

DOI: 10.26820/recimundo/7.(2).jun.2023.467-475

URL: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/2089>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIMUNDO

ISSN: 2588-073X

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de Investigación

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 467-475



Evaluación y manejo del paciente politraumatizado en el servicio de urgencias: el papel crucial de la enfermería

Evaluation and management of the polytraumatized patient in the emergency department: the crucial role of nursing

Avaliação e gestão do doente politraumatizado no serviço de urgência: o papel crucial da enfermagem

Ana Isabel Cedeño Loor¹; Jhon Alejandro Bravo Alcívar²; Bryan Steeven Macías Macías³; Paulina Maribel Yanza Sánchez⁴

RECIBIDO: 29/06/2023 **ACEPTADO:** 22/07/2023 **PUBLICADO:** 08/09/2023

1. Licenciada en Enfermería; Centro de Salud la Balsita; Portoviejo, Ecuador; anacede031995@gmail.com;  <https://orcid.org/0009-0000-5356-9653>
2. Licenciado en Enfermería; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; bravojhon2000@gmail.com;  <https://orcid.org/0009-0009-7334-6794>
3. Licenciado en Enfermería; Centro de Salud Tipo C Santa Ana; Santa Ana, Ecuador; bryanmacias05@gmail.com;  <https://orcid.org/0009-0008-8815-0965>
4. Licenciada en Enfermería; Centro de Salud el Rodeo; Portoviejo, Ecuador; paulina-93@live.com.ar;  <https://orcid.org/0009-0001-1651-4909>

CORRESPONDENCIA

Ana Isabel Cedeño Loor
anacede031995@gmail.com

Portoviejo, Ecuador

RESUMEN

El trauma grave representa una de las principales causas de muerte y discapacidad a nivel mundial, supone un gran problema de Salud Pública. Los factores de riesgo de estos traumatismos están relacionados con las conductas humanas, sociales, sanitarias, laborales, económicas, políticas y culturales. Entre los conceptos fundamentales para la atención inicial figuran: las lesiones deben ser solucionadas por orden de prioridad (primero las que ponen en riesgo la vida del paciente) y la falta del diagnóstico definitivo no debe impedir aplicar el tratamiento adecuado. En cuanto a la morbilidad del paciente politraumatizado, destacan: el traumatismo craneoencefálico, el trauma torácico, el trauma de extremidades y el trauma abdominal como las lesiones, únicas o combinadas, más comunes de estos pacientes. El mecanismo de lesión que tiene cada paciente, el manejo del paciente debe ser de una revisión primaria rápida, reanimación; la valoración primaria inicia con una visión general, global o simultánea, del estado respiratorio y circulatorio así como del estado neurológico del paciente para ir identificando: los problemas importantes externamente obvios de la oxigenación, circulación, hemorragia o grandes deformidades. La actuación de enfermería es fundamental en cuanto al abordaje inicial de un paciente politraumatizado, siendo una atención de calidad, especializada y protocolizada, condicionantes fundamentales para la reducción de la morbimortalidad prevenible en este tipo de pacientes, especialmente durante los primeros minutos y horas tras el accidente. Se aplicó una metodología descriptiva, con un enfoque documental, es decir, revisar fuentes disponibles en la red, con contenido oportuno y relevante para dar respuesta a lo tratado en el presente artículo.

Palabras clave: Enfermería, Politraumatizado, Protocolo de Atención, Urgencias, Profesionalismo.

ABSTRACT

Severe trauma represents one of the main causes of death and disability worldwide, it is a major public health problem. The risk factors for these injuries are related to human, social, health, work, economic, political, and cultural behaviors. Among the fundamental concepts for initial care are: injuries must be solved in order of priority (first those that put the patient's life at risk) and the lack of a definitive diagnosis should not prevent the application of adequate treatment. As regards the morbidity of the polytraumatized patient, the following stand out: head trauma, thoracic trauma, extremity trauma and abdominal trauma as the most common single or combined injuries in these patients. The mechanism of injury that each patient has, the management of the patient must be a quick primary review, resuscitation; The primary assessment begins with a general vision, global or simultaneous, of the respiratory and circulatory state as well as the neurological state of the patient to gradually identify: externally obvious important problems of oxygenation, circulation, hemorrhage or major deformities. Nursing action is fundamental in terms of the initial approach to a polytraumatized patient, with quality, specialized and protocolized care being fundamental determinants for the reduction of preventable morbidity and mortality in this type of patient, especially during the first minutes and hours after the injury. accident. A descriptive methodology was applied, with a documentary approach, that is, reviewing sources available on the network, with timely and relevant content to respond to what was discussed in this article.

