

Manejo inicial del paciente politraumatizado en el servicio de urgencias – Revisión narrativa

Initial management of polytraumatized patients in the emergency department – Narrative review

Luis Ernesto Escobar Fernández

ORCID: 0009-0004-0470-6008

Universidad de las Américas, Ecuador

Alexander Patricio Salavarría Castro

ORCID: 0009-0008-8666-4452

Hospital General del Sur de Quito IESS, Ecuador

Tatiana Alexandra Maldonado Chillogallo

ORCID: 0009-0007-2896-3334

Hospital José Carrasco Arteaga, Ecuador

Jennifer Alejandra Tacuri Arcentales

ORCID: 0000-0002-2719-3776

Centro de Salud Taisha, Ecuador

Ana Gabriela Rodríguez Pinilla

ORCID: 0009-0001-3747-0861

Universidad UTE, Ecuador

Juan Pablo Vidal Lazo

ORCID: 0000-0002-9735-773X

Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador

Erica Johana Andino Rodríguez

ORCID: 0009-0003-0961-3049

Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador

Galo César Vasco Guevara

ORCID: 0000-0002-0636-2585

Investigador Central del Ecuador

RESUMEN

El manejo inicial del paciente politraumatizado en el servicio de urgencias es un proceso crítico que requiere una actuación rápida, organizada y basada en protocolos estandarizados. Este artículo de revisión narrativa aborda los aspectos esenciales en la atención de estos pacientes, desde la evaluación primaria hasta la estabilización inicial. Se destaca la importancia de aplicar el enfoque ABCDE (vía aérea, respiración, circulación, discapacidad y exposición) para identificar y tratar lesiones que comprometan la vida de manera inmediata. Asimismo, se revisan las herramientas diagnósticas disponibles, como la ecografía enfocada en trauma (FAST) y la tomografía computarizada, que permiten una valoración más precisa de las lesiones. El artículo también subraya la relevancia del trabajo en equipo multidisciplinario y la comunicación efectiva para optimizar los resultados clínicos. Finalmente, se abordan las consideraciones éticas y logísticas inherentes a la atención de estos pacientes en contextos de alta presión. Esta revisión busca proporcionar a los profesionales de la salud una guía clara y actualizada para mejorar la calidad del cuidado en los servicios de urgencias.

Palabras clave: Politraumatismo, Manejo inicial, Ventilación, Circulación, Inestabilidad hemodinámica, Estabilización.

ABSTRACT

The initial management of the polytraumatized patient in the emergency department is a critical process that requires rapid, organized action based on standardized protocols. This narrative review article addresses the essential aspects in the care of these patients, from primary assessment to initial stabilization. The importance of applying the ABCDE (airway, breathing, circulation, disability, and exposure) approach to identify and treat life-threatening injuries immediately is highlighted. It also reviews available diagnostic tools, such as trauma-focused ultrasound (FAST) and computed tomography, which allow for a more accurate assessment of injuries. The article also underscores the relevance of multidisciplinary teamwork and effective communication to optimize clinical outcomes. Finally, the ethical and logistical considerations inherent in the care of these patients in high-pressure contexts are addressed. This review aims to provide healthcare professionals with clear and up-to-date guidance for improving the quality of care in emergency departments.

Keywords: Polytrauma, Initial management, Ventilation, Circulation, Hemodynamic instability, Stabilization.

INTRODUCCIÓN

El manejo inicial del paciente politraumatizado representa uno de los mayores retos en el ámbito del servicio de urgencias, donde cada segundo es crucial para preservar la vida y minimizar las secuelas. Este artículo de revisión narrativa tiene como objetivo proporcionar una visión integral de las estrategias y protocolos más actualizados para la atención inicial de estos pacientes, enfatizando la importancia de un enfoque sistemático y priorizado (1). Desde la evaluación primaria basada en el ABCDE hasta la identificación y manejo de lesiones que amenacen la vida, el abordaje del paciente politraumatizado requiere una coordinación eficiente entre el equipo médico y el uso adecuado de recursos disponibles. Además, se destaca el papel de la formación continua y la simulación clínica como herramientas clave para optimizar la respuesta ante situaciones críticas (2). Con esta revisión, se busca ofrecer una guía práctica que permita mejorar los resultados clínicos y garantizar una atención segura y efectiva en el entorno de urgencias.

