

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA



Revisión crítica: criterios de enfermería a considerar para la atención inicial de pacientes politraumatizados en un servicio de emergencia

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN
EMERGENCIAS Y DESASTRES**

AUTOR

Herinzon Jesus Chavez Libia

ASESOR

David Isac Retuerto Alvarado

<https://orcid.org/0009-0004-7835-5407>

Chiclayo, 2024

**Revisión crítica: criterios de enfermería a considerar para la
atención inicial de pacientes politraumatizados en un servicio de
emergencia**

PRESENTADA POR

Herinzon Jesus Chavez Libia

A la Facultad de Medicina de la
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
para optar el título de

**SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

APROBADA POR

Rosio Del Pilar Mesta Delgado
PRESIDENTE

Adela Rosana Núñez Odar
SECRETARIA

David Isac Retuerto Alvarado
VOCAL

Dedicatoria

...infinitamente amado hijo Luis Gustavo,
Lucho a diario para que te sientas orgulloso en el lugar celestial desde donde nos cuidas.

Agradecimientos

A cada miembro de mi familia, por su incansable soporte para lograr este objetivo.

A la gran maestra Rosio Mesta y a cada una de mis docentes, quienes dejaron valiosas lecciones académicas e indelebles recuerdos en mis momentos más difíciles.

REVISIÓN CRÍTICA CRITERIOS DE ENFERMERÍA A CONSIDERAR PARA LA ATENCIÓN INICIAL DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS EN UN SERVICIO DE EMERGENCIA

ORIGINALITY REPORT

12% SIMILARITY INDEX	12% INTERNET SOURCES	2% PUBLICATIONS	5% STUDENT PAPERS
--------------------------------	--------------------------------	---------------------------	-----------------------------

PRIMARY SOURCES

1	hdl.handle.net Internet Source	6%
2	Submitted to Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo Student Paper	1%
3	repositorio.uwiener.edu.pe Internet Source	1%
4	tesis.usat.edu.pe Internet Source	1%
5	issuu.com Internet Source	1%
6	repositorio.unc.edu.pe Internet Source	1%
7	Domingo Alarcón, José, Universitat Autònoma de Barcelona. Departament de Pediatria, d'Obstetrícia i Ginecologia i de Medicina Preventiva et al. "Evidencias científicas relacionadas con los accidentes de tráfico y el	<1%

Índice

RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO	13
1.1 Tipo de investigación	13
1.2 Metodología EBE.....	13
1.3 Formulación de la pregunta según esquema PS	15
1.4 Viabilidad y pertinencia de la pregunta	15
1.5 Metodología de búsqueda de información	16
1.6 Síntesis de la evidencia encontrada a través de la guía de validez y utilidad aparentes de Gálvez Toro.....	21
1.7. Listas de chequeo específicas a emplear para los trabajos seleccionados	22
DESARROLLO DEL COMENTARIO CRÍTICO	22
2.1 Artículo para revisión.....	23
2.2 Comentario CRÍTICO	24
2.3 Importancia de los resultados.....	30
2.4 Nivel de evidencia.....	30
2.5 Respuesta a la pregunta	31
2.6 Recomendaciones.....	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
ANEXOS	43

Lista de tablas

Tabla 1. Formulación de la Pregunta y Viabilidad.....	15
Tabla 2. Paso 1: Elección de las palabras claves.....	17
Tabla 3. Paso 2: Registro escrito de la búsqueda	17
Tabla 4. Paso 3: Ficha para recolección Bibliográfica.....	18
Tabla 5. Síntesis de la evidencia encontrada a través de la guía de validez y utilidad aparentes de Gálvez Toro	21
Tabla 6. Lista de chequeo según artículo y su nivel de Evidencia.....	22

RESUMEN

La atención inicial de pacientes politraumatizados en los servicios de emergencia representan un notable problema de salud por su alto índice de mortalidad y secuelas asociadas al inadecuado manejo inicial debido al limitado conocimiento del personal de salud; por ello que se realizó el trabajo titulado: Criterios de enfermería a considerar para la atención inicial de pacientes politraumatizados en un servicio de emergencia, con el objetivo de identificar los criterios que los enfermeros deben poseer durante la atención inicial a pacientes politraumatizados en los servicios de emergencia.

La Enfermería Basada en Evidencia (EBE) fue la metodología empleada en este estudio secundario, optando por 08 investigaciones científicas relacionadas al tema, utilizando bases de datos como Scielo, Cochrane, PubMed, Google Académico, aplicándoles minuciosamente la guía de utilidad y validez aparente de Gálvez Toro; seleccionando para el comentario crítico un estudio titulado “Guía de práctica clínica: Atención en emergencia del paciente politraumatizado”, determinándose un nivel de evidencia 3 y un grado de recomendación A según GRADE; calificando así su beneficio en toma de decisiones.

La revisión da respuesta finalmente al planteamiento de la pregunta clínica ¿Cuáles son los criterios de enfermería a considerar para la atención inicial de pacientes poli traumatizados en un servicio de emergencia? Refiriendo que la atención inicial protocolizada de forma secuencial desde el reconocimiento oportuno de signos y síntomas dentro del examen físico exhaustivo utilizando ABCDE ayudaría a minimizar las complicaciones y sus secuelas, mejorando enormemente la evolución clínica y acortando la estancia hospitalaria.

Palabras claves:

Trauma, poli traumatizado, hospital, enfermería, emergencia.

ABSTRACT

The initial care provided to polytrauma patients in emergency services poses a significant health issue due to the high mortality rate and adverse effects resulting from inadequate initial management caused by the limited knowledge of healthcare staff. Consequently, a study titled "Nursing Criteria to Consider for Initial Care of Polytrauma Patients in an Emergency Service" was undertaken to pinpoint the essential criteria that nurses should possess while attending to polytrauma patients in emergency services.

Evidence-Based Nursing (EBN) was the methodology employed in this secondary study, involving the selection of 8 scientific research studies related to the subject and using databases such as Scielo, Cochrane, PubMed, Google Scholar, with rigorous application of the utility and apparent validity guide by Gálvez Toro. A study called "Clinical Practice Guidelines: Emergency Care for Polytrauma Patients" was chosen for critical evaluation, indicating an evidence level of 3 and a recommendation grade A according to GRADE, thereby validating its utility in decision-making.

The review ultimately addresses the clinical query: What nursing criteria should be taken into account for the initial care of polytrauma patients in an emergency service? It proposes that a standardized initial care process, commencing with prompt identification of signs and symptoms during a comprehensive physical examination utilizing the ABCDE approach, could reduce complications and their repercussions, notably enhancing clinical outcomes and shortening hospital stays.

Keywords:

Trauma, polytrauma, hospital, nursing, emergency.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad los sistemas de emergencia se encuentran organizados de tal manera que su respuesta sea altamente eficiente para beneficio del paciente, optimizando recursos tecnológicos cada vez más avanzados y recursos humanos cada vez más competitivos, destacando la implementación progresiva de diversos protocolos y actuaciones sistemáticas basadas en flujogramas de actuación rápida de los muy diversos casos que pudieran presentarse en las salas de emergencia. En nuestro país, ya se encuentran implementados protocolos para abordaje de emergencias obstétricas disminuyendo con mucha eficiencia las complicaciones y el índice de morbimortalidad en el binomio madre – niño, haciendo uso estratégico de diversas metodologías como las claves obstétricas seccionadas por colores para la atención específica de cada una de las complicaciones presentadas durante el embarazo, parto y puerperio inmediato.

Otro de los casos que ya utiliza un protocolo muy difundido en nuestro sistema de salud, es el manejo del paro cardiorrespiratorio, independientemente de su etiología por complicaciones de patologías cardiovasculares o secundario a eventos accidentales de origen repentino; para éste diagnóstico se cuenta con capacitaciones y entrenamiento para su abordaje con roles de actuación establecidos en flujogramas de respuesta organizada para una alta efectividad, respaldada en estudios y experiencia con base científica de las más importantes instituciones de todo el mundo, quienes evidencian que la RCP disminuye los índices de mortalidad a un diagnóstico con gran aumento de prevalencia a nivel mundial.

Sin embargo, en una gran mayoría de nuestras salas de emergencia aún no está bien establecido el abordaje y manejo de una situación tan frecuente como el manejo de pacientes con traumatismos, aplicando muchas veces una atención obtenida de la formación del profesional a lo largo de la experiencia, de su criterio o de la capacidad de respuesta del equipo de salud presente, haciendo que su manejo no sea secuencial ni similar entre más de un paciente poli traumatizado, pudiendo afrontar de formas diferentes.

El término "poli traumatizado" se refiere a una persona que presenta muchas lesiones potencialmente mortales como consecuencia de un traumatismo. En la actualidad la causa principal tanto de mortalidad como de daños son los traumatismos, presentándose con mayor

prevalencia en los primeros cuarenta años de una persona y como principal causa de muerte en todo el mundo en todas las edades; y dado que los traumatismos se encuentran en el cuarto lugar de las causas de mortalidad, precedido solo por enfermedades cardiovasculares, por el incremento en los casos de cáncer y las infecciones respiratorias, su carga económica es enorme, tanto directa como indirectamente, debido a los costes asociados a la atención médica y a la pérdida de productividad¹.

Los traumatismos son una de las principales causas de mortalidad y discapacidad, que es un cuadro clínico que se presenta con alta incidencia en casi todas partes del mundo, tienen una amplia gama de causas, tipos de lesiones y gravedad². El pronóstico dependerá de la distribución trimodal de la mortalidad, que incluye muertes inmediatas, tempranas y tardías; la mortalidad de forma inmediata considera a las muertes que se producen inmediatamente después del traumatismo y hasta minutos después del suceso, está causada casi en su totalidad por lesiones muy severas e incompatibles con la vida, entre las que se incluyen los traumatismos craneo – encefálicos severo, la decapitación, el colapso de la vía respiratorias, el aplastamiento por objetos de gran tamaño y peso, el shock hipovolémico por hemorragia exanguinante. La mortalidad precoz se refiere a las muertes que se producen en las primeras 24 horas del accidente y están causadas por lesiones que pueden tratarse como los traumatismos craneo – encefálicos moderado, el compromiso o la obstrucción de vía aérea, la presencia de un neumotórax a tensión o taponamiento cardiaco, los traumatismo en la pelvis, y la presencia de hemorragias masivas, entre otras, representan a este grupo de pacientes críticos, donde la atención es esencial durante el manejo inicial de los pacientes que han sufrido traumatismos múltiples, reduciendo la mortalidad al proporcionar una atención oportuna y de calidad. Por último, ubicamos a la mortalidad tardía dado que se produce después de 48 horas del traumatismo y suele estar relacionada con secuelas o traumatismos graves; las causas más comunes de muerte en esta categoría incluyen los cuadros sépticos secundarios a complicaciones, la aparición de coagulopatías y eventos tromboembólicos, presencia de hipertensión intracraneal, y la falla orgánica múltiple son las causas más frecuentes de muerte en esta categoría³.

En nuestro país se produjeron 700.000 siniestros viales en la última década, con 310.000 víctimas mortales, 117.000 personas quedaron incapacitadas permanentemente solo entre los años 2020 y 2021, lo que ha supuesto importantes costes para la institución, el Estado y la familia.

Actualmente se calcula según estadísticas que aproximadamente el 60% de los politraumatizados están relacionados con sucesos posteriores a un accidente de tráfico, con una elevada tasa de mortalidad colocando también a las caídas como la segunda causa más frecuente de traumatismos. Esta casuística ha desbancado a otras enfermedades, pasando del noveno al tercer o cuarto puesto entre las principales causas de mortalidad⁴.

Hay dos máximos de incidencia en la mortalidad por edad: el primero se produce en torno a los 20 años para las armas de fuego y los incidentes de tránsito, y el segundo se produce en torno a los 80 años para las caídas, siendo en este grupo etario la osteoporosis el principal factor⁵. Según las estadísticas, pierden la vida cerca de millón y medio de personas anualmente en accidentes de tránsito, y otros 50 millones sufren múltiples lesiones; estas lesiones afectan a individuos de todas las edades, pero tienen un efecto desproporcionado en la población joven⁶.

Los pacientes que sufren politraumatismos presentan la mayor tasa de incidencia de ingresos hospitalarios en los servicios de urgencias y emergencias; estos pacientes también presentan una elevada tasa de morbilidad y mortalidad global, y es considerado dentro de las causas principales de mortalidad en las dos primeras décadas de vida⁷.

Según un estudio que busca recabar indicadores sobre la carga mundial de morbilidad, el año anterior se originaron en todo el mundo más de 2.5 millones de casos de enfermedad, de ellos el 11.2% se consideraron lesiones traumáticas, el 29% fueron consecuencia de lesiones sufridas en accidentes de tránsito, 12.6% lesiones relacionadas a caídas y 9.16% que supone se relacionan a eventos aludidos a violencia interpersonal; sin embargo cada año en Perú este tipo de lesiones por accidentes de tránsito provocan una cifra desproporcionadamente alta de visitas a las salas de urgencias y emergencias además de una alta probabilidad de mortalidad. Suponen un reto importante para el Sistema Nacional de Salud, que necesita asignar recursos infraestructurales, financieros y humanos que de otro modo podrían haberse utilizado para abordar otros problemas de salud⁶.

Dada la naturaleza de nuestro mundo, los pacientes politraumatizados requieren con frecuencia una atención prioritaria de alto nivel porque debido al tipo de lesiones que presentan son considerados con un elevado riesgo de mortalidad, los cuales requieren un trabajo conjunto entre las distintas especialidades y profesiones sanitarias; a pesar de que en estas situaciones es necesaria una atención oportuna, eficiente y especializada, se ha observado con frecuencia una

atención que no corresponde con esa exigencia porque con mucha frecuencia se aborda prioritariamente el aseguramiento de la vía aérea, pero no se da la misma prioridad a la valoración inmediata general⁸.