Keywords: Nursing, Polytraumatized, Care Protocol, Emergencies, Professionalism.

RESUMO

Os traumatismos graves representam uma das principais causas de morte e incapacidade a nível mundial, constituindo um importante problema de saúde pública. Os factores de risco para estas lesões estão relacionados com comportamentos humanos, sociais, sanitários, laborais, económicos, políticos e culturais. Entre os conceitos fundamentais para o atendimento inicial estão: as lesões devem ser resolvidas por ordem de prioridade (primeiro aquelas que colocam a vida do paciente em risco) e a falta de um diagnóstico definitivo não deve impedir a aplicação de um tratamento adequado. No que diz respeito à morbilidade do doente politraumatizado, destacam-se o traumatismo craniano, o traumatismo torácico, o traumatismo das extremidades e o traumatismo abdominal como as lesões isoladas ou combinadas mais comuns nestes doentes. O mecanismo de lesão que cada doente apresenta, o tratamento do doente deve ser uma rápida revisão primária, reanimação; A avaliação primária inicia-se com uma visão geral, global ou simultânea, do estado respiratório e circulatório, bem como do estado neurológico do doente para, gradualmente, identificar: problemas importantes externamente evidentes de oxigenação, circulação, hemorragia ou deformidades importantes. A atuação de enfermagem é fundamental no que diz respeito à abordagem inicial ao doente politraumatizado, sendo os cuidados de qualidade, especializados e protocolizados determinantes fundamentais para a redução da morbilidade e mortalidade evitáveis neste tipo de doente, principalmente nos primeiros minutos e horas após a lesão. acidente. Foi aplicada uma metodologia descritiva, com abordagem documental, ou seja, revisão de fontes disponíveis na rede, com conteúdo oportuno e relevante para responder ao que foi discutido neste artigo.

Palavras-chave: Enfermagem, Politraumatizado, Protocolo de atendimento, Emergências, Profissionalismo.

Introducción

El paciente politraumatizado “es aquel que presenta uno o más traumatismos que comprometan su estabilidad hemodinámica y que las lesiones sean graves con peligro inminente para la vida” (Ramos, Pérez, & Arias, 2021). La principal causa de muerte es la imposibilidad para proporcionar oxígeno al cerebro y al resto de estructuras vitales. La prioridad consiste en lograr una vía aérea permeable y segura, que permita suministrar oxígeno y asegurar que llegue a los pulmones para un adecuado intercambio gaseoso.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los traumas son causados:

“en un 70% por los accidentes de tráfico, a nivel mundial provocan 1.8 millones de muertos, entre 20 y 50 millones de lesionados y unos 5 millones de discapacitados permanentes. En los países desarrollados suponen la primera causa de mortalidad en el grupo de 5 a 44 años. En América Latina constituye la tercera causa de muerte y fallecen de 3 a 4 adolescentes entre 15 y 24 años y 2 de 3 adultos jóvenes de 28 a 40 años. La mitad de las personas han sido usuarios vulnerables de la vía pública (peatones, ciclistas y motociclistas)” (Ramos, Pérez, & Arias, 2021)

La biomecánica del trauma pretende explicar los mecanismos de producción de las lesiones ocurridas por una colisión. Es importante aclarar la definición de colisión, incluye el choque de autos, caídas y heridas penetrantes. En estos casos se produce un intercambio de energía entre un objeto móvil y los tejidos del cuerpo o entre el cuerpo en movimiento y un objeto inmóvil.

El número de partículas del organismo que reciben el impacto de un objeto sólido condiciona la energía que se produce y, por tanto, la gravedad de las posibles lesiones. El número de partículas depende de la densidad del tejido y la superficie de contacto del impacto, es decir, a mayor densidad de

un tejido, mayor será el número de partículas golpeadas por el objeto. “Los tejidos del cuerpo tienen tres tipos de densidades: aérea (pulmones e intestino), acuosa (músculos y la mayor parte de las vísceras sólidas como el hígado o el bazo) y sólida (ósea)” (Delgado, Ruiz, & Sáenz, 2012).