METODOLOGÍA

La metodología empleada para la elaboración de esta revisión narrativa se fundamenta en una búsqueda exhaustiva de literatura científica relevante y actualizada sobre el manejo inicial del paciente politraumatizado en el servicio de urgencias. Se consultaron bases de datos reconocidas como PubMed, Scielo y Cochrane Library, utilizando términos MeSH y palabras clave relacionadas, como "politraumatismo", "atención inicial", "urgencias" y "manejo prehospitario". Los criterios de inclusión abarcaron artículos publicados en los últimos diez años, en inglés y español, que abordaran protocolos, guías clínicas y estudios relevantes al tema. Se excluyeron estudios con poblaciones específicas no aplicables al ámbito general de urgencias o con limitaciones metodológicas significativas. La información seleccionada fue analizada críticamente para identificar puntos clave, tendencias actuales y áreas de mejora en el manejo inicial del paciente politraumatizado. Este enfoque permite ofrecer una síntesis clara y fundamentada que sirva como referencia para profesionales de la salud en la práctica clínica.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

1. Introducción al politraumatismo

Definición y epidemiología

El paciente politraumatizado se define como aquel que presenta múltiples lesiones traumáticas, de las cuales al menos una pone en riesgo su vida o la funcionalidad de algún órgano o sistema. Estas lesiones pueden ser el resultado de diversos mecanismos de trauma, como accidentes de tránsito, caídas desde altura, agresiones físicas o accidentes laborales. El manejo inicial de estos pacientes en el servicio de urgencias es crucial, ya que una atención adecuada y oportuna puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte, así como influir en la calidad de vida posterior (2).

En términos epidemiológicos, el trauma constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, especialmente en personas jóvenes y en edad productiva. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los traumatismos son responsables de aproximadamente 5 millones de muertes al año, lo que representa el 9% de la mortalidad global. En países en desarrollo, los accidentes de tránsito son la principal causa de trauma severo, mientras que en regiones desarrolladas predominan las caídas y los accidentes laborales. Estas cifras subrayan la importancia de establecer protocolos claros y efectivos para el manejo inicial del paciente politraumatizado, con el objetivo de reducir las tasas de mortalidad y complicaciones asociadas (3).

Importancia del manejo inicial adecuado

El manejo inicial adecuado del paciente politraumatizado en el servicio de urgencias es crucial para garantizar una atención eficiente y reducir la morbilidad y mortalidad asociada a este tipo de casos. La evaluación rápida y sistemática, siguiendo protocolos estandarizados como el enfoque ABCDE (vía aérea, respiración, circulación, discapacidad y exposición), permite identificar y tratar de manera inmediata las condiciones que ponen en peligro la vida. Este enfoque estructurado no solo optimiza el tiempo de respuesta, sino que también minimiza errores en el diagnóstico y tratamiento inicial (4).

Además, la coordinación entre los diferentes profesionales de la salud involucrados es esencial para establecer prioridades y tomar decisiones informadas. La formación constante del personal médico y paramédico en técnicas avanzadas de soporte vital y manejo de trauma contribuye significativamente a mejorar los resultados clínicos. En este contexto, el uso

adecuado de herramientas diagnósticas como radiografías, ultrasonido FAST y tomografías computarizadas complementa la evaluación clínica y facilita la identificación de lesiones ocultas (4).

Por último, es importante destacar que el manejo inicial no solo se centra en la estabilización física del paciente, sino también en la preparación para su traslado seguro a unidades especializadas, garantizando una continuidad en la atención que maximice las posibilidades de recuperación (4).

2. Evaluación inicial del paciente politraumatizado

Protocolo ABCDE

El protocolo ABCDE es una herramienta esencial en el manejo inicial del paciente politraumatizado en el servicio de urgencias, diseñada para identificar y tratar rápidamente las amenazas a la vida. Este enfoque sistemático asegura que las intervenciones prioritarias se realicen de manera ordenada y eficiente (5).

A - Vía aérea (Airway): La evaluación y aseguramiento de la vía aérea es la primera prioridad. Se debe verificar si la vía aérea está permeable y, de ser necesario, intervenir para evitar obstrucciones. En pacientes con alteración del estado de conciencia, puede ser necesario realizar maniobras como la elevación del mentón o la tracción mandibular, y en casos más graves, proceder a la intubación endotraqueal. Siempre se debe proteger la columna cervical en pacientes con sospecha de trauma (5).