Actualmente se evidencia que en los servicios de emergencia de ciertos hospitales se desconoce el manejo correcto y secuencial que la enfermera debe asumir con conocimiento aplicando la destreza y habilidad en su actuar. Este escenario se presenta al recibir un paciente politraumatizado donde los enfermeros brindan atención inicial de forma aleatoria, esto se hace debido a la ausencia de un manual de procedimientos a seguir o de funciones que cada profesional debe llevar a cabo. Este accionar, pone en peligro al paciente y eleva peligrosamente su tasa de mortalidad. Considero que este trabajo se justifica porque hoy en día esta problemática ha incrementado las cifras de morbilidad, las secuelas en estos pacientes son increíbles y agregado el costo social, es por ello es imperativo que las enfermeras actúen con conocimiento científico y que apliquen las diferentes técnicas y maniobras en cada fase de la valoración inicial y secundaria.

El objetivo primordial de la revisión en estudio fue determinar los criterios que debe emplear los enfermeros al brindar la atención inicial a pacientes con traumatismos que ingresan a la sala de emergencia integrando protocolos que permitan proporcionar atención y cuidados especializados a los pacientes con algún tipo de traumatismo considerando la exploración física exhaustiva rápida y ordenada, así como el ABCDE del trauma en la revisión primaria para reconocer y localizar las contusiones, heridas y hemorragias que representen un riesgo potencial para la supervivencia del individuo afectado, además de prevenir posteriores complicaciones, lesiones secundarias y secuelas en el paciente; por ello la presente revisión crítica identifica que es necesario integrar protocolos para el buen manejo del paciente con traumatismo ya que al conocer la secuencia de actuación inicial considerando el alto índice de casos clínicos que representa permitirá aumentar las posibilidades de supervivencia, disminuir significativamente las complicaciones minimizando el riesgo de secuelas relacionadas a las lesiones causadas así como reducir los tiempo de estancia hospitalaria así como los costes sociales y personales que se ven inmersos en ella, así mismo, esta investigación también servirá para desarrollar y mejorar los procesos internos del servicio, así como para realizar más investigaciones en las líneas de emergencias y urgencias.

CAPÍTULO_II: MARCO METODOLÓGICO

1.1 Tipo de investigación

La realización de esta revisión secundaria, fue utilizando el método utilizado en la presente revisión, el cual implica un proceso de revisión de numerosos estudios de investigación primaria de prestigio, basados en criterios metodológicos fiables, con el fin de proporcionar una respuesta a una problemática que ha sido identificado en la práctica del entorno clínico, para lo cual el investigador está familiarizado con el tema, posteriormente, se han investigado nuevos aspectos, en los que es necesario buscar información y realizar análisis para actualizar conocimientos y/o identificar los conceptos actualizados⁹.

1.2 Metodología EBE

La presente revisión crítica, titulada "Criterios enfermeros en la atención primaria a pacientes politraumatizados en urgencias", se ha desarrollado con la ayuda de los cinco pasos de la EBE, que incluyen el uso prudente, intencionado, claro y sensato de la mejor evidencia de alta calidad científica disponible de los conocimientos de enfermería para fundamentar las decisiones relativas a los cuidados del paciente, considerando siempre los valores del paciente y sus preferencias particulares.

La aplicación de la enfermería basada en evidencia se estructura en torno a un conjunto secuencial de etapas integradas que surgen de la relación fluida entre los enfermeros y sus pacientes. Estas fases se presentan de forma didáctica en las cinco fases siguientes:

Formulación de la pregunta: En esta fase se aborda una pregunta derivada de la cuestión, la incertidumbre o el problema que hay que resolver. En el transcurso de la práctica clínica ordinaria, una persona puede plantearse este tema por curiosidad intelectual o por la necesidad de resolver un problema terapéutico. Estas preguntas deben ser estructuradas y concretas, y deben identificar claramente a la persona, la población, el entorno, el curso de acción actual y la nueva intervención que debe considerarse, así como el resultado previsto, es por ello que se plantea como pregunta clínica de la presente revisión crítica: ¿Cuál son los criterios que los enfermeros deben aplicar durante la atención primaria de pacientes politraumatizados en emergencia?

Búsqueda Bibliográfica: Incluye realizar una búsqueda de fuentes publicadas que arroje la mejor respuesta a la cuestión o pregunta planteada; esta búsqueda debe realizarse de forma analítica para valorar la fiabilidad de los datos obtenidos; en esta fase, el investigador realiza la búsqueda utilizando diversas bases de datos, encontrando numerosos artículos científicos en idioma portugués, idioma español e inglés; seleccionando buscadores confiables como Cochrane, Alicia, Scielo y Google Scholar; al finalizar se eligieron 8 investigaciones, pero sólo 1 alcanzó superar el filtro proporcionado en la guía de validación Gálvez Toro.

Lectura crítica: Se utilizó el AGREE II como instrumento porque es un mecanismo que analiza, filtra y valora el rigor de la metodología y de la transparencia con que se realiza una guía, también pretende proporcionar un marco para calificar imparcialmente la calidad, una estrategia metodológica para la elaboración de directrices y determinar qué información y cómo debe presentarse una guía, es así que el investigador trabajó en esta fase el estudio de una Guía de práctica clínica titulada “GPC de la atención en emergencia del paciente politraumatizado”¹⁰.

Implementación de las evidencias en la práctica: El objetivo de esta etapa es aplicar las recomendaciones obtenidas con la finalidad de cambiar o reforzar comportamientos que se han demostrado necesarios y terapéuticos a través de la investigación y la experimentación, en donde por motivos de tiempo no se llegara a esta etapa de la investigación.

Evaluación: Para determinar si se han alcanzado los objetivos, es esencial evaluar el impacto de una intervención, teniendo en cuenta datos fisiológicos, psicológicos, de reducción de costes, de duración de la estancia, de satisfacción laboral y de satisfacción de los usuarios¹¹.

1.3 FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA SEGÚN ESQUEMA PS

Formulación de la Pregunta y Viabilidad		
P	Problema	Personal de enfermería que realiza atención inicial en el área de emergencia al paciente politraumatizado sin criterios de actuación específicos debido a la ausencia de un manual de procedimientos a seguir, lo cual pondría en riesgo su evolución, los tiempos de estancia hospitalaria y las posteriores secuelas de los pacientes.
S	Situación	La atención de pacientes con traumatismos a su ingreso son asumidas por los enfermeros al servicio de emergencia muchas veces sin seguir protocolos que permitan proporcionar atención y cuidados especializados a los pacientes con algún tipo de traumatismo, considerando la exploración física exhaustiva rápida y ordenada, así como el ABCDE del trauma en la revisión primaria para reconocer y localizar las lesiones, exponiendo al paciente a potenciales complicaciones, lesiones secundarias y secuelas de uno de los eventos con más alta incidencia en la sociedad local, nacional y mundial.
Oxford-Centre of Evidence Based Medicine.		

Tabla 1. Formulación de la Pregunta y Viabilidad

PREGUNTA CLÍNICA FORMULADA:

¿Cuáles son los criterios de enfermería a considerar para la atención inicial de pacientes politraumatizados en un servicio de emergencia?

1.4 VIABILIDAD Y PERTINENCIA DE LA PREGUNTA

La pregunta formulada en la presente revisión fue considerada viable y justifica notablemente su pertinencia al proporcionar de forma estratégica y clara una visión general del entorno en que se desarrollan las atenciones en los servicios de emergencia de los hospitales, haciendo especial énfasis en la importancia de una adecuada atención inicial del paciente politraumatizado y su relación directamente proporcional con una evolución clínica favorable, una menor duración del tiempo de permanencia hospitalaria, un periodo de recuperación más corto y la disminución del riesgo de secuelas postraumáticas que enfrentan este tipo de

pacientes.

1.5 METODOLOGÍA DE BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN

Para el desarrollo de la presente revisión crítica se tuvo que conocer el manejo de la metodología para la elaboración de investigaciones basada en Evidencia en el campo científico de la enfermería, teniendo como punto de partida a la exhaustiva y minuciosa elección de la pregunta clínica, para lo cual se utilizó como método de ayuda al esquema PICOT por su comprobada efectividad para la formulación en el curso de este tipo de estudios; seguido de ello, también se procedió con la selección detallada de las palabras claves de utilidad que lograron mostrar su relación con el tema tratado en el presente estudio, tomando de forma estratégica las palabras siguientes: Trauma, politraumatizado, hospital, enfermería, emergencia.

Por otro lado, también se abordó de forma coherente la consideración de criterios de inclusión que resultaron pertinentes para el desarrollo de esta revisión, definiendo como un criterio inclusivo a estudios y publicaciones realizadas por otros profesionales que también se encontraron implicados de alguna forma en el ámbito hospitalario en la atención inicial del paciente con algún tipo de lesión traumática.

Seguido a dicha etapa, y durante un tiempo referencial de 4 meses, se continuó investigando, en las bases de datos en idiomas inglés, español y portugués, en buscadores como SCIELO, PUBMED, CUIDEN, Google Académico y la Biblioteca Virtual en Salud (BVS), , optando por 08 investigaciones científicas relacionadas al tema; los cuales fueron aplicándoles minuciosamente la guía de utilidad y validez aparente de Gálvez Toro, concluyendo en la elección de una guía de practica clínica para el comentario crítico con el título: GPC de atención en emergencia del paciente politraumatizado, realizada por el prestigioso Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa de nuestra ciudad capital Lima, Perú en mayo del año 2021, por tener compatibilidad con la pregunta clínica establecida en la presente revisión, por tratarse de una revisión bibliográfica cualitativa de tipo descriptiva y por contar con un nivel de evidencia y grado de recomendación A-III según la propuesta del modelo Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE) que la califica para la toma de decisiones como beneficiosa.

Cuadro N°02: Paso 1: Elección de las palabras claves			
Palabra Clave	Inglés	Portugués	Sinónimo
Trauma	Trauma	Trauma	Politraumatismo
Hospital	Hospital	Hospitalar	Hospitalario
Enfermería	Nursing	enfermagem	Personal de salud
Emergencia	Emergency	emergência	Urgencias
Politraumatizado	polytraumatized	politraumatizado	politraumatizado

Tabla 2. Paso 1: Elección de las palabras claves

Cuadro N°03: Paso 2: Registro escrito de la búsqueda				
Base de datos consultada	Fecha de la búsqueda	Estrategia para la búsqueda o Ecuación de búsqueda	N° de artículos encontrados	N° de artículos seleccionados
Scielo	Abril	Trauma,	15	2
Pub Med	Abril	Traumatismo,	20	2
Cuiden	Abril	Politraumatismo,	12	1
Google academic	Abril	Enfermería,	50	3
Biblioteca virtual de salud	Abril	Emergencias, Urgencias.	10	2

Tabla 3. Paso 2: Registro escrito de la búsqueda

Cuadro N° 04: Paso 3: Ficha para recolección Bibliográfica					
Autor (es)	Título Artículo	Revista	Link	Idioma	Método
Luis Pancorvo Escala, Sonia Escudero Vidal, Jorge Herrera Quispe, Pablo Arredondo Manrique, Víctor Llacsá Saravia, Jaime Vásquez Izaguirre, Walter Fumachi Romero.	Guía de practica clínica de atención en emergencia del paciente politraumatizado	Portal de transparencia de del hospital de emergencias José Casimiro Ulloa	https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/1301/Guia_practica_clinica_atencion_en_emergencia_del_paciente_politraumatizado_2_compressed.pdf	Español	Revisión bibliográfica de tipo descriptiva
Espinoza Celi Arelis Alexandra	Manejo prehospitalario del trauma facial.	Repositorio digital de la universidad central del ecuador - carrera de atención prehospitalaria y en emergencias - 2021	http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/25004	Español	revisión bibliográfica de tipo descriptivo

Tabla 4. Paso 3: Ficha para recolección Bibliográfica

Maliza Pacari, Cristian Danilo	Manejo del dolor en pacientes poli traumatizados	Repositorio digital de la universidad central del ecuador - carrera de atención prehospitalaria y en emergencias - 2022	http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/28998	Español	Metodología: revisión de tipo descriptivo
Peña Ramírez, Nilda Andrea	Nivel de conocimiento en el manejo pre hospitalario del paciente politraumatizado en alumnos de la Segunda especialidad en enfermería	Repositorio Digital universidad Norbert Wiener – facultad de ciencias de la salud - 2022	https://hdl.handle.net/20.500.13053/7079	Español	revisión de tipo descriptivo
Belaunde García, Laura Adriana; Ramírez López, Lisset Yohana; Cáceres Robles, Juan Carlos	Conocimiento y práctica del personal de enfermería en la atención de pacientes politraumatizados por el servicio móvil de urgencias.	Repositorio Institucional Universidad Peruana Cayetano Heredia - 2018	https://hdl.handle.net/20.500.12866/3914	Español	estudio es con enfoque cuantitativo, correlacional, corte transversal

Carrillo-García, C., Ríos-Rísquez, M.I., et al	La satisfacción de la vida laboral de los enfermeros de las unidades móviles de emergencias de la Región de Murcia	Enfermería Global; Murcia 14.4 (Oct 2015): 266- 275	https://revistas.um.es/egloba1/article/view/198061	Español	Estudio cuantitativo de corte transversa
Batista Santana J. C., Lyra da Silva R. C., et al.	La ética y la humanización del servicio en una atención prehospitalaria: ¿qué piensan los profesionales de la salud?	Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online Vol. 4 Núm.4. Julio-septiembre 2012 Pags. 2744-2754	https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=93579	Español	Estudio descriptivo de carácter exploratorio y cualitativo
Lins, Thais Honorio; Lima, Ana Xênia Buarque, et al.	Diagnósticos e intervenciones de enfermería en víctimas de trauma durante atención prehospitalaria utilizando la CIPE	Rev. Eletr. Enf. Vol.15 no.1 Jan. /Mar. 2013	https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-717885	Portugués	Estudio de abordaje descriptivo y cuantitativo