Todos estos elementos justifican el estudio del rol de la enfermería en pacientes traumatizados en urgencias, que destacan muchas cualidades académicas y humanas que se detallarán a continuación, en el presente artículo. La importancia del trauma radica en las repercusiones económicas y sociales no solo en la víctima inmediata, sino también en la familia y en la sociedad. Al sufrir un trauma, la persona padece dolor, pone en peligro su vida y cuando sobrevive puede quedar con limitaciones que ameritan un proceso de rehabilitación.

Metodología

Esta investigación está dirigida al estudio del tema “*Evaluación y manejo del paciente politraumatizado en el servicio de urgencias: el papel crucial de la enfermería*”. Para realizarlo se usó una metodología descriptiva, con un enfoque documental, es decir, revisar fuentes disponibles en la red, cuyo contenido sea actual, publicados en revistas de ciencia, disponibles en Google Académico, lo más ajustadas al propósito del escrito, con contenido oportuno y relevante desde el punto de vista científico para dar respuesta a lo tratado en el presente artículo y que sirvan de inspiración para realizar otros proyectos. Las mismas pueden ser estudiadas al final, en la bibliografía.

Resultados

Epidemiología

El trauma grave representa una de las principales causas de muerte y discapacidad a nivel mundial, supone un gran problema de Salud Pública. Los factores de riesgo de estos traumatismos están relacionados con las conductas humanas, sociales, sanitarias, la-

borales, económicas, políticas y culturales. Según The Global Burden of Disease Study (GBD) 2010, un trabajo avalado por la Organización Mundial de la Salud (OMS):

“el trauma es la sexta causa de muerte y la quinta en discapacidad moderada y severa. De los 287,6 millones traumas que se registraron hasta la realización del GBD, de ellos fueron el 29% de accidentes de tráfico, 12,6% caídas y 9,16% por violencia interpersonal. Se ha observado que, entre los 25 y los 35 años de edad, los accidentes de tráfico, violencia y autolesiones ocupan los primeros puestos de mortalidad. Es a partir de los 45 años de edad cuando estos incidentes descienden, aumentando en su lugar las caídas que se hacen más relevantes a partir de los 75 años” (Sanjuán, 2019).

La evaluación y atención inicial a los pacientes politraumatizados deben realizarse por prioridades, se considera de gran utilidad se-

guir los pasos que se describen en las guías propuestas por el Colegio Americano de Cirujanos en su curso de Advanced Trauma Life Support (ATLS). Entre los conceptos fundamentales para la atención inicial figuran:

“las lesiones deben ser solucionadas por orden de prioridad (primero las que ponen en riesgo la vida del paciente) y la falta del diagnóstico definitivo no debe impedir aplicar el tratamiento adecuado. Otro principio fundamental se basa en que a un paciente críticamente traumatizado no pueden ofrecérsele los cuidados definitivos en el sitio del accidente, por lo que se impone trasladarle de inmediato y debidamente estabilizado a un hospital donde pueda cumplirse ese objetivo” (Ramos, Pérez, & Arias, 2021).

En la siguiente tabla se resumen las lesiones más comunes en pacientes que llegan a urgencias.

Tabla 1. Mecanismos comunes de lesión y patrones asociados

Mecanismo de lesión	Lesiones más comunes
Peatón atropellado	<ul style="list-style-type: none"> • Baja velocidad: fracturas de las extremidades inferiores • Alta velocidad: trauma múltiple, lesiones de cabeza y cuello, fracturas de extremidades inferiores
Ocupante de automóvil	<ul style="list-style-type: none"> • Sin sistema de sujeción: traumatismo múltiple, lesiones de cabeza y cuello, cuero cabelludo y laceraciones faciales • Con sistema de sujeción: lesiones en el pecho y el abdomen, fracturas de la parte inferior de la columna vertebral
Caída desde altura	<ul style="list-style-type: none"> • Baja: fracturas de extremidades superiores • Media: lesiones de cabeza y cuello, fracturas de extremidades superiores e inferiores • Alta: múltiples traumatismos, lesiones de cabeza y cuello, fracturas de extremidades superiores e inferiores
Caída de bicicleta	<ul style="list-style-type: none"> • Sin casco: lesiones de cabeza y cuello, laceraciones del cuero cabelludo y faciales, fracturas de extremidades superiores • Con casco: fracturas de extremidades superiores • Golpe contra manillar: lesiones abdominales internas