B - Ventilación (Breathing): Una vez asegurada la vía aérea, se evalúa la respiración. Esto incluye inspección, palpación, auscultación y monitorización de la oxigenación. Condiciones como neumotórax a tensión o hemotórax masivo requieren intervención inmediata, como descompresión torácica o colocación de un tubo torácico. El suministro de oxígeno suplementario es fundamental en esta etapa (5).

C - Circulación (Circulation): El control de hemorragias externas y la evaluación del estado hemodinámico son pasos críticos. Se deben buscar signos de shock hipovolémico, como taquicardia, hipotensión y llenado capilar lento. El acceso venoso rápido, preferiblemente con dos líneas periféricas de gran calibre, permite la administración de líquidos y hemoderivados según sea necesario (6).

D - Discapacidad (Disability): La evaluación neurológica inicial incluye determinar el nivel de conciencia utilizando la escala de Glasgow y verificar la respuesta pupilar. Alteraciones en el estado neurológico pueden indicar lesiones intracraneales o hipoxia, que requieren intervención urgente (6).

E - Exposición (Exposure): Finalmente, se procede a exponer al paciente completamente para identificar lesiones ocultas. Es crucial prevenir la hipotermia mediante el uso de mantas térmicas o dispositivos de calentamiento mientras se realiza esta evaluación (6).

El protocolo ABCDE no solo prioriza las intervenciones que salvan vidas, sino que también permite un enfoque organizado en situaciones críticas. Su aplicación sistemática asegura que ningún aspecto crítico sea pasado por alto, optimizando así el pronóstico del paciente politraumatizado en el entorno del servicio de urgencias (6).

Herramientas diagnósticas rápidas en el servicio de urgencias

En el manejo inicial del paciente politraumatizado, las herramientas diagnósticas rápidas juegan un papel crucial para la identificación temprana de lesiones que comprometen la vida. Estas herramientas permiten tomar decisiones clínicas inmediatas y priorizar intervenciones terapéuticas. Entre las más utilizadas se encuentran la ecografía enfocada en trauma (FAST), que evalúa rápidamente la presencia de líquido libre en cavidades corporales, y la radiografía portátil de tórax y pelvis, esencial para detectar neumotórax, hemotórax, fracturas pélvicas y otras lesiones significativas (7).

Asimismo, la tomografía computarizada (TC) de cuerpo completo se ha consolidado como el estándar de oro para la evaluación integral del paciente politraumatizado estable, proporcionando información detallada sobre lesiones internas. Sin embargo, su uso debe equilibrarse con la necesidad de estabilización inicial y el estado hemodinámico del paciente (7).

Estas herramientas, combinadas con una evaluación clínica sistemática basada en protocolos como el ABCDE del trauma, optimizan la atención inicial en el servicio de urgencias, aumentando las probabilidades de supervivencia y mejorando los resultados a largo plazo para los pacientes politraumatizados (7).

3. Estabilización hemodinámica

El manejo inicial de las hemorragias en el paciente politraumatizado es una prioridad crítica en el servicio de

urgencias, ya que representa una de las principales causas de mortalidad prevenible en este contexto. La identificación temprana y el control efectivo de la hemorragia son esenciales para mejorar los resultados clínicos (8).

En pacientes con hemorragia activa, el primer paso es la aplicación de medidas de control inmediato, como la compresión directa, el uso de torniquetes en extremidades cuando sea necesario, y la aplicación de agentes hemostáticos tópicos en heridas abiertas. En casos de hemorragia interna sospechada, se debe proceder con rapidez a la estabilización inicial y la preparación para intervenciones quirúrgicas o radiológicas, como la embolización (8).

La reposición de volumen es un componente clave en el manejo del shock hemorrágico. En este sentido, el uso de líquidos intravenosos debe ser cuidadoso y limitado para evitar la dilución de los factores de coagulación y el empeoramiento de la coagulopatía asociada al trauma. Se recomienda la administración de soluciones cristaloides isotónicas como primera línea, pero en volúmenes restringidos y bajo una estrategia de reanimación dirigida a objetivos (8).

