a corto plazo son el resultado de una infección debido a la interrupción de la actividad normal de barreras anatómicas y disfunción del sistema inmunológico.(10)

Evaluación y tratamiento

La evaluación primaria que consta de: A, B, C, D, E evaluación y estabilización de las vías respiratorias, respiración, circulación, discapacidad (estado neurológico) y exposición/control ambiental son fundamentales seguido del examen secundario que consiste en el examen de la cabeza a los pies después de la estabilización inicial.(3,10)

Es necesario el uso selectivo de TC y otros estudios de imagen, para valorar lesiones internas que puedan complicar el manejo del paciente.(3,10)

La atención en el departamento de emergencias en lugar de la atención de emergencia brindada en el lugar del accidente es discutida aquí. La evaluación y el tratamiento se realizan simultáneamente,

Atención inicial del paciente politraumatizado

comenzando con sistemas que plantean la amenaza más inmediata para la vida, el atender lesiones dramáticas, pero no mortales como: heridas abiertas, fractura de extremidad inferior, amputaciones de dedos) en lugar de evaluar las amenazas inmediatas para la vida puede ser un error fatal. Una mnemotecnia útil es el conocido A, B, C, D, E, que ya se mencionó anteriormente, dichas siglas corresponden a vías respiratorias la respiración la circulación, la discapacidad, y la exposición/control ambiental. Los sistemas se examinan rápidamente en busca de anomalías graves, dentro de la encuesta primaria; se realiza un examen más detallado, el examen secundario se realiza después de que el paciente está estable.(3,10,12)

Vía aérea

La permeabilidad de las vías respiratorias se ve amenazada por coágulos de sangre, dientes o cuerpos extraños en la orofaringe; laxitud de los tejidos blandos y retracción posterior de la lengua causada por obnubilación (p. ej., debido a una lesión en la cabeza, shock, intoxicación); y edema o hematoma por traumatismo cervical directo. Estas obstrucciones son fácilmente visibles en la inspección directa de la boca o cuello; hacer que el paciente hable puede confirmar rápidamente que él no es probable que la vía aérea esté en peligro inmediato.(3,10,13)

La sangre y el material extraño se eliminan por succión o manualmente. Pacientes obnubilados cuya vía aérea su permeabilidad, los mecanismos de protección de las vías respiratorias, la oxigenación o la ventilación están en duda y los pacientes con lesión orofaríngea significativa requiere intubación endotraqueal; por lo general, se administran medicamentos para inducir inconsciencia y parálisis antes de realizar la intubación. Hay varias herramientas disponibles para ayudar con el manejo de las vías respiratorias, incluidos dispositivos extra glóticos como laringoscopios que son más fáciles de encontrar, sobre todo en centros de primer nivel, video laringoscopios encontrados sobre todo en hospitales, entre otros. que pueden ser de utilidad al momento de la colocación de tubo endotraqueal.(5,10,14)

Si los pacientes requieren una vía aérea artificial y la intubación endotraqueal no es posible (p. ej., debido a edema de las vías respiratorias causada por una quemadura térmica) o contraindicada (p. ej., debido a una lesión maxilofacial grave), está indicada la cricotiroidotomía quirúrgica o percutánea.(8,9)

Atención inicial del paciente politraumatizado

NOTA: Al evaluar o manipular las vías respiratorias del paciente, se debe mantener la inmovilización de la columna cervical (p. ej., con collar rígido, en línea técnicas de inmovilización) hasta que se haya descartado una lesión de la columna cervical mediante un examen, imágenes o ambos.(10)

Respiración

La ventilación adecuada se ve amenazada por la disminución del impulso respiratorio central (generalmente debido a una lesión en la cabeza, intoxicación, o shock casi fatal) o por lesión torácica (p. ej., hemotórax o neumotórax, múltiples costillas fracturas, contusión pulmonar).(3,10,15–17)

Se expone completamente la pared torácica para buscar una amplia expansión de la pared torácica, signos externos de trauma y movimiento paradójico de la pared (es decir, retracción de la pared torácica durante la inspiración), lo que indica un tórax inestable.(10,11,18,19)

Se palpa la pared torácica en busca de fracturas costales y la presencia de aire subcutáneo (a veces el único hallazgo en neumotórax). La adecuación del intercambio de aire suele ser evidente en la auscultación. El neumotórax a tensión, el neumotórax simple o el hemotórax pueden causar una disminución de los ruidos respiratorios en el lado afectado, se debe tener en cuenta de que el neumotórax también puede causar distensión de las venas del cuello; hipotensión y desviación de la tráquea hacia el lado opuesto a la lesión, sin embargo, estos son hallazgos posteriores.(10,11,18,19)