Fuente: (Ballester, 2020)

Morbimortalidad del politrauma:

En cuanto a la morbilidad del paciente politraumatizado, destacan: “el traumatismo craneoencefálico, el trauma torácico, el trauma de extremidades y el trauma abdominal como las lesiones, únicas o combinadas, más comunes de estos pacientes” (Sánchez, et al., 2022). La mortalidad asociada al trauma grave es muy probable que se presente en el tiempo con una distribución de forma trimodal. Un primer pico corresponde a la mortalidad instantánea o in situ (lesiones cerebrales, lesiones cardíacas, obstrucciones de la vía aérea y/o hemorragias primarias).

El segundo pico, corresponde a la mortalidad entre los primeros minutos y horas después del accidente (lesiones sistema cardiovascular y/o pulmonar, lesiones en vísceras, fracturas abiertas, hemo-neumotórax, hemorragias, hipoxia y shock). En esta situación resulta de mayor relevancia un correcto abordaje sanitario. En última instancia, el tercer pico corresponde a la mortalidad en los días o semanas posteriores al trauma, “frecuentemente el fallecimiento se asocia a fallo multiorgánico y/o sepsis generalizada” (Sánchez, et al., 2022).

Perfil del personal de enfermería

La edad promedio del profesional de Enfermería para iniciar los estudios universitarios, debe ser en una etapa donde se hayan alcanzado ciertas habilidades cognoscitivas y de formación de la personalidad que unido a la educación y a la instrucción disponen la formación de una persona integrando la capacidad de llevar a cabo la cultura del cuidado, más que cronológica evoca madurez, calidez y servicio. En cuanto al sexo hay cierta tendencia a la vocación femenina por esta especialidad.

Por otro lado, el nivel académico es importante, dado que el personal de enfermería debe brindar cuidados especializados en urgencias. Es un profesional que debe “contar con un título oficial emitido por una

institución reconocida en su país y cédula o registro o matrícula profesional expedida por la Administración Pública correspondiente” (Castillo, 2021). Una formación académica adicional permite ejercer la enfermería a un nivel avanzado para enfermedades o con lesiones, donde el estado de salud de dichos pacientes puede ser estable o inestable y sus necesidades complejas y pueden requerir de vigilancia estrecha o de cuidados intensivos.

Al momento de afronta a los pacientes lo primero es evaluar, el tratamiento se establecen en función de las características de las lesiones sufridas, sus signos vitales. El mecanismo de lesión que tiene cada paciente, el manejo del paciente debe ser de una revisión primaria rápida, reanimación; la valoración primaria inicia con una visión general, global o simultánea, del estado respiratorio y circulatorio así como del estado neurológico del paciente para ir identificando “los problemas importantes externamente obvios de la oxigenación, circulación, hemorragia o grandes deformidades” (Castillo, 2021).

Este proceso constituye el llamado ABCDE de la atención del trauma y permite identificar las situaciones que ponen en peligro la vida, cuando se sigue esta secuencia (Castillo, 2021):

- (A) Vía Aérea con control de la columna cervical.
- (B) Respiración (Breathing) y ventilación.
- (C) Circulación con control de la hemorragia.
- (D) Déficit Neurológico.
- (E) Exposición-Control de ambiente.