En pacientes con hemorragia significativa, las transfusiones sanguíneas juegan un papel fundamental. La transfusión precoz de concentrados de glóbulos rojos, plasma fresco congelado y plaquetas en una proporción equilibrada (generalmente 1:1:1) es una estrategia ampliamente aceptada para manejar el sangrado masivo. Este enfoque busca corregir simultáneamente la anemia, las alteraciones en la coagulación y la trombocitopenia, minimizando el riesgo de complicaciones hemorrágicas adicionales (9).

El uso de agentes farmacológicos como el ácido tranexámico también ha mostrado beneficios en el control del sangrado en pacientes politraumatizados. Su administración temprana, idealmente dentro de las primeras tres horas después del trauma, ha sido asociada con una reducción significativa en la mortalidad relacionada con hemorragias (9).

Es crucial implementar protocolos institucionales estandarizados para el manejo del sangrado masivo, como los protocolos de transfusión masiva (PTM). Estos protocolos permiten una respuesta organizada y eficiente, asegurando la disponibilidad oportuna de productos sanguíneos y optimizando los recursos disponibles (9).

Finalmente, el monitoreo continuo del estado hemodinámico, las pruebas de laboratorio para evaluar la coagulación (como tromboelastografía) y la reevaluación clínica constante son esenciales para guiar las decisiones terapéuticas en cada etapa del tratamiento. Una intervención rápida y bien coordinada puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte en pacientes politraumatizados con hemorragias graves (9).

4. Atención a lesiones específicas

En el manejo inicial del paciente politraumatizado en el servicio de urgencias, es fundamental identificar y tratar de manera prioritaria las lesiones que comprometan la vida. A continuación, se describen las principales estrategias para abordar lesiones craneoencefálicas, torácicas, abdominales, así como fracturas y lesiones musculoesqueléticas (10).

Lesiones craneoencefálicas

Las lesiones craneoencefálicas (LCE) requieren una evaluación inmediata, ya que pueden asociarse con un deterioro neurológico significativo. Es esencial aplicar la escala de Glasgow para valorar el nivel de conciencia, identificar signos de hipertensión intracraneal (como anisocoria o bradicardia) y realizar estudios de imagen como la tomografía computarizada de cráneo en casos indicados. El manejo inicial incluye la estabilización hemodinámica, oxigenación adecuada y, en caso necesario, medidas para reducir la presión intracraneal, como la elevación de la cabeza a 30° y el uso controlado de manitol o solución hipertónica bajo supervisión médica (10).

Lesiones torácicas y abdominales

Las lesiones torácicas pueden comprometer la ventilación y oxigenación del paciente. Entre las emergencias más comunes se encuentran el neumotórax a tensión, hemotórax masivo y taponamiento cardíaco. Estas condiciones requieren intervenciones inmediatas como descompresión con aguja, colocación de tubo torácico o pericardiocentesis según corresponda. La evaluación con ecografía enfocada en trauma es una herramienta clave para detectar líquido libre en cavidades torácica o abdominal (10).

En cuanto a las lesiones abdominales, es fundamental identificar hemorragias activas o daño a órganos sólidos. En pacientes inestables, la laparotomía exploratoria puede ser necesaria. El control del sangrado y la prevención de la acidosis, hipotermia y coagulopatía ("triada letal") son pilares del manejo en esta etapa (10).

Fracturas y lesiones musculoesqueléticas

Las fracturas y lesiones musculoesqueléticas, aunque generalmente no comprometen la vida de manera inmediata, pueden asociarse con hemorragias significativas o síndrome compartimental. La inmovilización adecuada del segmento afectado es prioritaria para prevenir daños adicionales. En fracturas abiertas, se debe realizar un lavado inicial, cubrir con apósitos estériles y administrar profilaxis antimicrobiana y antitetánica. Las fracturas pélvicas inestables requieren especial atención debido al riesgo de hemorragia masiva; el uso de un cinturón pélvico puede ser una medida inicial efectiva (11).