El neumotórax se descomprime con un tubo torácico, en pacientes con hallazgos compatibles con un neumotórax, se debe realizar una radiografía de tórax o una ecografía de cabecera antes de iniciar la ventilación con presión positiva. (10,11,18,19)

La ventilación con presión positiva puede agrandar un simple neumotórax o convertirlo en un neumotórax a tensión. La sospecha de neumotórax a tensión puede ser descomprimido con toracotomía digital (inserción de un dedo en el espacio pleural) o aguja para toracotomía (p. ej., una aguja de calibre 14 insertada en la línea medio axilar, quinto espacio intercostal) para estabilizar al paciente si no se puede insertar un tubo torácico inmediatamente.(10,11,18,19)

La ventilación inadecuada se trata con intubación endotraqueal y ventilación mecánica. Un neumotórax abierto se cubre con un vendaje oclusivo adherido en 3 lados; el cuarto lado se deja sin cinta para liberar la presión que podría acumularse y causar un neumotórax a tensión.(10,11,18,19)

Atención inicial del paciente politraumatizado

Circulación

Puede ocurrir una hemorragia externa significativa de cualquier vaso principal, pero siempre es evidente, la hemorragia interna que amenaza la vida a menudo es menos obvia, sin embargo, este volumen de hemorragia puede ocurrir solo en unos pocos compartimentos del cuerpo: el tórax, el abdomen, el retroperitoneo y los tejidos blandos de la pelvis o muslo (p. ej., por una fractura pélvica o femoral).(10,20,21)

Se evalúan el pulso y la presión arterial, y se observan signos de shock (p. ej., taquipnea, cianosis periférica o central, diaforesis, estado mental alterado, llenado capilar deficiente). El dolor abdominal, la distensión abdominal, la pelvis inestable, y la deformidad del muslo a menudo están presentes cuando la hemorragia interna es lo suficientemente grande como para poner en peligro la vida.(8–10) La hemorragia externa se controla con presión directa, se deben aplicar torniquetes para el sangrado presente en las extremidades, si el sangrado no se controla con presión directa. Se deberá colocar 2 vías de gran calibre (p. ej., calibre 14 o 16) con solución salina al 0,9% o solución de lactato de Ringer; en infusión rápida de 1 L (20 mL/kg en niños) cuando se evidencian signos de shock e hipovolemia, Posteriormente, se instaurara la administración temprana de componentes sanguíneos donde debe considerarse la terapia conjuntamente con la medición de gases en sangre arterial (y el cálculo del exceso de base) puede ayudar a indicar la gravedad de la hipoperfusión tisular y el shock y, por lo tanto, ayudar a guiar la terapia de fluidos. Se han desarrollado protocolos para pacientes que requieren grandes volúmenes de sangre. (protocolos de transfusión masiva), incluida la evaluación de la coagulación con tromboelastografía o tromboelastografía rotacional (donde esté disponible) y administración temprana de ácido tranexámico para control de la hemorragia.(2,3,8–10,13,15,22)

Cuando existe una fuerte sospecha clínica de hemorragia intraabdominal grave, los pacientes pueden requerir laparotomía inmediata. La colocación de un balón de reanimación para la oclusión de la aorta puede ayudar a estabilizar al paciente antes de la cirugía. Los pacientes con hemorragia intratorácica masiva pueden requerir toracotomía inmediata y posiblemente autotransfusión de sangre recuperada mediante toracotomía con sonda.(6,10)

Atención inicial del paciente politraumatizado

Discapacidad (disfunción neurológica)

La función neurológica se evalúa en busca de déficits graves donde se ve involucrado el cerebro y la médula espinal, la valoración de la escala de coma de Glasgow y reflejo pupilar con respuesta a la luz se utilizan para evaluar el nivel de conciencia y gravedad de la lesión intracraneal.(3,6,10)

El movimiento motor grueso y la sensación en cada extremidad se utilizan para detectar lesiones graves de la médula espinal. (3,6,10)

Se palpa la columna cervical en busca de sensibilidad y deformidad, se estabiliza con un collar rígido hasta que se descarte una lesión de la columna cervical. (3,6,10)

Con una cuidadosa estabilización manual de la cabeza y el cuello, el paciente se gira hacia un lado para permitir:(3,6,10)