Axiomas de obligado cumplimiento en pacientes provenientes del agua

En la atención integral al politraumatizado grave, si el paciente viene de un accidente en medio acuoso el manejo es diferente, el profesional de enfermería, una vez ha ocurrido el accidente, debe tener presente

mentalmente una serie de axiomas sobre los que sustentará la base de su actuación. Básicamente son los siguientes (López, González, Solera, Aparisi, & Peris, 2022):

- a. El tiempo es el que marca cada paso y cada decisión.
- b. Siempre sospechar lesión cervical o del raquis-medular (hasta que se demuestre lo contrario) a toda persona que se encuentre inconsciente en un entorno acuático.
- c. La vida tiene prioridad sobre la función y sobre cualquier procedimiento.
- d. Todos piensan, pero sólo uno decide y ordena.
- e. El paciente es una unidad, un bloque cuyo eje (cabeza, cuello y tronco) se debe respetar y mantener.
- f. No flexionar ni girar ningún segmento de la columna vertebral.
- g. Siempre inmovilizar antes de movilizar
- h. Toda movilización debe ser coordinada, lenta y prudente.
- i. No intentar mover al paciente en un solo movimiento.
- j. No provocar más daño del posible ya existente.

Recomendaciones

Los implicados en el manejo inicial de paciente politraumatizado (urgenciólogo, cirujano, ortopedista, enfermero, radiólogo, etc.) deben recibir capacitación para disminuir el riesgo de contagio, familiarizarse y realizar talleres para evaluar la adecuada colocación del equipo de protección personal sin que ello implique poner en peligro su vida. Algunas recomendaciones sugeridas después del COVID 19 propuestas en (Padilla, 2020):

- a. Se hará una lista de cotejo en la entrada de la sala de choque donde se recuerde el orden para la colocación y retiro

del equipo recomendado por el Colegio Americano de Cirujanos, se agrega doble guante, gafas de protección herméticas y careta, porque de tratarse de pacientes graves no podrá realizarse un triage respiratorio y, por otra parte, hay que maximizar precauciones, sobre todo si se realizarán maniobras productoras de aerosoles (intubación, intubación asistida, traqueostomía o cricotiroidotomía, etc).

- b. Disponer de sala de choque no COVID-19 para el ingreso de pacientes gravemente traumatizados, así como espacio físico para su recepción en la unidad de cuidados intensivos.
- c. Al realizar la revisión del paciente de acuerdo con el criterio del ATLS, sugerimos se encuentren en la sala de choque: dos médicos y dos enfermeras, un personal externo al área de choque de apoyo para recibir y transportar muestras, solicitudes, interconsultas, etc.
- d. El personal técnico de radiología tomará todas las impresiones requeridas.
- e. Si el paciente no tiene traumatismo mayor, puede disminuirse el número de personal para el manejo inicial.
- f. Si se requiere realizar USG-Fast (ecografía abdominal dedicada al trauma), de preferencia deberá elegirse USG-Fast-E, el personal que lo lleve a cabo deberá estar familiarizado con la visualización de pleuras, porque se está utilizando para identificar cambios tempranos por COVID-19. Si el paciente está estable y se enviará a estudio de imagen para obtener una tomografía axial computada (TAC) de abdomen, es preferible solicitar TAC simple de tórax.
- g. Los hemoderivados deberán usarse con apego a las guías de práctica clínica, evitando su uso indiscriminado y de acuerdo con lineamientos internacionales, manejar a los pacientes bajo el concepto de reanimación balanceada de bajo volumen.

Una vez que el paciente está estabilizado se empiezan a realizar el resto de intervenciones y pruebas diagnósticas (Pérez & Giménez, 2020):

- Se realiza una radiografía de tórax. Los resultados confirman que tanto el catéter venoso central como el tubo orotraqueal están bien situados. Se diagnostica neumotórax (colapso pulmonar).
- Colocación de drenaje torácico “pleurevac” en aspiración. Se observa fuga y un débito inicial de 700cc, serohemático.
- Colocación de sonda vesical (250cc diuresis) y una sonda nasogástrica que se deja derivando a bolsa (salen 200cc de débito bilioso).
- Cura y colocación de grapas en herida de la cabeza (zona occipital). Limpieza con suero fisiológico y se observa que no hay presencia de cuerpos extraños. Se seca y se aplica clorhexidina. Se colocan 6 grapas y se tapa con un apósito.
- Extracción de analítica completa: hemograma, coagulación, plasma, bioquímica, gasometría arterial.
- Se realiza el triple frotis (prueba protocolaria de UCI para hacer frente a la infección por *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina)
- Administración de la medicación pautada por el médico (antibióticos, analgésicos, corticoides, antitetánica). Se inicia perfusión de morfina y propofol, para mantener al paciente sedoanalgesiado.
- Después de 2h desde que el paciente ha ingresado en la UCI, el quirófano ya está preparado y el paciente estable para poder ser intervenido de la fractura abierta.
- Antes de subir al paciente al quirófano, se le realiza una Tomografía Axial Computarizada. Se confirma que no hay más lesiones que las ya diagnosticadas y no hay compromiso medular. Se retira el collarín y la faja pélvica.