1.6 SÍNTESIS DE LA EVIDENCIA ENCONTRADA A TRAVÉS DE LA GUÍA DE VALIDEZ Y UTILIDAD APARENTES DE GÁLVEZ TORO

SÍNTESIS DE LA EVIDENCIA ENCONTRADA A TRAVÉS DE LA GUÍA DE VALIDEZ Y UTILIDAD APARENTES DE GÁLVEZ TORO					
Criterios de Validez	¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	¿Son seguras las evidencias para el paciente?	¿Son válidos los resultados y los hallazgos?
	1	2	3	4	5
Guía de práctica clínica de atención en emergencia del paciente politraumatizado	Se presentó resultado de los hallazgos	Lo resuelve	Puedo aplicarlo	SI	SI
Manejo prehospitalario del trauma facial	Se presentó resultado de los hallazgos	Resuelve parcialmente	No puedo aplicarlo	SI	SI
Manejo del dolor en pacientes poli traumatizados	Se presentó resultado de los hallazgos	Resuelve parcialmente	Puedo aplicarlo	SI	SI
Nivel de conocimiento en el manejo hospitalario del paciente politraumatizado en alumnos de la segunda especialidad en enfermería	No cuenta con resultados	No lo resuelve	No puedo aplicarlo	NO	NO
Conocimiento y práctica del personal de enfermería en la atención de pacientes politraumatizados por SAMU	No cuenta con resultados	No lo resuelve	No puedo aplicarlo	NO	NO
La satisfacción de la vida laboral de los enfermeros de las unidades móviles de emergencias de la Región de Murcia	Se presentó resultado de los hallazgos	No lo resuelve	NO puedo aplicarlo	NO	NO
La ética y la humanización del servicio en una atención prehospitalaria ¿qué piensan los profesionales de la salud?	Se presentó resultado de los hallazgos	Resuelve parcialmente	NO	SI	SI
Diagnósticos e intervenciones de enfermería en víctimas de trauma durante atención prehospitalaria utilizando la CIPE	Se presentó resultado de los hallazgos	NO	NO	SI	SI

Tabla 5. Síntesis de la evidencia encontrada a través de la guía de validez y utilidad aparentes de Gálvez Toro

1.7. LISTAS DE CHEQUEO ESPECÍFICAS A EMPLEAR PARA LOS TRABAJOS SELECCIONADOS

Cuadro N° 07: Listas de chequeo según artículo y su nivel de evidencia			
Título del Artículo	Tipo de Investigación- Metodología	Lista empleada	Nivel de evidencia y grado de recomendación
Guía de práctica clínica de atención en emergencia del paciente politraumatizado	Cualitativa- revisión bibliográfica de tipo descriptivo	AGREE II	A-III
Manejo pre hospitalario del trauma facial.	Cualitativa- revisión bibliográfica de tipo descriptivo	CASPE	B-III
Manejo del dolor en pacientes poli traumatizados	Cuantitativo- revisión bibliográfica de tipo descriptivo	CASPE	A-II
Nivel de conocimiento en el manejo pre hospitalario del paciente poli traumatizado en alumnos de la Segunda especialidad en enfermería.	Cuantitativo- revisión bibliográfica de tipo descriptivo	Gálvez Toro	B-III
Conocimiento y practica del personal de enfermería en la atención de pacientes politraumatizados por SAMU	Cuantitativo – correlacional de corte transversal.	Gálvez Toro	B-III
La satisfacción de la vida laboral de los enfermeros de las unidades móviles de emergencias de la Región de Murcia	Cuantitativo- descriptivo observacional de corte transversal	Gálvez Toro	B-II
La ética y la humanización del servicio en una atención pre hospitalaria: ¿qué piensan los profesionales de la salud?	Cualitativo- descriptivo de carácter exploratorio	Gálvez Toro	C-II
Diagnósticos e intervenciones de enfermería en víctimas de trauma durante atención prehospitalaria utilizando la CIPE	Cuantitativa- descriptiva	Gálvez Toro	B-III

Tabla 6. Lista de chequeo según artículo y su nivel de Evidencia

DESARROLLO DEL COMENTARIO CRÍTICO

2.1 ARTÍCULO PARA REVISIÓN

a. Título de la Investigación secundaria

Criterios de enfermería en la atención primaria de pacientes politraumatizados en emergencia

b. Revisor: Lic. Enf. Herinzon Jesus Chavez Libia.

c. Institución: Escuela de Enfermería: USAT. Chiclayo - Perú.

d. Dirección para correspondencia: Condominio Sol de Pimentel Mz M lote 6

—

Pimentel. E-mail: herinzochavez@gmail.com

e. Referencia completa del artículo seleccionado para revisión:

Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa. Guía de práctica clínica de atención en emergencia del paciente politraumatizado. Ministerio de Salud, Lima: HEJCU, 2021. [En internet]; 2023. [Consultado el 19 de junio de 2023].

Disponible en:

— http://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/1301/Guia_praactica_clinica_atencion_en_emergencia_del_paciente_politraumatizado_2_compressed.pdf

f. Resumen del artículo original:

La presente revisión crítica se llevó a cabo con la intención de brindar recomendaciones para establecer un diagnóstico oportuno y poder ofrecer un manejo integral y seguro a los pacientes politraumatizados que son referidos al Hospital José Casimiro Ulloa en el marco de la pandemia COVID-19, para optimizar y estandarizar el proceso de atención sanitaria, fomentando al mismo tiempo la toma de decisiones basada en la evidencia y el uso sensato de los recursos.

Durante la realización de la GPC de atención en emergencia del paciente politraumatizado, fue una época donde la demanda de pacientes con diagnóstico de COVID-19 positivo fue muy alta y se buscó responder adecuadamente a los casos de trauma considerando el uso pertinente de barreras de protección en el personal asistencial para disminuir sustancialmente el riesgo de contagio por esta enfermedad. El estudio es una revisión bibliográfica de tipo cuantitativo con diseño descriptivo; qué

será de relevante conocimiento para el equipo multidisciplinario que prestan sus servicios en emergencias y desastres, considerando a médicos de diferentes especialidades, personal de enfermería, tecnólogos y todo el que intervenga en el desarrollo asistencial con los pacientes politraumatizados en el área de emergencia. Esta guía también considera como población blanca a pacientes adultos y pediátricos con diagnóstico clínico de politraumatismo que requieran atención sanitaria en las instalaciones del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

Las personas que contribuyeron al grupo de desarrollo de directrices de la práctica clínica de atención en emergencia del paciente politraumatizado, declaran no tener ningún conflicto de interés, teniendo como único propósito al elaborar esta pauta el de estandarizar la práctica asistencial en la atención oportuna en emergencia del paciente politraumatizado.

g. E-mail de los autores del artículo original: webmaster@hejcu.gob.pe

h. Palabras claves: atención en emergencia, politraumatizado, guía de práctica clínica.

2.2 Comentario Crítico

Las guías de práctica clínica se elaboran de forma metódica para servir de recurso en el proceso de toma de decisiones entre profesionales de la salud respecto a circunstancias clínicas específicas, desarrollando un rol determinante en la realización de directrices de salud, sus beneficios potenciales son tan importantes como su calidad, la cual puede ser considerablemente cambiante y situaciones específicas no logran alcanzar estándares básicos, por ello se empleó una lista de chequeo para el desarrollo del comentario crítico conocida como AGREE II, la cual evalúa la eficacia de la información empleada en guías clínicas, el rigor metodológico, la transparencia con la cual fue elaborada, así también como la precisión de las diferentes recomendaciones ofreciendo una evaluación imparcial sobre su validez, es decir, la probabilidad de obtener los resultados deseados¹⁰.

La lista de chequeo AGREE II consiste en 23 ítems claves organizados en seis dominios, cada área abarca una dimensión diferenciada de la calidad de la guía. La primera parte de la directriz se denomina "ámbito de aplicación y objetivo" y consta de tres sub apartados: las cuestiones clínicas concretas, el grupo de pacientes al que va dirigida y el objetivo general de la directriz. La segunda área trata de la participación de las partes interesadas, término que se refiere al grado en que la guía refleja las perspectivas de las personas que van a utilizarla. El tercer ámbito se organiza en función del rigor de la elaboración, que se refiere al procedimiento que se utilizó

para obtener y analizar los datos, así como a las técnicas que se emplearon para crear las sugerencias y mantenerlas actualizadas. La claridad de la presentación se evalúa en la cuarta categoría, que tiene en cuenta el lenguaje utilizado, así como la estructura y el diseño de la guía. La última categoría es la aplicabilidad, y aquí se examinan las diversas repercusiones del uso de la guía en términos de consideraciones organizativas, de comportamiento y financieras. El último componente se conoce como independencia editorial, y se refiere a la imparcialidad de las sugerencias, así como a la identificación de cualquier posible conflicto de intereses por parte del equipo encargado de elaborar la guía¹⁰.

La directriz sujeta a análisis fue la Guía de práctica clínica de atención en emergencia del paciente politraumatizado, analizando el alcance y objetivo en su primer dominio, donde nos indica que ha sido diseñada para el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, para orientar la práctica clínica en el área de emergencia, para diagnóstico y manejo temprano del paciente politraumatizado; esta guía tiene como objetivo brindar recomendaciones para establecer un diagnóstico oportuno y poder ofrecer un manejo integral y seguro a los pacientes politraumatizados que son referidos al hospital, con el objetivo de mejorar y normalizar las prácticas sanitarias, fomentando la toma de decisiones basada en pruebas y haciendo un uso más eficiente de los recursos disponibles.

El desarrollo de la guía fue planteada dentro del contexto de la pandemia originada por SARS-CoV-2, época donde la demanda de pacientes con diagnóstico de COVID-19 positivo, fue muy alta y se buscó responder adecuadamente a los casos de trauma en pacientes adultos y pediátricos, considerando el uso pertinente de barreras de protección en el personal asistencial para evitar y/o reducir el riesgo de contagio por esta enfermedad, ya que los accidentes de tránsito aún constituyen un problema de salud pública de alta incidencia y de manejo complejo pues llegan a provocar dolor, muerte y lesiones discapacitantes, con repercusión económica en la víctima, su familia y en la sociedad.

Dentro del segundo dominio donde considera la participación de los implicados en la realización de la guía de práctica clínica, encontramos que no se incluye a todos los grupos profesionales dada la implicancia del nivel de abordaje que requiere el paciente con el diagnóstico de politraumatismo, sin embargo, se valora que todo el equipo elaborador cuenta con especialidades pertinentes compatibles con la necesidad del objeto de estudio de la investigación. Así mismo, se ha valorado los puntos de vista y preferencias de la población

diana para formular las recomendaciones vertidas en la guía de práctica clínica, además de considerar los aspectos epidemiológicos asociados al entorno.

Para el tercer dominio se realiza la evaluación del rigor científico, que consiste en el manejo cuidadoso y el tratamiento de la información, datos o técnicas para eliminar o reducir significativamente cualquier aspecto que pudiese condicionar o sesgar, ya sea por creencias u opiniones que hagan de la información captada algo subjetivo, haciendo referencia una serie de procesos mentales que conducen a una conclusión apropiada en relación con la revisión en curso¹².

Para el presente estudio se consultaron Guía de Practica Clinica que cursaron con un porcentaje de AGREEII, el cual evalúa el rigor metodológico y la transparencia con la cual se elabora una guía, superior al 60%, lo que nos indica que es confiable para utilizarlo como referente para la revisión crítica del presente trabajo. Así también se indago en los buscadores como Medline, Pubmed y Lilacs, en donde se utilizaron para la búsqueda palabras claves estratégicamente enfocadas al tema de investigación, teniendo en cuenta el criterio de búsqueda de estudios que no excedan los 5 años de publicación; además las recomendaciones se elaboraron de acuerdo con el enfoque GRADE y tras realizar un análisis de la evidencia encontrada.

En el cuarto dominio se evalúa la claridad de la presentación, donde el lenguaje empleado en las recomendaciones; las cuales fueron sustentadas con evidencia de rigor científico confiable; son específicas y pertinentes para el grado y nivel académico de la población diana, además de mostrar estratégicamente organizados una serie de flujogramas que muestran una secuencia fácilmente identificable y aplicable para el abordaje y manejo de los distintos tipos de trauma según el diagnóstico y la condición del paciente.

En el quinto dominio en el que se valora la aplicabilidad de la guía de práctica clínica se valora en cómo deben ser ejecutadas las recomendaciones, considerando las posibles implicancias sobre la disponibilidad de los recursos existentes, así mismo, indican criterios de monitoreo y auditoria, las cuales son ejecutadas por las jefaturas de departamentos que tienen a cargo el área de emergencia para lograr obtener los indicadores de porcentaje de adherencia a la GPC de atención al paciente politraumatizado.

En el último dominio se analiza de independencia editorial el cual valora la transparencia de los miembros del grupo elaborador de la guía de práctica clínica, los cuales demostraron sus principios éticos al no tener ningún conflicto de intereses, siendo el objetivo primario evitar el sesgo al buscar estandarizar la práctica asistencial en la atención oportuna en emergencia del paciente politraumatizado; también se incluye un apartado de evaluación global donde se califica la calidad general de la guía y su nivel de recomendación para poner en práctica, alcanzando un resultado del 97% para la guía de práctica clínica en estudio.

En contraste con realidades de países del primer mundo, se encuentran con antecedentes como el del servicio de Urgencias Canario de Gran Canaria – España, en el que refuerzan la importancia de la implementación de protocolos de actuación para el abordaje eficiente del paciente con traumatismos, concluyendo que el entrenamiento constante y la adecuada ejecución sistemática de la valoración, detección y tratamiento inmediato de los sucesos que representan un riesgo inminente para la vida del paciente en muy corto espacio de tiempo evita que alguna lesión pueda pasar desapercibida¹³.

Así mismo, uno de los métodos más utilizados en el mundo y desarrollado por organizaciones norteamericanas fue desarrollado el soporte vital avanzado en trauma (ATLS), el cual en su 10ª edición actualizada, menciona que el manejo del paciente con algún tipo de trauma se organiza en etapas claramente definidas, donde la valoración inicial primaria, la evaluación secundaria, la categorización y la reevaluación continua son la constante recomendación en la atención al paciente con traumatismos, evidenciando así una metodología válida para alcanzar altos estándares de atención clínica que permitirá el abordaje más eficiente para un tipo de paciente con un alto grado de complejidad como este¹⁴.