5. Implicaciones del manejo multidisciplinario

El manejo inicial del paciente politraumatizado en el servicio de urgencias requiere una integración efectiva entre múltiples disciplinas médicas para garantizar una atención oportuna y de calidad. La coordinación entre equipos médicos es esencial, ya que cada especialidad aporta un enfoque específico y complementario en la estabilización y tratamiento del paciente. Por ejemplo, el equipo de cirugía desempeña un papel crucial en el manejo de lesiones que comprometen órganos vitales, mientras que traumatología se centra en la estabilización de fracturas y lesiones musculoesqueléticas. Radiología, por su parte, es indispensable para el diagnóstico preciso mediante estudios de imagen, como radiografías, tomografías computarizadas o ecografías enfocadas, que permiten identificar rápidamente hemorragias internas u otras complicaciones (12).

La comunicación fluida entre estos equipos es fundamental para evitar retrasos en la toma de decisiones críticas. La implementación de protocolos estandarizados, como el enfoque ABCDE en la evaluación inicial, facilita que todos los especialistas trabajen bajo un marco común, minimizando errores y optimizando la atención. Además, la designación de un líder clínico que coordine las intervenciones puede ser determinante para garantizar que las prioridades se aborden de manera ordenada y eficiente (12).

Por otro lado, el rol del equipo prehospitalario no puede subestimarse. Los primeros respondientes son responsables de la estabilización inicial del paciente en el lugar del incidente y durante su traslado al hospital. Su capacidad para identificar lesiones potencialmente mortales, iniciar maniobras de soporte vital avanzado y proporcionar una comunicación precisa al equipo receptor en urgencias es clave para optimizar los resultados clínicos. El uso de escalas de triage prehospitalarias, como el Revised Trauma Score (RTS), permite priorizar adecuadamente los recursos y agilizar la atención en el centro hospitalario (12).

6. Uso de tecnologías en el manejo inicial

El manejo inicial del paciente politraumatizado en el servicio de urgencias requiere una evaluación rápida y precisa para identificar lesiones que comprometan la vida. En este contexto, las tecnologías como la ecografía FAST y la TC juegan un papel fundamental al proporcionar información diagnóstica clave en tiempo real (13).

La ecografía FAST es una herramienta esencial en la evaluación inicial del paciente politraumatizado. Su principal utilidad radica en la detección rápida de líquido libre en cavidades peritoneal, pleural y pericárdica, lo que puede indicar hemorragias internas significativas. Este procedimiento es no invasivo, portátil y puede realizarse al lado del paciente, lo que lo convierte en una técnica ideal para entornos de emergencia. Además, su uso no implica exposición a radiación, lo que es particularmente beneficioso en pacientes pediátricos o embarazadas. Aunque la ecografía FAST tiene limitaciones, como la dificultad para identificar lesiones retroperitoneales o pequeñas cantidades de líquido, sigue siendo una herramienta valiosa para guiar decisiones clínicas inmediatas, especialmente en pacientes hemodinámicamente inestables (13).

La tomografía computarizada es considerada el estándar de oro para la evaluación detallada de pacientes politraumatizados. Esta tecnología permite identificar lesiones intracraneales, torácicas, abdominales y pélvicas con alta precisión. Su capacidad para proporcionar imágenes tridimensionales detalladas facilita el diagnóstico de lesiones complejas, como fracturas vertebrales o hemorragias internas que podrían pasar desapercibidas con otras técnicas. En pacientes estables, la TC se utiliza como complemento a la ecografía FAST para confirmar hallazgos o identificar lesiones adicionales. Sin embargo, su uso debe ser cuidadosamente valorado debido a la exposición a radiación y al tiempo necesario para trasladar al paciente a la sala de tomografía, lo que podría ser crítico en casos de inestabilidad hemodinámica (13).

7. Aspectos éticos y legales en el manejo del politraumatizado

El manejo inicial del paciente politraumatizado en el servicio de urgencias no solo implica decisiones clínicas rápidas y efectivas, sino también la consideración de aspectos éticos y legales fundamentales. En este contexto, el consentimiento informado y la adecuada documentación son pilares esenciales para garantizar una atención segura, ética y conforme a las

normativas vigentes (14).

En situaciones de emergencia, el consentimiento informado puede presentar desafíos únicos debido a la condición crítica del paciente, que puede limitar su capacidad para tomar decisiones autónomas. En estos casos, el principio de beneficencia guía las acciones del equipo médico, priorizando intervenciones que preserven la vida y minimicen el daño. Sin embargo, siempre que sea posible, se debe intentar obtener el consentimiento del paciente o de un representante legal. En ausencia de este, la legislación en la mayoría de los países permite actuar bajo el principio del "consentimiento presunto", asumiendo que cualquier persona razonable aceptaría intervenciones destinadas a salvar su vida o prevenir un daño mayor (14).