Valoración de las necesidades de enfermería

La valoración debe ser minuciosa debido a que el paciente politraumatizado presenta varias lesiones en órganos o sistemas del cuerpo. La valoración permite desde detectar una patología hasta seguir la evolución del estado clínico.

Necesidad de oxigenación: el paciente viene intubado, con “un tubo orotraqueal del 7.5. Está conectado al respirador en modo controlado, con FiO₂ 60% y peep manteniendo SatO₂ 94%” (Juncal, 2020) se realizan gasometrías de control. Tras la extubación se coloca una mascarilla ventimask, que rápidamente es cambiada por gafas nasales por su buena tolerancia. Por otro lado, tras la confirmación del diagnóstico de neumotórax se coloca un drenaje torácico tipo “pleurevac” en aspiración. A los 10 días, el drenaje ya no es productivo y ya no hay fuga aérea, por lo que se retira. En las radiografías de control ya no aparece neumotórax.

Necesidad de comer y beber adecuadamente: el primer día se coloca una sonda nasogástrica pero no se administra alimentación por ella, sino que se deja derivando a bolsa. Su hidratación es a través de la fluidoterapia pautada (suero fisiológico). A partir del tercer día, se empieza a administrar nutrición enteral por la sonda nasogástrica y se va aumentando según protocolo hasta alcanzar las dosis máximas bien toleradas (80ml/h). El día 16 de ingreso, se retira la sonda por tolerancia oral. Empieza dieta blanda.

Necesidad eliminación: a su ingreso se coloca sonda vesical para control de diuresis. Durante los primeros días precisa bolos de furosemida cada 8h, por diuresis justas y balance positivo. A partir del cuarto día de ingreso, aunque se observa balance negativo, presenta edemas en extremidades superiores, por lo que se sigue manteniendo la pauta de furosemida cada 8h. “El día 10 de ingreso se retira furosemida, dejándolo solo si precisa. Las diuresis son buenas, en torno 90-120ml/h” (Pérez & Giménez, 2020),

y las extremidades superiores ya no están edematizadas, por lo que no se precisa su administración. Los 5 primeros días no realiza deposición, por lo que se empieza a administrar macrogol 3 veces al día.

Conclusión

La atención precoz de la gravedad del trauma permite tratar adecuadamente y con inmediatez a los lesionados, mejorar el pronóstico de vida y lograr la rehabilitación de la mayoría de ellos. Por ello el personal de salud debe continuar capacitándose y profundizando sobre sus aspectos cognoscitivos y los relacionados con las principales características de los politraumatizados graves. Así mismo con equipos multidisciplinarios altamente capacitados y con los recursos necesarios para el cuidado inmediato en las salas de emergencia de los centros de salud logrando la disminución de la mortalidad por esta causa.

Si se trata de una patología en la que el tiempo de atención es determinante, es conveniente proporcionar cuidados definitivos en el menor tiempo posible. Alguno de los factores que se ven implicados en la atención a este tipo de pacientes es la capacitación para procurar cuidados de soporte vital avanzado a los pacientes accidentados, así como protocolos de coordinación con los hospitales que permitan una línea de continuidad asistencial sin retrasos ni duplicidades de diagnóstico y tratamiento referido a la relación existente entre los servicios de emergencias.

El papel de la Enfermería con este tipo de pacientes es fundamental, ya que se va a encargar personalmente del cuidado del paciente politraumatizado. La Enfermería cuidará que la recuperación del paciente sea temprana y correcta, le prestará atención individualizada en todo momento atendiendo a todas y cada una de sus necesidades. Prestará gran atención en los cambios y evolución de las lesiones que presente, administrará el tratamiento indicado para su

recuperación y cuidará de que se cumpla todo el protocolo hasta su dada de alta del servicio hospitalario.