También destaca un estudio comparativo que estudia la mortalidad de los pacientes con traumatismos producidos por accidentes de tránsito muestra que en Colombia se presentó un índice de mortalidad menos favorable en comparación con España y Estados Unidos, reconociendo al traumatismo como una problemática de salud recurrente de interés público y afirmando en su investigación que la evaluación sistemática recomendada en las guías de práctica clínica para la atención del paciente adulto son recomendables para su uso en el campo clínico y planteando la adaptación de medidas exitosas en otros países a su realidad¹⁵.

Las evidencias científicas de una investigación realizada una universidad en Barcelona muestra

una relación entre los accidentes de tránsito y el manejo clínico del trauma, en la que deja en evidencia que, si no se toman medidas oportunas, los traumatismos continuaran incrementando y encabezando los factores potenciales más altos de mortalidad generada, por ello afirma como una evidencia a destacar que las actuaciones clínicas del personal que toma las decisiones en el área de emergencia influye notablemente sobre la evolución del paciente. Rubiano AM, et al, recomendaciones relacionadas con la atención inicial de urgencias¹⁶.

En una investigación realizada por Soria A., Freire T., en el Ecuador, la cual tuvo como objetivo la evaluación realizada durante la atención que los enfermeros brindan a pacientes politraumatizados en un servicio de emergencia, el cual concluyo que la adquisición de conocimientos con base científica por parte del personal de enfermería es imperativa para los enfermeros, ya que es un requisito previo para proporcionar los cuidados adecuados y disminuir la probabilidad de que se produzcan más lesiones potencialmente mortales que puedan poner en peligro el estado del paciente politraumatizado¹⁷.

En Cuba, en una investigación realizada por Horta en el 2022, donde su objetivo fue describir cuales son las actividades principales a ejecutar en la atención de pacientes con múltiples traumatismos, donde se concluyó que para atender a un paciente con traumatismos se necesita un equipo multidisciplinar con formación en soporte vital y capacidad para llevar a cabo técnicas de salvamento aplicando metódicamente los principios ABCDE¹⁸.

A nivel nacional encontramos que en una investigación realizada por Carranza en Trujillo en el año 2019, específicamente en la Red de Salud de la ciudad norteña de Pacasmayo, en el que busco determinar la relación existente entre el nivel de conocimiento del personal asistencial de enfermería y las prácticas del cuidado aplicadas al paciente con traumatismos múltiples ingresados en su servicio de emergencia; encontrando que el 100% del personal asistencia de enfermería del servicio de emergencia evidenciaron un nivel de conocimiento malo, mostrando un 77% de práctica de los cuidados de enfermería calificado como deficiente y alcanzado solo un 23% de buenas prácticas¹⁹.

Una definición del Comité de Trauma del Colegio Americano de Cirujanos (ACSCOT) afirma que los sistemas de abordaje de trauma son “un esfuerzo articulado, integrado dentro de los sistemas locales de salud, que son ejecutados en un ámbito geográfico establecido, que brinda altos estándares de cuidados en todos los pacientes con múltiples traumatismos”. Esto se debe

a que el tratamiento de un paciente politraumatizado presenta dos características únicas que no se dan en otros pacientes quirúrgicos, por un lado, suele requerir operaciones intrincadas que exigen varios especialistas; esto disminuye la influencia de un especialista en particular y pone de relieve la importancia de la experiencia y conocimiento de todo el equipo multidisciplinario. Por otra parte, el tiempo que transcurre hasta que finaliza el tratamiento es un factor pronóstico, y la propia terapia es un componente pronóstico crítico²⁰.

En la Guía de Práctica Clínica analizada, las recomendaciones finales se abordan en las directrices para la rápida atención inicial del paciente politraumatizado utilizando la mnemotecnia ABCDE, el cual aborda el control de las vías respiratorias del paciente y el manejo con protección cervical (A), el control del sistema respiratorio (B), el control de la circulación (C), la evaluación del estado neurológico (D) y la exposición ambiental (E). Dado que la vida de la víctima dependerá de ello, cada uno de estos aspectos debe examinarse de forma correlativa y secuencial, y cada uno debe tratarse de forma rigurosa. Concretamente, no debe continuar, saltar u obviar ningún parámetro hasta que no se haya evaluado eficientemente el que le precede.

Sin embargo al contrastar con la realidad de muchas salas de emergencia de nuestro entorno local no se cuentan con un protocolo concretamente establecido para el abordaje de este tipo de pacientes, siendo el factor común el manejo limitado por la pericia del personal de turno careciendo de uniformidad y organización; como si se encuentran definidas, organizadas y estandarizadas para otro tipo de emergencia, como lo son las emergencias cardiovasculares, destacando la parada cardio respiratoria la cual es manejada con un algoritmo bastante difundido, concientizado y estandarizado. Otras emergencias con protocolos de manejo establecidos son las emergencias obstétricas que consiste en el uso de claves obstétricas clasificada por los colores amarillo rojo y azul según el cuadro clínico presentado por la gestante y está implementado en todos los niveles de atención.

Por último, en la Asociación Española de Cirujanos mencionan de forma relevante en sus Guías Clínicas sobre la importancia de la implementación de un protocolo de trauma en las instituciones ya que esta disminuye la tasa de mortalidad en un 10-20 % y reduce en un 50 % las muertes evitables. A ello se le suma que los médicos, enfermeros y otros miembros del personal que interactúan con los pacientes y/o sus familias también deben recibir una formación excepcional como parte de los requisitos de calidad del protocolo para todas las fases de la

atención al paciente²⁰.

2.3 Importancia de los resultados

Los resultados de la presente revisión indican que la atención inicial a los pacientes con algún tipo de traumatismo que se realicen de forma organizada sistémica y protocolizada siguiendo los lineamientos de una GPC mejorará los criterios de actuación en los servicios de emergencia, al ejecutar las recomendaciones para su atención de forma secuencial desde el reconocimiento oportuno de signos y síntomas dentro del examen físico exhaustivo, utilizando protocolos como el ABCDE además de orientar sobre las pruebas diagnósticas de elección y ofrecer pautas para el manejo terapéutico además de destacar el beneficio de reducir las complicaciones y las secuelas para mejorar considerablemente el pronóstico del paciente y reducir la permanencia hospitalaria; a su vez que permite reducir el riesgo de complicaciones agregadas a los eventos traumáticos que presentan los pacientes ingresados a la sala de emergencia con el diagnóstico en estudio, también se concluye que el abordaje basado en el uso de guías y protocolos se facilitará la toma de decisiones a los profesionales sanitarios sobre circunstancias clínicas concretas, cumpliendo un rol fundamental en el desarrollo de políticas sanitarias, recordando también que sus beneficios potenciales son tan importantes como su calidad; sin embargo, su ejecución sin una evaluación eficiente podría representar en algunas circunstancias específicas que no se pueda lograr alcanzar los requerimientos estandarizados mínimos básicos.

2.4 Nivel de evidencia

Para evaluar la calidad de los datos utilizados en las guías clínicas, el rigor metodológico y la transparencia con que se elaboraron, así como la calidad de algunos aspectos de las recomendaciones, se elaboró el comentario crítico utilizando la lista de comprobación AGREEII. Esta evaluación proporciona una valoración imparcial de la validez de las recomendaciones, o de la probabilidad de que produzcan los resultados deseados, mientras que para la valoración del grado de evidencia encontrada se determinó de acuerdo con el sistema GRADE de graduación de recomendaciones, valoración, desarrollo y evaluación, lo que nos llevó a determinar un nivel de evidencia III, debido a que esta clasificación tiene en cuenta informes basados en experiencias recolectadas dentro del entorno clínico, la intensa búsqueda de estudios de tipo descriptivo o a los informes realizados por comités de expertos. Adicionalmente, se determinó como apropiado un grado de recomendación A.

2.5 Respuesta a la pregunta

La respuesta asistencial protocolizada para el manejo del paciente politraumatizado es uno de los criterios más importantes que el personal de enfermería debe aplicar durante la atención primaria de urgencias con pacientes politraumatizados. Esta respuesta para el manejo del paciente politraumatizado inicia con la exhaustiva exploración física primaria y secundaria haciendo uso del ABCDE del trauma el cual incluye el control y desobstrucción de la vía aérea, el soporte hemodinámico a nivel cardiovascular, el reconocimiento del estado neurológico sin pasar por alto el entorno, el reporte de antecedentes, la cinemática o biomecánica del trauma el cual ayuda a la identificación de riesgos potenciales de signos y síntomas de interés.

También se muestra la importancia de conocer los principales exámenes clínicos, pues compete al personal de enfermería su efectivizarlos durante a atención multidisciplinaria al paciente.

Otra de las evidencias que muestra son las posibles complicaciones a enfrentar y orienta sobre las secuelas resultantes de ella.

Pregunta 4: ¿Cuál son los síntomas y signos que presenta el paciente politraumatizado?		
Nivel de Evidencia	Recomendación	Grado de Recomendación
D: Calidad muy baja	<p>El síntoma cardinal producto de las lesiones tisulares, es el dolor, de diferente magnitud, más evidente en el paciente consciente que en aquel con trastorno de sensorio. Este dolor estará en relación al segmento corporal afectado.</p> <p>El trastorno de sensorio implica un compromiso más severo (trauma craneoencefálico, shock hipovolémico).</p>	Fuerte a favor
Pregunta 5: ¿Cuál son las pruebas diagnósticas sugeridas para el diagnostico y manejo del paciente politraumatizado?		
Nivel de Evidencia	Recomendación	Grado de Recomendación
D: Calidad muy baja	<p>DE PATOLOGÍA CLÍNICA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hematocrito y grupo sanguíneo son suficientes para ingresar a laparotomía de urgencia en pacientes inestables. • Considerar pruebas cruzadas por posibilidad de transfusión • En caso se encuentra el paciente estable se debe solicitar hemograma completo, glucosa, creatinina, urea, gases arteriales, grupo sanguíneo y perfil de coagulación. <p>DE IMÁGENES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los estudios radiográficos dependen de la estabilidad y de la evaluación individualizada del paciente. En un paciente Inconsciente pueden incluir radiografía de tórax en AP, columna cervical lateral y pelvis. • En pacientes inestables la ecografía FAST es recomendada en el área de reanimación, aunque se puede prescindir de ella e ingresar a sala de operaciones cuando así lo amerite el caso. • Tomografías en casos que se requiera evaluar lesiones específicas en pacientes termodinámicamente estables. 	<p>Fuerte a favor</p> <p>Fuerte a favor</p>
	<p>EXAMENES ESPECIALES COMPLEMENTARIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se tomarán otros exámenes auxiliares dependiendo de los hallazgos de la evaluación inicial y de la evolución del paciente, siempre teniendo en cuenta la estabilidad hemodinámica. 	Débil a favor

Pregunta 6: ¿Cuáles son los beneficios de llevar a cabo un examen físico exhaustivo?		
Nivel de Evidencia	Recomendación	Grado de Recomendación
	<p>REVISIÓN PRIMARIA</p> <p>A. VÍA AÉREA CON CONTROL DE LA COLUMNA CERVICAL</p> <p>Lo primero que se evalúa en el examen inicial es la respuesta verbal. Si tras llamarle nos responde es muy difícil que presente obstrucción de la vía aérea.</p> <p>Pacientes con disfonía, ronquido, vómitos o sangrado por nariz o boca pueden tener riesgo de compromiso de la vía aérea.</p> <p>Se sospecha lesión de columna cervical en aquellos pacientes con historia de traumatismo en la cabeza, dolor en el cuello o que estén con trastorno de sensorio que impida obtener datos.</p> <p>Son criterios de intubación (sea por vía orotraqueal, nasotraqueal o quirúrgica): Apnea, FR > 35 o < 10 por minuto, Glasgow < 8 o deterioro brusco del mismo, trauma maxilofacial severo, hemorragia masiva en cavidad oral, traumatismo traqueal importante, sospecha de quemadura inhaladora.</p>	
B: Calidad moderada	<p>B. VENTILACIÓN Y RESPIRACIÓN</p> <p>Una adecuada ventilación estará garantizada por una vía aérea permeable, un adecuado control central de los movimientos respiratorios y una pared torácica íntegra. Las lesiones que pueden comprometer severamente la ventilación son el neumotórax a tensión, el neumotórax abierto y el tórax inestable con contusión pulmonar, deben buscarse y resolverse antes de pasar al siguiente paso. Para evaluar en este paso al paciente, se debe descubrir el tórax del paciente y proceder a la inspección visual y la palpación, valorar la frecuencia respiratoria, la simetría de los movimientos respiratorios, la presencia de heridas penetrantes y de enfisema subcutáneo.</p> <p>Son criterios de neumotórax a tensión: shock, ingurgitación yugular, murmullo vesicular abolido e hiperresonancia en el hemitórax afectado.</p>	Fuerte a favor