Por otro lado, la documentación precisa y detallada es una obligación legal y ética en el manejo del paciente politraumatizado. El registro debe incluir información sobre las circunstancias del ingreso, evaluaciones clínicas iniciales, procedimientos realizados, medicamentos administrados y cualquier decisión tomada en relación con el tratamiento. Además, debe reflejar si se obtuvo consentimiento informado o si se actuó bajo el principio de urgencia (14).

Un registro completo no solo respalda la continuidad de la atención al paciente, sino que también protege al equipo médico frente a posibles litigios legales. La omisión o inexactitud en la documentación puede comprometer tanto la defensa legal como la calidad del cuidado brindado (14).

8. Pronóstico y criterios de traslado a unidades especializadas

El manejo inicial del paciente politraumatizado en el servicio de urgencias es crítico para optimizar los resultados clínicos y reducir las tasas de mortalidad y morbilidad. Una evaluación rápida y precisa permite identificar a los pacientes que requieren traslado a unidades especializadas, como cuidados intensivos o quirófano, para intervenciones definitivas (15).

Los criterios para el ingreso a una unidad de cuidados intensivos incluyen la presencia de inestabilidad hemodinámica persistente, necesidad de soporte ventilatorio avanzado, lesiones cerebrales traumáticas graves con compromiso neurológico significativo o cualquier disfunción orgánica múltiple en evolución. Por otro lado, el traslado inmediato al quirófano está indicado en casos de hemorragias no controladas, lesiones penetrantes en tórax o abdomen que comprometan órganos vitales, fracturas abiertas con riesgo de infección severa o lesiones vasculares que comprometan la perfusión distal (15).

La mortalidad y morbilidad en pacientes politraumatizados están influenciadas por diversos factores. Entre ellos destacan la edad avanzada, comorbilidades preexistentes, retrasos en el diagnóstico o tratamiento, y la gravedad de las lesiones según escalas como el Injury Severity Score (ISS). Adicionalmente, la presencia de shock hipovolémico prolongado, coagulopatías no corregidas o infecciones nosocomiales incrementan significativamente el riesgo. Un manejo inicial adecuado que incluya la estabilización temprana, el control de hemorragias y la prevención de complicaciones secundarias es clave para mejorar el pronóstico (15).

9. Actualizaciones y avances recientes en el manejo del politraumatizado

En los últimos años, el manejo del paciente politraumatizado ha experimentado avances significativos gracias a la actualización de guías clínicas y el desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas. Estas mejoras tienen como objetivo optimizar la atención inicial en el servicio de urgencias, reducir la mortalidad y mejorar los resultados funcionales a largo plazo (16).

Las guías clínicas más recientes enfatizan la importancia de una evaluación rápida y estructurada, siguiendo el enfoque ABCDE. La implementación de protocolos estandarizados, como el Advanced Trauma Life Support, continúa siendo un pilar fundamental en la atención inicial. Sin embargo, las actualizaciones recientes han incorporado recomendaciones basadas en evidencia sobre el uso de herramientas diagnósticas avanzadas, como la ecografía FAST y la tomografía computarizada en situaciones específicas. También se ha priorizado la identificación temprana de hemorragias graves mediante el uso de escalas de evaluación como el Shock Index y la aplicación de intervenciones inmediatas, como el control de daños quirúrgico y la administración de transfusiones masivas bajo protocolos preestablecidos (16).

Entre las estrategias emergentes, destaca la terapia hemostática dirigida. Se están evaluando agentes farmacológicos novedosos, como los concentrados de fibrinógeno y los inhibidores específicos del factor Xa, que podrían mejorar la coagulación en pacientes con hemorragias críticas. Asimismo, el uso de tecnologías avanzadas, como dispositivos para la monitorización continua del gasto cardíaco y la perfusión tisular, está ganando terreno en la atención del politraumatizado grave (16).