- Palpación de la columna torácica y lumbar (inspección de la espalda)
- Examen rectal: está indicado para verificar el tono (el tono disminuido indica posible lesión de la médula espinal)
- Permite valorar la próstata (una próstata elevada sugiere lesión uretral o pélvica), y la presencia de sangre

Los pacientes con lesión cerebral traumática grave pueden requerir intubación endotraqueal para protección de la vía aérea. Es necesario realizar imágenes cerebrales, y realizar una evaluación neuroquirúrgica acompañado de terapia para prevenir lesiones cerebrales secundarias (p. ej., optimización de la presión arterial y la oxigenación, profilaxis de convulsiones, tratamiento de niveles elevados de presión intracraneal, a veces hiperventilación transitoria para pacientes con signos de hernia cerebral inminente).(3,6,10)

Exposition/control ambiental

Para asegurarse de que no se pasen por alto las lesiones, se desviste completamente a los pacientes (cortándoles la ropa) y se examina toda la superficie del cuerpo en busca de signos de trauma oculto. El paciente se mantiene caliente (p. ej., con mantas térmicas y mediante el uso de líquidos intravenosos calientes) para prevenir la hipotermia.(3,10)

Atención inicial del paciente politraumatizado

Valoración secundaria

Una vez que se evalúan las amenazas inmediatas para la vida y el paciente está estable, se realiza una evaluación más exhaustiva del hecho, y se obtiene una historia enfocada.

Si solo es posible una conversación limitada, una historia "AMPLIA" cubre información esencial como son: (3,10,22)

- Alergias
- Medicamentos
- Historia médica pasada
- Última comida
- Eventos de la lesión

Después de que el paciente está completamente desnudo, el examen generalmente se realiza de la cabeza a los pies; y generalmente se incluyen todos los orificios y una mirada más detallada a las áreas examinadas que en la inspección inicial. Todo de forma pausada y enfocada.(3,10,22)

Se inspeccionan los tejidos en busca de lesiones e inflamación, se palpan todos los huesos en busca de sensibilidad y el rango del movimiento, se evalúa en las articulaciones (a menos que haya una fractura o deformidad evidentes).(3,10,22)

Por lo general, se coloca un catéter urinario en pacientes gravemente heridos y obnubilados, siempre que no haya evidencia de lesión uretral (p. ej., sangre en el meato, equimosis del perineo).(3,10,22)

A los pacientes con lesiones graves a menudo también se les coloca una sonda orogástrica a menos que este intubado. Las heridas abiertas se cubren con apósitos estériles, pero la limpieza y la reparación se posponen hasta la finalización de la evaluación y el tratamiento de lesiones más graves. (3,10,22)

Las dislocaciones con deformidad marcada o compromiso neurovascular se visualizan y reducen tan pronto como sea posible, luego de que se han abordado las amenazas inmediatas a la vida.(3,4,10,22)

Las fracturas obvias o sospechadas se entablillan en espera de una evaluación completa de las lesiones graves y estudios de imagen adecuados. Una fractura pélvica inestable clínicamente aparente se estabiliza con un vendaje pélvico comercial o sábana para ayudar a cerrar el espacio pélvico y disminuir el sangrado; severo, sin embargo, el sangrado puede requerir embolización angiográfica urgente, fijación o control quirúrgicos directo.(3,4,10,19,22)

Atención inicial del paciente politraumatizado

En pacientes traumatizadas embarazadas, la prioridad inicial es la estabilización de la mujer, que es la mejor manera para asegurar la estabilidad fetal, a corto plazo, la inmovilización en posición supina puede hacer que la unidad uterofetoplacentaria pueda comprimir la vena cava inferior, obstruyendo el retorno de la sangre y causando hipotensión. Si es así, el útero se puede empujar manualmente hacia la izquierda de la paciente o se puede empujar todo el tablero e inclinarlo hacia la izquierda para aliviar la compresión. Se realiza monitoreo fetal si el feto tiene >20 semanas de gestación y continuó durante al menos 4 a 6 horas. Un obstetra debe ser consultado temprano para pacientes con trauma grave o signos de complicaciones del embarazo (p. ej., frecuencia cardíaca fetal anormal, sangrado vaginal, contracciones). se administra inmunoglobulina anti-D a todas las mujeres Rh negativas traumatizadas e incluso posterior a traumatismos menores. Si la mujer tiene un paro cardíaco y no puede ser reanimada, una cesárea perimortem se puede realizar si el feto tiene más de 20 semanas de gestación (lo que corresponde a un fondo uterino por arriba de la altura del ombligo). (3,4,10,19,22)