Pregunta 6: ¿Cuáles son los beneficios de llevar a cabo un examen físico exhaustivo?		
Nivel de Evidencia	Recomendación	Grado de Recomendación
B: Calidad moderada	<p>C. CIRCULACIÓN CON CONTROL DE LA HEMORRAGIA Todo paciente en shock se considerará de causa hipovolémica por sangrado hasta no demostrar lo contrario. El shock se identifica por palidez, piel fría y trastorno de conciencia. Debemos controlar las funciones vitales y monitorizar al paciente. Si no existe latido se iniciarán inmediatamente maniobras de RCP. Se debe identificar y controlar la hemorragia externa severa. Se deben identificar los sitios posibles de hemorragia interna: tórax, abdomen, retroperitoneo, pelvis y huesos largos proximales. Son criterios de taponamiento cardíaco: shock, ingurgitación yugular y ruidos cardíacos disminuidos.</p> <p>D. DÉFICIT NEUROLÓGICO Son signos de compromiso neurológico: trastorno de conciencia, anisocoria y signos de focalización. El nivel de conciencia se valora mediante la escala de Glasgow. Ante la sospecha de lesión, solicitar evaluación neuroquirúrgica inmediata y valorar la necesidad de TC cerebral con ventana ósea.</p> <p>E. EXPOSICIÓN / MANEJO DEL ENTORNO Se debe desnudar completamente al paciente y cubrirlo con sabanas secas, una manta, frazada o manta térmica, sin olvidar la fluidoterapia intravenosa con líquidos tibios, para evitar o minimizar la hipotermia por exposición.</p> <p><u>COLOCACIÓN DE SONDAS</u> <u>Sonda nasogástrica:</u> Evita la distensión gástrica y una posible broncoaspiración, identifica sangrados digestivos. No debe ponerse si existen signos de fractura de la base del cráneo, como epistaxis, otorragia, hematoma en ojos de mapache o mastoideo, debemos colocar la sonda por la boca. <u>Sonda vesical:</u> Evitar si existe sangre en meato o hematoma en escroto, signos compatibles con rotura uretral. En estos casos considerar la realización de punción suprapúbica.</p>	Fuerte a favor

Pregunta 6: ¿Cuáles son los beneficios de llevar a cabo un examen físico exhaustivo?		
Nivel de Evidencia	Recomendación	Grado de Recomendación
B: Calidad moderada	<p>REVISIÓN SECUNDARIA</p> <p>Una vez salvada la urgencia vital, procederemos al examen secundario, debiendo estar el enfermo estable. Este es además el momento oportuno para realizar los estudios radiológicos, (como mínimo radiografía de tórax, lateral cervical y de pelvis) analíticos y pruebas complementarias especiales.</p> <p>1. <u>HISTORIA / ANTECEDENTES:</u> Recoger información sobre el mecanismo lesional y sobre los antecedentes del paciente, alergias, patología previa, medicación habitual y comidas.</p> <ul style="list-style-type: none"> •A: Alergias •M: Medicamentos •P: Patología previa/ embarazo •LI: Libaciones y últimos alimentos •A: Ambiente y eventos relacionados con trauma <p>2. <u>EXAMEN FÍSICO:</u> <u>Cabeza y cara:</u> inspección y palpación del cuero cabelludo, cráneo y cara, buscando lesiones externas, fracturas y sangrados. Palpar el cráneo en busca de heridas a colgajo, meter los dedos para palpar posibles fracturas. Si existen heridas sangrantes se procederá a cohibir la hemorragia mediante compresión local. Valoración oftalmológica, valorar la agudeza visual, tamaño y reactividad pupilar. Retirar cuerpos extraños antes de que aparezca el edema palpebral. Los traumatismos maxilofaciales que no comprometen la vía aérea deben tratarse con paciente estable.</p> <p><u>Columna cervical y cuello:</u> Se debe suponer una lesión cervical inestable en todo paciente politraumatizado. La ausencia de déficit neurológico no descarta la lesión cervical. Procederemos a inspeccionar el cielo con un ayudante que mantenga el control cervical mediante tracción. Nos fijaremos en la posición de la tráquea que debe ser medial, si esta desviada sospechar neumotórax a tensión. Las venas del cuello no suelen verse por la hipovolemia, si se visualizan estamos obligados descartar neumotórax a tensión o taponamiento cardiaco.</p> <p>El enfisema subcutáneo nos debe hacer pensar en neumotórax o rotura de traquea. Explorar la nuca, buscando zonas de crepitación y/o dolor. Palpar las apófisis espinosas de C1 a C7 y en caso de cuello sintomático e imposibilidad de realizar</p>	Fuerte a favor

Pregunta 6: Cuáles son los beneficios de llevar a cabo un examen físico exhaustivo	
<p>B: Calidad moderada</p>	<p>correctamente Rx lateral de columna cervical (fraccionando los brazos) se recomienda la realización de un TAC cervical urgente.</p> <p><u>Tórax</u>: la inspección y la palpación ha de ser completa. Del tórax anterior y posterior. Valorar los movimientos torácicos, buscar la presencia de enfisema subcutáneas, revisar las heridas ya detectadas y valorarlas y tratar las no detectadas en el examen inicial. Auscultación cardiopulmonar y percusión de ambos hemitórax, valorando la presencia de neumotórax, hemotórax y contusión pulmonar. Se comprobará la permeabilidad de los tubos torácicos. Solicitar Rx de tórax y ECG.</p> <p><u>Abdomen y pelvis</u>: fundamental es saber cuanto antes si el abdomen es quirúrgico o no, aunque en la actualidad, la actitud conservadora en trauma cerrado es habitual incluso en pacientes con lesión traumática de los órganos sólidos. El examen abdominal normal inicia, no excluye una lesión intrabdominal significativa, por lo que es importante observar y reevaluar frecuentemente al paciente. Mediante la inspección descartar erosiones o hematomas, heridas y lesiones en banda por cinturón de seguridad, que nos haga buscar posibles lesiones internas. Palpar el abdomen en busca de dolor o defensa, percutir y auscultar el abdomen en busca de ruidos o de su ausencia (el hemoperitoneo provoca ileo paralítico). En pacientes inestables o con discreta inestabilidad hemodinámica podemos optar, tanto en trauma cerrado como en trauma penetrante, el TAC abdominopélvico.</p> <p><u>Extremidades y espalda</u>: Inspeccionaremos buscando heridas, deformidades anatómicas, luxaciones, fractura, etc. Palparemos las extremidades en busca de zonas dolorosas, crepitación y presencia o ausencia de pulsos periféricos, buscando fracturas. Se curarán las heridas y se inmovilizarán las fracturas. La ausencia total de sensibilidad en una extremidad es un dato de lesión neurológica, que cuando se asocia a grandes fracturas y pérdida de partes blandas, generalmente es indicación de amputación. Se explorará la pelvis presionando las palas iliacas y el pubis para descartar fractura. Se colocará al paciente en decúbito lateral para explorar la espalda. Se movilizará al paciente entre 3 personas, controlando cuello, cintura escapular y cintura pelviana. Se inspeccionará y palpará la columna vertebral en toda su extensión, buscando zonas de crepitación y dolor, además de fijarse en la correcta alineación.</p>

Fuerte a favor

Pregunta 7: ¿Cuál es el manejo y terapéutica del paciente politraumatizado?		
Nivel de Evidencia	Recomendación	Grado de Recomendación
B: Calidad moderada	<p>MEDIDAS GENERALES Y PREVENTIVAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibir el informe del personal prehospitalario de emergencia. • Trasladar al paciente desde la camilla de la ambulancia: mantener la inmovilización de la cabeza y columna cervical. • Mantener y comprobar el funcionalismo de todas las intervenciones iniciales. • Retirar toda la ropa. • Establecer prioridades del examen primario, por el jefe de equipo. • Iniciar las medidas terapéuticas tan pronto como se identifique su necesidad. 	Fuerte a favor
B: Calidad moderada	<p>TERAPÉUTICA</p> <p>A. VÍA AÉREA CON CONTROL DE LA COLUMNA CERVICAL.</p> <p>Si el paciente no contesta deberemos favorecer la apertura de la vía aérea con la elevación de la mandíbula o con la maniobra frente-mentón modificada, siempre con estricto control cervical, explorar orofaringe en busca de cuerpos extraños, realizar aspirado o barrido digital o con pinzas de Magill, si el problema no se resuelve colocar una cánula orofaríngea y ventilar o proceder a intubación orotraqueal. En caso de persistir obstrucción en vía aérea, recurriremos a técnicas más invasivas como la cricotirotomía por punción o quirúrgica. La traqueostomía si bien no es un procedimiento de emergencia, se ha de considerar si el paciente requiere una vía aérea definitiva durante su evolución.</p> <p>Siempre se debe realizar inmovilización cervical, con collarín rígido, hasta que se haya descartado lesión cervical.</p> <p>B. VENTILACIÓN Y RESPIRACIÓN.</p> <p>Se debe mantener un correcto aporte de O₂, mediante mascarilla tipo venturi o mediante intubación orotraqueal. Se evitará siempre la realización intubaciones no regaladas cuyo uso se acompaña de mayor número de complicaciones y peor pronóstico. Si existe neumotórax a tensión debe ser drenado con un catéter de grueso calibre en el 2º espacio intercostal línea media clavicular del hemitórax afectado. En casos de neumotórax simple, se colocará un tubo de drenaje pleural en el 5º espacio intercostal en línea axilar media. Conectado a un sistema de sello de agua.</p>	Fuerte a favor

Pregunta 7: ¿Cuál es el manejo y terapéutica del paciente politraumatizado?		
B: Calidad moderada	<p>Las heridas soplantes se sellarán mediante un apósito en tres de sus lados para permitir la salida del aire.</p> <p>A. CIRCULACIÓN CON CONTROL DE LA HERMORRAGIA.</p> <p>Si no existe latido de iniciarán inmediatamente las maniobras de RCP. Se busca un acceso venoso mediante canalización de dos vías venosas de grueso calibre (14-16 G) En caso de no poder canalizar una vía periférica se debe canalizar mediante catéter venoso central o por vía quirúrgica mediante flebotomía en venas cefálica, basilíca o tibial según el caso, siempre dependiendo de la localización del traumatismo. El líquido será una solución cristalóide (suero fisiológico, lactato de Ringer) en algunos casos se utilizarán los coloides (poligelina) Se iniciará la perfusión de volumen a chorro y se graduará la velocidad de infusión según la respuesta del paciente. Si se estabiliza se mantendrá una perfusión a menor volumen. En caso de hemorragia severa se debe administrar transfusión de paquete globular O negativo sin cruzar y cruzar sangre en caso necesite más unidades. Realizaremos compresión manual directa sobre la herida y en caso de utilizar férulas neumáticas, deberán ser transparentes para controlar la hemorragia. Los torniquetes solo deben utilizarse en casos excepcionales en una extremidad con hemorragia externa masiva no controlada con compresión directa.</p> <p>B. DÉFICIT NEUROLÓGICO.</p> <p>Es importante evitar mayor daño neurológico secundario al trauma, asegurando la administración de oxígeno y manteniendo una adecuada presión arterial mediante fluidos y/o hemoderivados. Se debe realizar una interconsulta neuroquirúrgica inmediata ante la sospecha de lesión neurológica.</p> <p>C. EXPOSICIÓN / MANEJO DEL ENTORNO</p> <p>Luego de la exposición del paciente, evitar que sufra hipotermia mediante cobertores, sueros de infusión tibios y control de temperatura del área de reanimación.</p>	Fuerte a favor
D: Calidad muy baja	<p>Con estas modificaciones relativamente simples, los sistemas EMS han mejorado notablemente la supervivencia después de un paro cardíaco. Además de minimizar las interrupciones de la compresión torácica se ha demostrado que la RCP de alta calidad, mejora la supervivencia.</p>	Débil a favor

Pregunta 8: ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes del paciente politraumatizado?		
Nivel de Evidencia	Recomendación	Grado de Recomendación
B: Calidad moderada	<p>Las complicaciones están en relación a los órganos lesionados, a la intensidad del traumatismo, características propias del paciente y al manejo inicial oportuno. Las más graves son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acidosis. • Hipotermia. • Coagulopatía <p>(La conjunción de estas 3 primeras se conoce como la “triada de la muerte”)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Shock hipovolémico. • Insuficiencia Ventilatoria. • Trauma encefálico grave. • Amputaciones. • Infecciones de heridas y partes blandas. • Sepsis temprana y tardía. 	Fuerte a favor
Pregunta 9: ¿Cuáles son las secuelas más frecuentes asociadas al politraumatismo?		
Nivel de Evidencia	Recomendación	Grado de Recomendación
C: Calidad baja	<ul style="list-style-type: none"> • Limitación funcional temporal o permanente. • Postración crónica. • Alteraciones conductuales y sensoriales. 	Débil a favor

2.6 Recomendaciones

- Sensibilizar de forma eficiente la importancia de la aplicación de las GPC en los servicios de emergencia y en el personal asistencial en los diferentes establecimientos de atención de urgencias y emergencias.
- Gestionar la implementación de talleres con estaciones prácticas que permitan simular la atención inicial de este tipo de casos clínicos en los diferentes establecimientos de atención de urgencias y emergencias.
- Fomentar la formación continua del personal de enfermería en la evaluación y atención de pacientes politraumatizados en los servicios de urgencias.
- Canalizar la implementación de políticas de salud pública desde nuestras autoridades para el beneficio de la sociedad.
- Sugerir la enseñanza impartida en los diferentes niveles de formación de pre y postgrado sobre los criterios de tratamiento primario de urgencias a pacientes que han sufrido múltiples lesiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. Guía Clínica Politraumatizado. Santiago de Chile: Minsal, 2007. [Consultado el 3 de mayo del 2023]. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/Politraumatizado.pdf>
2. Alberdi F., García I., Atutxa L., Zabarte M. Epidemiología del trauma grave. ELSEVIER. [Internet] 2014. [Consultado el 4 de mayo del 2023]. 38(9):580-588. Disponible en: <https://www.medintensiva.org/es-epidemiologia-del-trauma-grave-articulo-S0210569114001806>
3. Cortez C., Acuña L., Álvarez F., Álvarez N., Manejo inicial del politraumatizado. Revista Hospital Clínico Universidad de Chile. [Internet] 2013. [Consultado el 6 de junio del 2023]. Disponible en: <https://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2017/04/Manejo-inicial-del-politraumatizado.pdf>
4. Palomino A., Cruz M., Potete R., Soto Y., Moreira L., Caracterización clínico – epidemiológica de pacientes politraumatizados atendidos en el Hospital General “Comandante Pinares”. REDALYC. [En internet] 2021. [Consultado el 5 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/6382/638270030010/html/>
5. Peces E. Lopez D. Politraumatizado. Portales médicos [Internet] 2011. [Consultado el 4 de mayo del 2023]. Vol. XVIII; N° 9; 410. Disponible en: <https://www.ucm.es/data/cont/docs/420-2014-02-07-Trauma-Politraumatizado.pdf>.
6. Ministerio de salud. Analisis epidemiológico de las lesiones causadas por accidentes de transito en el Peru. [Internet] 2013. [Consultado el 4 de mayo del 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2930.pdf>.
7. Assla O, Castela P, Huapaya M. Factores que influyen en el cuidado de enfermería en pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital Cayetano Heredia. [En internet]; 2018. [Consultado el 5 de junio de 2023]. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/3953/Factores_AsslaClavijo_Odalis.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