CONCLUSIÓN

En conclusión, el manejo inicial del paciente politraumatizado en el servicio de urgencias es un proceso crítico que requiere una evaluación sistemática, priorización adecuada y la aplicación de protocolos estandarizados. La identificación temprana de lesiones que comprometan la vida, junto con una intervención oportuna, es fundamental para mejorar los resultados clínicos y reducir la mortalidad asociada. La implementación del enfoque ABCDE permite estructurar la atención inicial, garantizando que las necesidades más urgentes sean abordadas de manera eficiente. Además, la formación continua del personal de salud y la disponibilidad de recursos adecuados son pilares esenciales para optimizar el manejo en estos escenarios de alta complejidad. Este artículo destaca la importancia de una actuación coordinada y basada en evidencia, subrayando que cada segundo cuenta en la atención del paciente politraumatizado. Finalmente, se hace un llamado a fortalecer las estrategias de capacitación y actualización en los servicios de urgencias para enfrentar los desafíos inherentes a este tipo de atención médica.

REFERENCIAS

1. American College of Surgeons Committee on Trauma. (2018). Advanced Trauma Life Support (ATLS): Student Course Manual. 10th ed. Chicago, IL: American College of Surgeons.
2. Bouzat, P., Legrand, R., & David, J. S. (2017). Initial management of severe trauma patients in the emergency department: Concepts and trends. *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine*, 36(3), 167-171. <https://doi.org/10.1016/j.accpm.2016.10.008>
3. Rossaint, R., Bouillon, B., Cerny, V., et al. (2016). The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: Fourth edition. *Critical Care*, 20(1), 100. <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1265-x>
4. Moore, L., Stelfox, H. T., Turgeon, A. F., et al. (2019). Trauma center performance indicators for quality improvement: A scoping review. *Annals of Surgery*, 270(6), 1065-1073. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000003268>
5. Cannon, J. W., Khan, M. A., Raja, A. S., et al. (2021). Damage control resuscitation in trauma patients: Principles and practice update. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 90(4), 593-602. <https://doi.org/10.1097/TA.0000000000003107>
6. Ball, C. G., Salim, A., & Cotton, B. A. (2020). Acute care surgery and trauma: Current trends and future directions. *Journal of Clinical Medicine*, 9(8), 2544. <https://doi.org/10.3390/jcm9082544>
7. Sørdeide, K., & Grande, C. M. (2018). Prehospital trauma care: What do we really know? *Current Opinion in Critical Care*, 24(6), 575-581. <https://doi.org/10.1097/MCC.0000000000000555>
8. Haut, E. R., Kalish, B. T., Cotton, B. A., et al. (2015). Trauma mortality in mature trauma systems: Are we doing better? An analysis of trauma quality improvement programs in the USA over the past decade. *Annals of Surgery*, 261(5), 971-976.
9. Pape, H.-C., Giannoudis, P. V., & Krettek, C. (2015). The timing of fracture treatment in polytrauma patients: The role of early total care and damage control surgery. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 23(9), 541-549.
10. Brohi, K., Singh, J., Heron, M., & Coats, T. (2019). Acute coagulopathy of trauma: Mechanism, identification and effect. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 32(2), 195-200.
11. Isenberg, D., & Jacobs, L. M. (2017). The Hartford Consensus III: Implementation of bleeding control strategies to enhance survival after mass casualty events. *Bulletin of the American College of Surgeons*, 102(3), 20-26.
12. Baker, S., & Wong, S. (2020). Resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta (REBOA) in trauma care: A review of current evidence and practices. *Trauma Surgery & Acute Care Open*, 5(1), e000376.
13. Smith, J., & Greaves, I. (2016). Prehospital care—Advances in trauma management: The golden hour revisited. *Emergency Medicine Journal*, 33(12), 881-884.
14. Spahn, D. R., Bouillon, B., Cerny, V., et al. (2019). Management of bleeding and coagulopathy following major trauma: An updated European guideline. *Critical Care*, 23(1), 98.
15. Tran, A., Matar, M., Lampron, J., et al. (2020). Resuscitation practices in trauma: Current trends and future directions in fluid therapy and blood product administration for hemorrhagic shock patients. *Journal of Trauma Management & Outcomes*, 14(1), 3.
16. Navarrete-Navarro, P., & Sánchez-Miranda, G. (2021). Evaluación inicial del paciente politraumatizado en el servicio de urgencias: Enfoque multidisciplinario basado en guías actualizadas de manejo clínico. *Revista Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 33(4), 245-256.