Exámenes

Las pruebas de imagen y de laboratorio complementan la evaluación clínica en pacientes con trauma penetrante típicamente se observan lesiones focales que pueden limitar la proyección de imagen a la región o regiones obviamente involucradas, sobre todo en traumas con mecanismos de desaceleración significativa (por ejemplo, caída grave, accidente automovilístico), que puede afectar cualquier parte del cuerpo, y las imágenes se usan con más liberalidad. Previamente, las radiografías o tomografías computarizadas del cuello, el tórax y la pelvis se realizaron de forma rutinaria en la mayoría de los pacientes con trauma cerrado. Sin embargo, la mayoría de los centros de trauma ahora están haciendo solo estudios de imágenes que están indicados por el mecanismo de la lesión y hallazgos en el examen. (3,10,17)

Las imágenes de la columna cervical se pueden diferir en pacientes que no están intoxicados, no tienen hallazgos neurológicos, no presentan sensibilidad en la línea media de la columna cervical o lesiones que distraigan (p. ej., fractura de fémur) y están despiertos y alertas. Todos los demás deben tener imágenes de la columna cervical, preferiblemente usando TAC. (3,10,17)

La radiografía de tórax puede identificar la interrupción de las vías respiratorias, la lesión pulmonar, el hemotórax y el neumotórax; también puede sugerir desgarros de la aorta torácica (p. ej., por

Atención inicial del paciente politraumatizado

ensanchamiento del mediastino). Sin embargo, la TC de tórax es más sensible para la mayoría de las lesiones intratorácicas y, a menudo, se prefiere.(3,4,10,17)

Las imágenes de tórax ahora se realizan comúnmente junto a la cama del paciente usando ultrasonografía E-FAST (evaluación enfocada extendida con ecografía en trauma), particularmente si los pacientes están inestables. Los neumotórax, hemotórax y hemo pericardio pueden ser identificado con este método.(4,10,17)

Cuando existe un paciente politraumatizado se sugiere el uso de TAC, combinado con otros estudios de imagen para valorar tórax, abdomen, pelvis, columna, y cabeza.(4,10,17)

Perlas a tener en cuenta

- **Atender lesiones dramáticas y omitir lesiones mortales (p. ej., fractura abierta de la extremidad inferior, dedos amputados) antes de evaluar y tratar las amenazas inmediatas a la vida pueden ser un error fatal.**
- **Los signos de shock hipovolémico en pacientes con traumatismo craneoencefálico aparentemente aislado deben impulsar la evaluación de hemorragia interna, porque el traumatismo craneoencefálico aislado no causa shock hipovolémico.**

Discusión

Un paciente politraumatizado abarca un sinnúmero de posibilidades, siempre dependiente de la cinemática que causo la agresión, la forma de actuar frente a cada situación dependerá especialmente del tiempo, del inicio del manejo, y la experiencia del equipo, un manejo optimo disminuye sustancialmente el porcentaje de morbimortalidad del paciente, un manejo tardío compromete la vida de este.

Conclusiones

- El manejo inicial sugerido por el ATLS sigue siendo el Gold estándar de manejo en el paciente politraumatizado, donde se valoran diferentes parámetros de modo que se abarca completamente al paciente, disminuyendo significativamente la omisión de alguna lesión que pudiese complicar la vida de este.

Atención inicial del paciente politraumatizado

- Las complicaciones de cada paciente están directamente relacionadas con la historia clínica del mismo y la narración de la cinemática de modo que con este conocimiento, se podrá predecir las posibles lesiones y curso del estado del paciente, permitiendo actuar a tiempo, disminuyendo la morbimortalidad de este.
- Teniendo en cuenta las pautas establecidas por la ATLS permite al equipo sanitario reaccionar ordenadamente, disminuyendo el riesgo de complicaciones.