8. Otero Matallana M. Aspectos cognitivos a mejorar sobre la atención del paciente politraumatizado en enfermeros de emergencia. [Revision Critica]. Peru. Universidad Santo Toribio de Mogrovejo; 2022. En vol. [Consultado el 5 de junio de 2023]. Disponible en: https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/5367/1/TL_OteroMatallanaMaria.pdf
9. Martin J., Martin E., Torralba E., Diaz E., Lurueña S., Moreno A., Curso de introducción a la investigación clínica. SEMERGEN. [Internet] 2008; [Consultado el 5 de junio del 2023]. 34(1):11-6. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/244861968_Capitulo_9_Investigacion_secundaria_la_revision_sistematica_y_el_metaanalis
10. Consorcio AGREE. Instrumento para la evaluación de guías de práctica clínica. 2°ed. Canada: Canadian Institutes of Health Research; 2009
11. Pablo Coello et al. Enfermería Basada en la Evidencia. Hacia la excelencia en los cuidados. Primera edición. Madrid España. Difusión Avances de Enfermería (DAE, S.L.). Año 2004
12. Arias M., Giraldo C., El rigor científico en la investigación cualitativa. Scielo [en línea] 2011. [consultado el 02 de febrero del 2024]; vol.29 no.3 Medellín Oct./Dec. 2011. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072011000300020#:~:text=El%20rigor%20surge%20como%20concepto,el%20modo%20anal%C3%ADtico%20de%20pensamiento.
13. Gómez V., Ayuso M., Jiménez G, Chacón M., Recomendaciones de buena práctica clínica: atención inicial al paciente politraumatizado. ELSEVIER. [en línea]. 2008;34(7):354-63 [consultado el 10 de febrero del 2024]; Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-13127193>
14. Stewart R., Rotondo M., Henry S., Drago M., et al. ATLS: Soporte vital Avanzado del Trauma. 10ª edición. Chicago, EE.UU: Copyright 2018 American College of Surgeons 633 N. Saint Clair Street Chicago, IL 60611 hasta 3211
15. Alarcon J., Saladich I., Vallejo L., Rios A., Mortalidad por accidentes de tráfico en Colombia. Estudio comparativo con otros países. SCIELO. [en línea]. vol.92 Madrid 2018 Epub 05-Jul-2018 [consultado el 10 de febrero del 2024]; Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272018000100415
16. Guía colombiana de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de pacientes adultos con trauma craneoencefálico severo. XXVI simposio internacional de neurocirugía 2019.
17. Soria A., Freire T., Atención de enfermería en pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del hospital general docente Ambato. [Tesis]. Ambato, Ecuador.

- Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2020. [Consultado 05 junio 2023].
Disponible en:
<https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/13790/1/PIUAENF019-2020.pdf>
18. Horta E, Galindo Y, Espinosa Z, Blanco J. Principales procedimientos a realizar en la atención de un paciente politraumatizado. Revista científico estudiantil PROGALENO. [en línea] 2022. [consultado el 03 de febrero del 2024]. Vol. 5, No. 1 (2022). Camaguey Cuba. Disponible en <http://www.revprogaleno.sld.cu/index.php/progaleno/article/view/213>
19. Carranza C. Conocimiento y cuidado de enfermería del paciente politraumatizado de la Red de Salud Pacasmayo. [Tesis]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2019. [Consultado 10 de marzo del 2024]. Disponible en: <https://dspace.unitru.edu.pe/items/2666d8af-2a24-44e0-95dc-8b8fdc04b8a4>
20. Asociación Española de Cirujanos. Cirugía del paciente politraumatizado. [en línea] 2011. [consultado el 02 de febrero del 2024]. Vol. 1. Castelló, España, 128, 1.º - 28006 Madrid. Disponible en: <https://www.aecirujanos.es/files/documentacion/documentos/libro-trauma-aec-web.pdf>

ANEXOS

CUADRO N°02 Descripción del problema	
Contexto-Lugar	Entorno hospitalario
Personal de Salud	Personal asistencial de enfermería en el servicio de emergencia.
Paciente	Pacientes con traumatismos múltiples
Problema	¿Cuáles son los criterios que los enfermeros deben aplicar durante la atención primaria de pacientes politraumatizados en emergencia?
Evidencias internas: Justificación de práctica habitual	Durante la atención de emergencia se observa con frecuencia un manejo no estandarizado del politraumatizado por parte del personal de enfermería ya que no siempre se cuenta con guías de manejo o protocolos establecidos en todos los centros asistenciales.
Evidencias internas: Justificación de un cambio de práctica	La integración de protocolos para el manejo de pacientes politraumatizados ha disminuido notablemente los tiempos de recuperación tanto como las secuelas, su complejidad y el índice de mortalidad. La oportuna y eficiente integración de protocolos busca generar un pronóstico más favorable en los pacientes atendidos con los criterios más adecuados desde el abordaje, manejo, traslado y transferencia a un establecimiento de mayor complejidad de ser necesario.
Motivación del problema	Maximizar la calidad de las atenciones en favor del paciente politraumatizado enfocándose en criterios adecuados al realizar durante la atención de pacientes politraumatizados para asegurar las condiciones más favorables.

CUADRO DE VALIDACIÓN DE GÁLVEZ TORO ARTÍCULO N°01
Título de la investigación a validar:
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA: ATENCIÓN EN EMERGENCIA DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

Metodología: Revisión bibliográfica de tipo descriptivo, cualitativo.

Año: 2021

Pregunta	Descripción	Respuesta
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	La Guía de práctica clínica brinda recomendaciones al equipo asistencial una secuencia protocolizada confiable para establecer la evaluación, diagnóstico y tratamiento del paciente politraumatizado dado que la pandemia por Covid-19 amenaza colapsar el sistema de salud en el país, por ello es imperativo que los que realizan la atención de pacientes con trauma realicen el abordaje del trauma bajo una planeación estratégica en conjunto multidisciplinario.	La guía establece una secuencia que permite un diagnóstico y tratamiento adecuado de las lesiones en pacientes víctimas de trauma optimizando y estandarizando el procedimiento de atención clínica.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	Si, pues proporciona información actualizada y con alto nivel de confiabilidad sobre el manejo del paciente politraumatizado.	Resuelve el problema
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Si debido a que al ser una guía actualizada y validada sobre el manejo de pacientes con trauma puede utilizarse para la atención primaria en el entorno hospitalario.	Puedo aplicarlo

CUADRO DE VALIDACIÓN DE GÁLVEZ TORO ARTÍCULO N°02
Título de la investigación a validar: MANEJO PREHOSPITALARIO DEL TRAUMA FACIAL

Metodología: revisión bibliográfica de tipo descriptivo.

Año: 2021

Pregunta	Descripción	Respuesta*
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	los factores que intervienen en el trauma deben ser considerados y reconocidos rápidamente para identificar el patrón de lesión y así agilizar el diagnóstico para lograr un manejo exitoso del paciente en el ámbito prehospitalario.	El estudio concluye que un manejo exitoso del paciente en el ámbito Prehospitalario es resultado de la adecuada aplicación de protocolos de respuesta para pacientes en el lugar de los incidentes o desastres.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	El estudio tomó en cuenta el reconocimiento precoz de las lesiones según el agente causal y las lesiones de estructuras cercanas al cráneo, las cuales complican el cuadro del paciente.	El estudio ha logrado determinar los factores que complican el manejo prehospitalario de un paciente con traumatismo.
¿Son aplicables los resultados para la resolución en tu medio?	El trauma es un tema complejo, que no tiene muchos estudios a nivel prehospitalario, por lo que se suele pasar desapercibido durante el manejo del paciente politraumatizado.	Si se puede aplicar, el entrenamiento y la capacitación continua puede mejorar la respuesta en el manejo prehospitalario.
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	El análisis determinó la importancia de saber correlacionar estos factores y el reconocimiento de lesiones a tiempo para iniciar el manejo apropiado más rápidamente, y así evitar complicaciones y secuelas en el paciente.	Si, el estudio está basado en protocolos internacionales.
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	La metodología usada en la presente investigación de tipo descriptivo fue por medio de la búsqueda, selección y análisis de los datos y la información obtenidos sobre bibliografía especializada en trauma facial, de fuentes verificadas y válidas para contestar la pregunta central de la investigación y las preguntas directrices.	Se puede considerar.

CUADRO DE VALIDACIÓN DE GÁLVEZ TORO ARTÍCULO N°03		
Título de la investigación a validar: MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS		
Metodología: Revisión de tipo descriptivo		
Año: 2022		
Pregunta	Descripción	Respuesta*
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	Se encontró evidencia científica con grandes beneficios de la utilización de analgésicos opioides en pacientes politraumatizados, la morfina en pacientes estables como primera opción, por otra parte, la administración de ketamina y fentanilo, en pacientes inestables.	El estudio concluye que el alivio del dolor debe ser un manejo integral del paciente politraumatizado, la administración de fentanilo es la recomendación en la evidencia científica debido a que produce mínimos efectos adversos, frente a la analgesia multimodal del que no existe evidencia suficiente que la sustente y requiere más estudio.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	El estudio analizó los criterios de evaluación y manejo del dolor en pacientes adultos politraumatizados que utilizan los profesionales de la salud en el ámbito prehospitalario.	Los hallazgos de este estudio si resuelve el problema ya que han logrado determinar cuáles son los medicamentos opioides más efectivos a administrar en pacientes politraumatizados durante el prehospitalario.
¿Son aplicables los resultados para la resolución en tu medio?	Los resultados de este estudio si pueden ser aplicados en nuestro entorno.	Si se puede aplicar bajo una valoración adecuada del dolor por parte del equipo de salud hacia la condición del paciente politraumatizado durante el prehospitalario para brindar una respuesta rápida ante el manejo del mismo.
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	El estudio comprobó que los analgésicos opioides son los de mejor elección para el manejo del dolor en paciente con trauma ya que son de mayor efectividad.	Si, el estudio está basado en estudios internacionales.
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	La metodología usada en la presente investigación de tipo descriptivo fue por medio de la búsqueda, selección y análisis de los datos e información obtenidos de artículos de bibliografía especializada en manejo del dolor.	Se puede considerar.

CUADRO DE VALIDACIÓN DE GÁLVEZ TORO ARTÍCULO N°04
Título de la investigación a validar: NIVEL DE CONOCIMIENTO EN EL MANEJO PRE HOSPITALARIO DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN ALUMNOS DE LA SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER, LIMA - PERÚ

Metodología: Revisión de tipo descriptivo

Año: 2021

Pregunta	Descripción	Respuesta*
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	Este estudio no cuenta con resultados.	No cuenta con resultados, sin embargo, determina el nivel de conocimiento en el manejo del paciente politraumatizado en alumnos de la segunda especialidad en enfermería de Emergencias y Desastres de la Universidad Privada Norbert.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	Este estudio no cuenta con resultados.	No lo resuelve
¿Son aplicables los resultados?	Este estudio no cuenta con resultados.	Puede aplicarse cuando publiquen los resultados de investigación.
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	Este estudio no cuenta con resultados.	No
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	El estudio posee un enfoque cuantitativo, asimismo, es aplicada, referente a su	No

CUADRO DE VALIDACIÓN DE GÁLVEZ TORO ARTÍCULO N°05		
Título de la investigación a validar: CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS POR EL SERVICIO MÓVIL DE URGENCIAS		
Metodología: El tipo de estudio es con enfoque cuantitativo, correlacional, corte transversal.		
Año: 2019		
Pregunta	Descripción	Respuesta*
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	El estudio realizó un análisis cuantitativo de la relación que existe entre el nivel de conocimientos del enfermero frente a la atención del paciente politraumatizado.	El estudio no ofrece resultados para ninguna variable.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	El estudio no da una orientación sobre los conocimientos y práctica del personal de enfermería en atención de paciente politraumatizado.	No lo resuelve
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	No ofrece resultados	No puedo aplicarlo
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	Es necesaria la formación previa del profesional	No puedo aplicarlo
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	El tipo de estudio es con enfoque cuantitativo, correlacional, corte transversal, área de estudio las 33 unidades del servicio móvil de urgencias, la población considerada es de 165 licenciados en enfermería.	Se puede considerar.