Los servicios de urgencias se caracterizan por atender al paciente en el menor tiempo posible, pero muchas veces dejan de percibir otros componentes como el familiar. En muchos casos no se logra establecer una comunicación estrecha, efectiva y fluida con los familiares del paciente, debido a la dinámica y complejidad del servicio y a la diversidad de personas que conforman el equipo de salud.

La familia experimenta una dolorosa reacción caracterizada por shock, desconfianza, desorganización y angustia ante un evento traumático de un ser querido, más cuando son aislados en una sala de espera, sin ser informados adecuada y oportunamente. El profesional de enfermería debe involucrar a los familiares en el proceso de recuperación de su ser querido, gracias a una relación de empatía y confianza, que permita disminuir la ansiedad y proporcionar seguridad. Esto contribuye a la recuperación tanto emocional como física del paciente, debido a que un factor de ansiedad para él es la situación en la que se encuentra la familia en la sala de espera.

Bibliografía

- Ballestero, Y. (2020). Manejo del paciente politraumatizado. *Sociedad Española de urgencias en pediatría*, 1, 247-262. Retrieved 2023, from https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/19_paciente_politraumatizado.pdf
- Castillo, J. (2021). Nivel de conocimiento de las enfermeras/os sobre el manejo inicial de pacientes politraumatizados y su relación con los cuidados de enfermería en el servicio de emergencia de clínica Limatambo Cajamarca, 2018. Retrieved from <http://190.116.36.86/bitstream/handle/20.500.14074/4024/Judith%20Castillo.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
- Delgado, M., Ruiz, M., & Sáenz, X. (2012). Prioridades iniciales de enfermería en el paciente con trauma. *Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia*, 30(3), 118-134. Retrieved from <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/39969/41870>

- Juncal, M. (2020). Plan de cuidados a un paciente politraumatizado: a propósito de un caso. Retrieved 2023, from https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/27474/JuncalFerreiro_Maria_TFG_2020.pdf?sequence=2
- López, J., González, G., Solera, M., Aparisi, B., & Peris, T. (2022). Politraumatizado grave en entorno acuático (playa): rescate, inmovilización, dudas, cuestiones y respuestas. *Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia*, 131(1), 53-57. Retrieved 2023, from <https://intellectum.unisabana.edu.co/handle/10818/43173>
- Padilla, C. (2020). Manejo de pacientes politraumatizados durante la emergencia epidemiológica SARS-CoV-2. *Medicina Interna de México*, 36(2), 564-565. Retrieved 2023, from <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2020/mims202p.pdf>
- Pérez, C., & Giménez, F. (2020). Cuidados de enfermería al paciente adulto politraumatizado. Caso clínico. *Revista Electrónica de PortalesMedicos.com*, 15(7). Retrieved 2023, from <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-al-paciente-adulto-politraumatizado-caso-clinico/>
- Ramos, R., Pérez, L., & Arias, A. (2021). Atención de enfermería al paciente politraumatizado durante el traslado por el sistema integrado de urgencias médicas. *Revista Electrónica Entrevista Académica*, 3(8), 324-349. Retrieved 2023, from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8156783>
- Sánchez, P., Madrigal, S., García, A., García, J., Pastor, M., & Sanz, L. (2022, Junio 21). Atención inicial de enfermería al paciente politraumatizado. *ABC-DE*. Retrieved 2023, from <https://revistasanitaria-deinvestigacion.com/atencion-inicial-de-enfermeria-al-paciente-politraumatizado-abcde/>
- Sanjuán, A. (2019). Evaluación de los conocimientos de enfermería ante el manejo inicial, movilización e inmovilización del paciente politraumatizado en el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. Retrieved from https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/24135/SanjuanBaltar_Antonio_TFG_2019.pdf?sequence=5&isAllowed=y

CITAR ESTE ARTICULO:

Cedeño Loor, A. I., Bravo Alcívar, J. A., Macías Macías, B. S., & Yanza Sanchez, P. M. (2023). Evaluación y manejo del paciente politraumatizado en el servicio de urgencias: el papel crucial de la enfermería. *RECIMUNDO*, 7(2), 467-475. [https://doi.org/10.26820/recimundo/7.\(2\).jun.2023.467-475](https://doi.org/10.26820/recimundo/7.(2).jun.2023.467-475)