El Triage, valoración y tratamiento deberán ser instaurados adecuadamente por parte del personal con mayor experiencia, en el que intervienen tantos servicios médicos, enfermería, auxiliares de enfermería, y en casos necesarios ginecólogos, obstetras, de modo que se abarquen todos los aspectos del manejo ABCDE, sin que se interrumpa o se entorpezca el accionar de cada uno de los actores, en el manejo del paciente politraumatizado

Referencias

1. INEC INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y CENSOS. Estadísticas de Transporte. INEC [Internet]. 2022;15. Available from: www.ecuadorcifras.gob.ec
2. Lee C, Rasmussen TE, Pape H-C, Gary JL, Stannard JP, Haller JM. The polytrauma patient: Current concepts and evolving care. *OTA Int Open Access J Orthop Trauma*. 2021;4(2S):e108.
3. Gwinnutt CL, Driscoll P. Advanced trauma life support. Vol. 48, *Anaesthesia*. 1993. 441–442 p.
4. Iacobellis F, Di Serafino M, Caruso M, Dell'Aversano Orabona G, Rinaldo C, Grimaldi D, et al. Non-Operative Management of Polytraumatized Patients: Body Imaging beyond CT. *Diagnostics*. 2023;13(7).
5. Quijano DD, Bastidas AR, Quintero ET, Diago MA, Jaimes C, Ardila MM, et al. Validity of base excess as a prognostic factor of mortality in trauma patients. *Rev Latinoam Hipertens*. 2023;18(1):48–53.
6. Upadhyaya GK, Iyengar KP, Jain VK, Garg R. Evolving concepts and strategies in the management of polytrauma patients. *J Clin Orthop Trauma* [Internet]. 2021;12(1):58–65. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jcot.2020.10.021>
7. Zane RD. 1/5/2015 Initial management of trauma in adults. 2015;1–30.

Atención inicial del paciente politraumatizado

8. Madane DT, Issa MM, Abdoulhamidou A, AlajiSeidou D, Aminata D, Kassoum O, et al. The Polytraumatized in the Emergency Hosting Service and the Service of Resuscitation Gabriel Touré Mali. *Surg Sci*. 2018;09(04):157–63.
9. Strayer RJ. Management of Pain and Agitation in Trauma. *Emerg Med Clin North Am* [Internet]. 2023;41(1):117–29. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.emc.2022.09.003>
10. Pape HC, Moore EE, McKinley T, Sauaia A. Pathophysiology in patients with polytrauma. *Injury*. 2022;53(7):2400–12.
11. Rath G, Ray B. Head Injury: Assessment and Early Management. *Pract Guidel Anesth*. 2016;(May):53–53.
12. Gómez Martínez V, Ayuso Baptista F, Jiménez Moral G, Chacón Manzano MC. Recomendaciones de buena práctica clínica: atención inicial al paciente politraumatizado. *Semer - Med Fam*. 2008;34(7):354–63.
13. McGregor-Riley J, Hassan A, Tesfayohannes B. Initial management of the polytrauma patient. *Surg (United Kingdom)*. 2012;30(7):320–5.
14. Rizk AG, Abo Halawa NAR, Abdelrasheed AA, Arteen ARA. Non-operative management of blunt liver trauma in Qena University Hospital. *SVU-International J Med Sci*. 2023;6(1):406–11.
15. Jordan J. Approach to the Trauma Patient. *Merck Manuals Prof Ed* [Internet]. 2022;(Im):39–43. Available from: <http://www.merckmanuals.com/professional/injuries-poisoning/approach-to-the-trauma-patient/approach-to-the-trauma-patient>
16. Schwartz M, Gupta SK, Anand DK, Kavetsky R. *Virtual Mentor*. 2007;11(7):280–7.
17. Chamorro MZC, Zarallo GR, Luque AG, Terroso RM. Care Plan for the Polytraumatized Patient with Hypovolemic Shock. *J Perioper Crit Intensive Care Nurs*. 2019;5(1):1–5.
18. Parson M, Pickard A, Simpson D, Treece M, Rampersad L. UK-wide major trauma center tertiary trauma survey pro forma review and aggregation and consolidation into a redesigned document. *Trauma Surg Acute Care Open*. 2023;8(1):e000903.
19. Sterner S. The multiply injured patient. Initial assessment and management. *Postgrad Med*. 1987;81(5):119–27.
20. Rossaint R, Afshari A, Bouillon B, Cerny V, Cimpoesu D, Curry N, et al. The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: sixth

Atención inicial del paciente politraumatizado

edition. Crit Care [Internet]. 2023;27(1):1–45. Available from:
<https://doi.org/10.1186/s13054-023-04327-7>

21. Picetti E, Catena F, Abu-Zidan F, Ansaloni L, Armonda RA, Bala M, et al. Early management of isolated severe traumatic brain injury patients in a hospital without neurosurgical capabilities: a consensus and clinical recommendations of the World Society of Emergency Surgery (WSES). *World J Emerg Surg.* 2023;18(1):1–12.
22. Enyon A, Hughes S, Shrewry E. *Adult Major Trauma Guidelines.* 2014;9–43.

©2023 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).