CUADRO DE VALIDACIÓN DE GÁLVEZ TORO ARTÍCULO N°06		
Título de la investigación a validar: LA SATISFACCIÓN DE LA VIDA LABORAL DE LOS ENFERMEROS DE LAS UNIDADES MÓVILES DE EMERGENCIAS DE LA REGIÓN DE MURCIA		
Metodología: Estudio cuantitativo, descriptivo observacional de corte transversal.		
Año: 2015		
Pregunta	Descripción	Respuesta*
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	La participación fue del 90,58%. Los resultados del estudio reflejan una satisfacción general media, los "compañeros de trabajo" y el "horario de trabajo" son los aspectos mejor evaluados. Este estudio mostró un elevado nivel de satisfacción laboral de los profesionales de enfermería de las Unidades Móviles de Emergencias de la Región de Murcia.	El estudio concluye que las acciones de enfermería dan buen porcentaje de satisfacción laboral, lo cual no resuelve el problema.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	El reconocimiento del rol y hacia el trabajo realizado, así como un apoyo de los supervisores revertiría en una mayor satisfacción; se dice que el personal mientras esté satisfecho brindará mejor calidad de atención. Este estudio ha servido para plantear acciones de mejora dentro de la Gerencia de Urgencias y Emergencias de la Región de Murcia, como ha sido establecer un plan de comunicación con los profesionales de enfermería.	No lo resuelve
¿Son aplicables los resultados para la resolución en tu medio?	Si, puesto que la satisfacción laboral influye directamente sobre la calidad de atención; y es lo que se quiere lograr en todos los ámbitos de trabajo, que sus trabajadores estén satisfechos con lo que hacen.	Lo resuelve parcialmente
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	Previamente a la recogida de datos, se pidió autorización por escrito a la gerencia de Urgencias y Emergencias de la Región de Murcia para luego informar a la directora de Enfermería.	Si
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	La población incluyó a profesionales de enfermería y los criterios de inclusión fue ser enfermero y pertenecer a las Unidades Móviles de Emergencias y estar vinculado como propietario, comisión de servicio, interino o acumulación de tareas. Respecto a los criterios de exclusión: profesionales en situación de baja laboral o maternidad en el momento del estudio y en situación de excedencia.	Si

CUADRO DE VALIDACIÓN DE GÁLVEZ TORO ARTÍCULO N°07**Título de la investigación a validar: LA ÉTICA Y LA HUMANIZACIÓN DEL SERVICIO EN UNA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA****Metodología:** Estudio descriptivo de carácter exploratorio y cualitativo**Año:** 2012

Pregunta	Descripción	Respuesta*
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	Según los resultados surgieron cinco categorías que tratan sobre: El trabajo en equipo, respeto de los límites cuando no hay perspectiva de no más de la vida; Servicio técnico con una visión humanitaria, los desafíos para hacer frente a los agresores y las víctimas los miembros de la familia y reflejan la práctica del trabajo diario. Conclusión: Los datos muestran que el trabajo en equipo es fundamental para el proceso de dehumanización y la ética del cuidado, es posible combinar la técnica con la humana, pero ese objetivo a veces no se logra debido a ciertas peculiaridades de la atención prehospitalaria.	De acuerdo a los resultados que arroja la investigación, no resuelve el problema que se desea investigar.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	El rol de las enfermeras en el pre hospitalario tiene que ver con los resultados arrojados en dicha investigación, si bien es cierto no es específico pero las categorías arrojadas tienen que ver con el quehacer profesional.	Resuelve el problema
¿Son aplicables los resultados?	Si son aplicables a nuestro medio ya que son características propias del que hacer enfermero.	Puedo aplicarlo
¿Son seguras las evidencias?	El proyecto de investigación fue presentado al Comité de Ética de Investigación de la PUC Minas, que aprobó el CAAE- 2800.0.000.213-09.	Si
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Estudio descriptivo de carácter exploratorio y cualitativo. Entrevistas de 17 profesionales al servicio de atención de emergencia móvil (SAMU) de la Ciudad de los Siete Lagos. La recolección de datos fue a través de una entrevista semi-estructurada. Los datos fueron analizados y discutidos a la luz del análisis de contenido propuesto por Bardin.	Si

Cuadro de validación de Gálvez Toro ARTÍCULO N°08**Título de la investigación a validar: DIAGNÓSTICOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN VÍCTIMAS DE TRAUMA DURANTE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA UTILIZANDO LA CIPE****Metodología:** Estudio de abordaje descriptivo y cuantitativo**Año:** 2013

Pregunta	Descripción	Respuesta*
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	Se destacaron los diagnósticos "herida por arma de fuego" y "sistemas cardiovascular y respiratorio comprometidos" por evidenciar la naturaleza de los daños atendidos por el servicio. Entre las acciones, sobresalen: "implementar oxigenoterapia por máscara de oxígeno" y "restablecer sistema cardiovascular y respiratorio con maniobras de resucitación". Se concluye en que la identificación de diagnósticos e intervenciones de enfermería CIPE® más frecuentes en víctimas de trauma durante la atención prehospitalaria puede contribuir a efectuar cuidados mejor orientados y sistematizados, además de favorecer la documentación de enfermería.	El estudio concluye que las acciones más frecuentes de la enfermera en el manejo del paciente con trauma es implementar oxigenoterapia por máscara de oxígeno" y "restablecer sistema cardiovascular y respiratorio con maniobras de resucitación", lo que responde a la problemática del rol de enfermera en el prehospitalario.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	Si, por que menciona cual es el rol específico de la enfermera en el manejo de pacientes con trauma durante atención prehospitalaria.	Resuelve el problema parcialmente
¿Son aplicables los resultados?	Si son aplicables puesto que las acciones en el manejo de este tipo de pacientes son las mismas.	Puedo aplicarlo

DÓMINIO 1. ALCANCE Y OBJETIVO						
1	El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s).					
	1	2	3	4	5	7
	Muy en desacuerdo					Muy de acuerdo
COMENTARIO: Proporcionar al equipo asistencial una guía confiable para la evaluación, diagnóstico y tratamiento del paciente politraumatizado.						
2	El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s).					
	1	2	3	4	5	7
	Muy en desacuerdo					Muy de acuerdo
COMENTARIO: Los accidentes de tránsito constituyen un problema de salud pública, porque pueden provocar dolor, muerte y lesiones discapacitantes con repercusión económica en la víctima y su familia.						
3	La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.					
	1	2	3	4	5	7
	Muy en desacuerdo					Muy de acuerdo
COMENTARIO: La población objetivo de esta guía son los pacientes adultos y pediátricos con diagnóstico clínico de politraumatismo.						
DÓMINIO 2. PARTICIPACIÓN DE LOS IMPLICADOS						
4	El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.					
	1	2	3	4	5	7
	Muy en desacuerdo					Muy de acuerdo
COMENTARIO: Para la presente guía no se incluye a todos los grupos profesionales dada la implicancia del nivel de abordaje que requiere el paciente con este diagnóstico clínico, sin embargo se valora que todo el equipo elaborador cuenta con especialidades y a necesidad de la						
5	Se han tenido en cuenta los puntos de vista y preferencias de la población diana (pacientes, público, etc.).					
	1	2	3	4	5	7
	Muy en desacuerdo					Muy de acuerdo
COMENTARIO: Si, se ha tenido en cuenta el aspecto epidemiológico de los últimos años para la prevalencia de este diagnóstico en la población.						
6	Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.					
	1	2	3	4	5	7
	Muy en desacuerdo					Muy de acuerdo
COMENTARIO: Si, según la guía clínica el usuario diana es el equipo asistencial que presta sus servicios en el área de emergencia.						
DÓMINIO 3. RIGOR EN LA ELABORACIÓN						
7	Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.					
	1	2	3	4	5	7
	Muy en desacuerdo					Muy de acuerdo
COMENTARIO: Para la presente guía de práctica clínica se evaluaron GPC que cumplieron con un porcentaje de ACRBEII superior al 50%. También indicaron						
8	Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.					
	1	2	3	4	5	7
	Muy en desacuerdo					Muy de acuerdo
COMENTARIO: Para la presente guía de práctica clínica se evaluaron GPC que cumplieron con un porcentaje de ACRBEII superior al 50%.						
9	Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas.					
	1	2	3	4	5	7
	Muy en desacuerdo					Muy de acuerdo
COMENTARIO: Si, dentro de las fortalezas se rescata el tener un manejo oportuno de un paciente con el diagnóstico en estudio a fin de reducir las complicaciones, contribuir a la mejora de la calidad de la atención, contribuir a la reducción de las secuelas optimizando costos y recursos.						
10	Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.					
	1	2	3	4	5	7
	Muy en desacuerdo					Muy de acuerdo
COMENTARIO: las recomendaciones han sido formuladas bajo la metodología de gradación GRADE y previa evaluación de la evidencia, la cual nos ofrece un método sistemático y explícito para clasificar la claridad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones.						
11	Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.					
	1	2	3	4	5	7
	Muy en desacuerdo					Muy de acuerdo
COMENTARIO: En las recomendaciones de la GPC se destaca el manejo inicial oportuno de un paciente con el diagnóstico en estudio a fin de reducir las complicaciones, contribuir a la mejora de la calidad de la atención, contribuir a la reducción de las secuelas optimizando costos y						
12	Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.					
	1	2	3	4	5	7
	Muy en desacuerdo					Muy de acuerdo
COMENTARIO: Si						
13	La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.					
	1	2	3	4	5	7
	Muy en desacuerdo					Muy de acuerdo
COMENTARIO: Si, especialistas de instituciones públicas, privadas locales y especialistas en fuentes de información INSJN.						
14	Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.					
	1	2	3	4	5	7
	Muy en desacuerdo					Muy de acuerdo
COMENTARIO: cuenta con un plan de actualización con una vigencia de tres años (mayo 2021 - mayo 2024) y sugieren emprender este proceso seis meses previos a su caducidad.						

DOMINIO 4. CLARIDAD DE PRESENTACIÓN							
15	Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Muy en desacuerdo						Muy de acuerdo
COMENTARIO: Si, todas están organizadas en flujogramas por cada tipo de trauma que pueda presentar el paciente.							
16	Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Muy en desacuerdo						Muy de acuerdo
COMENTARIO: Si, todas están organizadas en flujogramas por cada tipo de trauma que pueda presentar el paciente.							
17	Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Muy en desacuerdo						Muy de acuerdo
COMENTARIO: Si, todas están organizadas en flujogramas por cada tipo de trauma que pueda presentar el paciente.							
DOMINIO 5. APLICABILIDAD							
18	La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Muy en desacuerdo						Muy de acuerdo
COMENTARIO: es aplicable en su diseño y por la información dirigida a múltiples sectores quienes han participado en la elaboración de la misma.							
19	La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones puedan ser llevadas a la práctica.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Muy en desacuerdo						Muy de acuerdo
COMENTARIO: Si, organiza en flujogramas el abordaje según el tipo de trauma que pueda presentarse.							
20	Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones sobre los recursos.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Muy en desacuerdo						Muy de acuerdo
COMENTARIO: La presente GPC deja abierta la posibilidad de una implementación al momento de su actualización.							
21	La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Muy en desacuerdo						Muy de acuerdo
COMENTARIO: La evaluación y monitoreo está a cargo de las jefaturas de departamentos que tiene a cargo el área de emergencia bajo los indicadores de porcentaje de adherencia a la GPC de atención al paciente.							
DOMINIO 6. INDEPENDENCIA EDITORIAL							
22	Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Muy en desacuerdo						Muy de acuerdo
COMENTARIO: Los miembros del grupo elaborador no tuvo conflicto de intereses, siendo el único objetivo estandarizar la práctica asistencial en la atención oportuna en emergencia del paciente politraumatizado.							
23	Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.						
	1	2	3	4	5	6	7
	Muy en desacuerdo						Muy de acuerdo
COMENTARIO: Los miembros del grupo elaborador no tuvo conflicto de intereses, siendo el único objetivo estandarizar la práctica asistencial en la atención oportuna en emergencia del paciente politraumatizado.							
EVALUACIÓN GLOBAL DE LA GUÍA // Para cada pregunta, por favor elija la respuesta que mejor caracteriza la guía evaluada.							
1	Puntúa la calidad global de la guía.						
	1	2	3	4	5	6	7
	La calidad más baja posible						La calidad más alta posible
COMENTARIO: La GPC permite un abordaje y manejo estandarizado para pacientes con diagnóstico de trauma.							
2	¿Recomendaría esta guía para su uso?						
	SI		SI, con modificaciones			NO	
	NOTAS: Permite un manejo organizado y secuencial, lo cual pretende mostrar mejoras en el pronóstico del paciente con diagnóstico de trauma.						

RECOMENDACIONES DE GPC:

Pregunta 1: ¿Cuál es la definición del paciente politraumatizado?		
Nivel de Evidencia	Recomendación	Grado de Recomendación
B: Calidad moderada	Se define como politraumatizado a todo paciente que presente más de una lesión traumática y que alguna de las cuales signifique, aunque sea potencialmente, un riesgo de compromiso de la vida para el accidentado.	Fuerte a favor

Pregunta 2: ¿Cuál es la etiología del paciente politraumatizado?		
Nivel de Evidencia	Recomendación	Grado de Recomendación
D: Calidad muy baja	Los traumatismos son producidos por una fuerza o acto de violencia en una víctima. Las causas más frecuentes son los accidentes de tránsito (ocupante de vehículo o peatón), las caídas, quemaduras, ahogos, descargas eléctricas, agresiones (arma blanca, arma de fuego, objetos diversos).	Fuerte a favor

Pregunta 3: ¿Cuáles son los factores de riesgo vinculados al politraumatismo?		
Nivel de Evidencia	Recomendación	Grado de Recomendación
D: Calidad muy baja	<p>MEDIO AMBIENTE</p> <p>En los accidentes de tránsito, son factores relacionados al medio ambiente: pistas en mal estado, señalización defectuosa o deficiente, fallas mecánicas o de luces de los vehículos.</p> <p>Respecto a las caídas, son factores de riesgo las condiciones climáticas, del piso o terreno, la observancia de las medidas de seguridad laboral, etc.</p> <p>Con relación a las agresiones, son factores de riesgo el grado de delincuencia de la zona urbana o rural involucrada, actividades y eventos asociados al consumo de alcohol.</p> <p>ESTILOS DE VIDA</p> <p>En los accidentes de tránsito, los factores relacionados con el conductor tienen como característica más frecuente la imprudencia al conducir (exceso de velocidad, estado de ebriedad, desobediencia de las reglas de tránsito, etc.) Similarmente al caso de peatones, el factor de riesgo más común es también conducta imprudente.</p> <p>Los accidentes laborales pueden ser evitados mediante la aplicación y supervisión de medidas de seguridad para el personal, la informalidad en el trabajo es causa del aumento de número y gravedad de lesiones.</p> <p>El consumo de alcohol y drogas está asociado a una mayor frecuencia de lesiones por agresión.</p>	Débil a favor

Pregunta 4: ¿Cuál son los síntomas y signos que presenta el paciente politraumatizado?		
Nivel de Evidencia	Recomendación	Grado de Recomendación
D: Calidad muy baja	<p>El síntoma cardinal producto de las lesiones tisulares, es el dolor, de diferente magnitud, más evidente en el paciente consciente que en aquel con trastorno de sensorio. Este dolor estará en relación al segmento corporal afectado.</p> <p>El trastorno de sensorio implica un compromiso más severo (trauma craneoencefálico, shock hipovolémico).</p>	Fuerte a favor

Pregunta 5: ¿Cuál son las pruebas diagnósticas sugeridas para el diagnostica y manejo del paciente politraumatizado?		
Nivel de Evidencia	Recomendación	Grado de Recomendación
D: Calidad muy baja	<p>DE PATOLOGÍA CLÍNICA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hematocrito y grupo sanguíneo son suficientes para ingresar a laparotomía de urgencia en pacientes inestables. • Considerar pruebas cruzadas por posibilidad de transfusión • En caso se encuentra el paciente estable se debe solicitar hemograma completo, glucosa, creatinina, urea, gases arteriales, grupo sanguíneo y perfil de coagulación. <p>DE IMÁGENES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los estudios radiográficos dependen de la estabilidad y de la evaluación individualizada del paciente. En un paciente Inconsciente pueden incluir radiografía de tórax en AP, columna cervical lateral y pelvis. • En pacientes Inestables la ecografía FAST es recomendada en el área de reanimación, aunque se puede prescindir de ella e ingresar a sala de operaciones cuando así lo amerite el caso. • Tomografías en casos que se requiera evaluar lesiones específicas en pacientes termodinámicamente estables. 	<p>Fuerte a favor</p> <p>Fuerte a favor</p>
	<p>EXAMENES ESPECIALES COMPLEMENTARIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se tomarán otros exámenes auxiliares dependiendo de los hallazgos de la evaluación inicial y de la evolución del paciente, siempre teniendo en cuenta la estadidad hemodinámica. 	Débil a favor

Pregunta 6: ¿Cuáles son los beneficios de llevar a cabo un examen físico exhaustivo?		
Nivel de Evidencia	Recomendación	Grado de Recomendación
	<p>REVISIÓN PRIMARIA</p> <p>A. VÍA AÉREA CON CONTROL DE LA COLUMNA CERVICAL</p> <p>Lo primero que se evalúa en el examen inicial es la respuesta verbal. Si tras llamarle nos responde es muy difícil que presente obstrucción de la vía aérea.</p> <p>Pacientes con disfonía, ronquido, vómitos o sangrado por nariz o boca pueden tener riesgo de compromiso de la vía aérea.</p> <p>Se sospecha lesión de columna cervical en aquellos pacientes con historia de traumatismo en la cabeza, dolor en el cuello o que estén con trastorno de sensorio que impida obtener datos.</p> <p>Son criterios de intubación (sea por vía orotraqueal, nasotraqueal o quirúrgica): Apnea, FR > 35 o < 10 por minuto, Glasgow < 8 o deterioro brusco del mismo, trauma maxilofacial severo, hemorragia masiva en cavidad oral, traumatismo traqueal importante, sospecha de quemadura inhaladora.</p>	
B: Calidad moderada	<p>B. VENTILACIÓN Y RESPIRACIÓN</p> <p>Una adecuada ventilación estará garantizada por una vía aérea permeable, un adecuado control central de los movimientos respiratorios y una pared torácica íntegra. Las lesiones que pueden comprometer severamente la ventilación son el neumotórax a tensión, el neumotórax abierto y el tórax inestable con contusión pulmonar, deben buscarse y resolverse antes de pasar al siguiente paso. Para evaluar en este paso al paciente, se debe descubrir el tórax del paciente y proceder a la inspección visual y la palpación, valorar la frecuencia respiratoria, la simetría de los movimientos respiratorios, la presencia de heridas penetrantes y de enfisema subcutáneo.</p> <p>Son criterios de neumotórax a tensión: shock, ingurgitación yugular, murmullo vesicular abolido e hiperresonancia en el hemitórax afectado.</p>	Fuerte a favor

Pregunta 6: ¿Cuáles sin los beneficios de llevar a cabo un examen físico exhaustivo?		
Nivel de Evidencia	Recomendación	Grado de Recomendación
B: Calidad moderada	<p>C. CIRCULACIÓN CON CONTROL DE LA HEMORRAGIA Todo paciente en shock se considerará de causa hipovolémica por sangrado hasta no demostrar lo contrario. El shock se identifica por palidez, piel fría y trastorno de conciencia. Debemos controlar las funciones vitales y monitorizar al paciente. Si no existe latido se iniciarán inmediatamente maniobras de RCP. Se debe identificar y controlar la hemorragia externa severa. Se deben identificar los sitios posibles de hemorragia interna: tórax, abdomen, retroperitoneo, pelvis y huesos largos proximales. Son criterios de taponamiento cardíaco: shock, ingurgitación yugular y ruidos cardíacos disminuidos.</p> <p>D. DÉFICIT NEUROLÓGICO Son signos de compromiso neurológico: trastorno de conciencia, anisocoria y signos de focalización. El nivel de conciencia se valora mediante la escala de Glasgow. Ante la sospecha de lesión, solicitar evaluación neuroquirúrgica inmediata y valorar la necesidad de TC cerebral con ventana ósea.</p> <p>E. EXPOSICIÓN / MANEJO DEL ENTORNO Se debe desnudar completamente al paciente y cubrirlo con sabanas secas, una manta, frazada o manta térmica, sin olvidar la fluidoterapia intravenosa con líquidos tibios, para evitar o minimizar la hipotermia por exposición.</p> <p><u>COLOCACIÓN DE SONDAS</u> <u>Sonda nasogástrica:</u> Evita la distensión gástrica y una posible broncoaspiración, identifica sangrados digestivos. No debe ponerse si existen signos de fractura de la base del cráneo, como epistaxis, otorragia, hematoma en ojos de mapache o mastoideo, debemos colocar la sonda por la boca. <u>Sonda vesical:</u> Evitar si existe sangre en meato o hematoma en escroto, signos compatibles con rotura uretral. En estos casos considerar la realización de punción suprapúbica.</p>	Fuerte a favor

Pregunta 6: ¿Cuáles son los beneficios de llevar a cabo un examen físico exhaustivo?		
Nivel de Evidencia	Recomendación	Grado de Recomendación
B: Calidad moderada	<p>REVISIÓN SECUNDARIA</p> <p>Una vez salvada la urgencia vital, procederemos al examen secundario, debiendo estar el enfermo estable. Este es además el momento oportuno para realizar los estudios radiológicos, (como mínimo radiografía de tórax, lateral cervical y de pelvis) analíticos y pruebas complementarias especiales.</p> <p>1. <u>HISTORIA / ANTECEDENTES:</u></p> <p>Recoger información sobre el mecanismo lesional y sobre los antecedentes del paciente, alergias, patología previa, medicación habitual y comidas.</p> <ul style="list-style-type: none"> •A: Alergias •M: Medicamentos •P: Patología previa/ embarazo •LI: Libaciones y últimos alimentos •A: Ambiente y eventos relacionados con trauma <p>2. <u>EXAMEN FÍSICO:</u></p> <p><u>Cabeza y cara:</u> inspección y palpación del cuero cabellero, cráneo y cara, buscando lesiones externas, fracturas y sangrados. Palpar el cráneo en busca de heridas a colgajo, meter los dedos para palpar posibles fracturas. Si existen heridas sangrantes se procederá a cohibir la hemorragia mediante compresión local. Valoración oftalmológica, valorar la agudeza visual, tamaño y reactividad pupilar. Retirar cuerpos extraños antes de que aparezca el edema palpebral. Los traumatismos maxilofaciales que no comprometen la vía aérea deben tratarse con paciente estable.</p> <p><u>Columna cervical y cuello:</u> Se debe suponer una lesión cervical inestable en todo paciente politraumatizado. La ausencia de déficit neurológico no descarta la lesión cervical. Procederemos a inspeccionar el cielo con un ayudante que mantenga el control cervical mediante tracción. Nos fijaremos en la posición de la tráquea que debe ser medial, si esta desviada sospechar neumotórax a tensión. Las venas del cuello no suelen verse por la hipovolemia, si se visualizan estamos obligados descartar neumotórax a tensión o taponamiento cardíaco. El enfisema subcutáneo nos debe hacer pensar en neumotórax o rotura de traque. Explorar la nuca, buscando zonas de crepitación y/o dolor. Palpar las apófisis espinosas de C1 a C7 y en caso de cuello sintomático e imposibilidad de realizar</p>	Fuerte a favor

Pregunta 6: Cuáles son los beneficios de llevar a cabo un examen físico exhaustivo

<p>B: Calidad moderada</p>	<p>correctamente Rx lateral de columna cervical (fraccionando los brazos) se recomienda la realización de un TAC cervical urgente.</p> <p><u>Tórax</u>: la inspección y la palpación ha de ser completa. Del tórax anterior y posterior. Valorar los movimientos torácicos, buscar la presencia de enfisema subcutáneas, revisar las heridas ya detectadas y valorarlas y tratar las no detectadas en el examen inicial. Auscultación cardiopulmonar y percusión de ambos hemitórax, valorando la presencia de neumotórax, hemotórax y contusión pulmonar. Se comprobará la permeabilidad de los tubos torácicos. Solicitar Rx de tórax y ECG.</p> <p><u>Abdomen y pelvis</u>: fundamental es saber cuanto antes si el abdomen es quirúrgico o no, aunque en la actualidad, la actitud conservadora en trauma cerrado es habitual incluso en pacientes con lesión traumática de los órganos sólidos. El examen abdominal normal inicia, no excluye una lesión intrabdominal significativa, por lo que es importante observar y reevaluar frecuentemente al paciente. Mediante la inspección descartar erosiones o hematomas, heridas y lesiones en banda por cinturón de seguridad, que nos hagan buscar posibles lesiones internas. Palpar el abdomen en busca de dolor o defensa, percutir y auscultar el abdomen en busca de ruidos o de su ausencia (el hemoperitoneo provoca íleo paralítico). En pacientes inestables o con discreta inestabilidad hemodinámica podemos optar, tanto en trauma cerrado como en trauma penetrante, el TAC abdominopélvico.</p> <p><u>Extremidades y espalda</u>: Inspeccionaremos buscando heridas, deformidades anatómicas, luxaciones, fractura, etc. Palparemos las extremidades en busca de zonas dolorosas, crepitación y presencia o ausencia de pulsos periféricos, buscando fracturas. Se curarán las heridas y se inmovilizarán las fracturas. La ausencia total de sensibilidad en una extremidad es un dato de lesión neurológica, que cuando se asocia a grandes fracturas y pérdida de partes blandas, generalmente es indicación de amputación. Se explorará la pelvis presionando las palas iliacas y el pubis para descartar fractura. Se colocará al paciente en decúbito lateral para explorar la espalda. Se movilizará al paciente entre 3 personas, controlando cuello, cintura escapular y cintura pelviana. Se inspeccionará y palpará la columna vertebral en toda su extensión, buscando zonas de crepitación y dolor, además de fijarse en la correcta alineación.</p>	<p>Fuerte a favor</p>
--------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------

Pregunta 7: ¿Cuál es el manejo y terapéutica del paciente politraumatizado?		
Nivel de Evidencia	Recomendación	Grado de Recomendación
B: Calidad moderada	<p>MEDIDAS GENERALES Y PREVENTIVAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibir el informe del personal prehospitalario de emergencia. • Trasladar al paciente desde la camilla de la ambulancia: mantener la inmovilización de la cabeza y columna cervical. • Mantener y comprobar el funcionalismo de todas las intervenciones iniciales. • Retirar toda la ropa. • Establecer prioridades del examen primario, por el jefe de equipo. • Iniciar las medidas terapéuticas tan pronto como se identifique su necesidad. 	Fuerte a favor
B: Calidad moderada	<p>TERAPÉUTICA</p> <p>A. VÍA AÉREA CON CONTROL DE LA COLUMNA CERVICAL.</p> <p>Si el paciente no contesta deberemos favorecer la apertura de la vía aérea con la elevación de la mandíbula o con la maniobra frente-mentón modificada, siempre con estricto control cervical, explorar orofaringe en busca de cuerpos extraños, realizar aspirado o barrido digital o con pinzas de Magill, si el problema no se resuelve colocar una cánula orofaríngea y ventilar o proceder a intubación orotraqueal. En caso de persistir obstrucción en vía aérea, recurriremos a técnicas más invasivas como la cricotirotomía por punción o quirúrgica. La traqueostomía si bien no es un procedimiento de emergencia, se ha de considerar si el paciente requiere una vía aérea definitiva durante su evolución.</p> <p>Siempre se debe realizar inmovilización cervical, con collarín rígido, hasta que se haya descartado lesión cervical.</p> <p>B. VENTILACIÓN Y RESPIRACIÓN.</p> <p>Se debe mantener un correcto aporte de O₂, mediante mascarilla tipo venturi o mediante intubación orotraqueal. Se evitará siempre la realización intubaciones no regaladas cuyo uso se acompaña de mayor número de complicaciones y peor pronóstico. Si existe neumotórax a tensión debe ser drenado con un catéter de grueso calibre en el 2° espacio intercostal línea media clavicular del hemitórax afectado. En casos de neumotórax simple, se colocará un tubo de drenaje pleural en el 5° espacio intercostal en línea axilar media. Conectado a un sistema de sello de agua.</p>	Fuerte a favor

Pregunta 7: ¿Cuál es el manejo y terapéutica del paciente politraumatizado?		
B: Calidad moderada	<p>Las heridas soplantes se sellarán mediante un apósito en tres de sus lados para permitir la salida del aire.</p> <p>A. CIRCULACIÓN CON CONTROL DE LA HERMORRAGIA.</p> <p>Si no existe latido de iniciarán inmediatamente las maniobras de RCP. Se busca un acceso venoso mediante canalización de dos vías venosas de grueso calibre (14-16 G) En caso de no poder canalizar una vía periférica se debe canalizar mediante catéter venoso central o por vía quirúrgica mediante flebotomía en venas cefálica, basilica o tibial según el caso, siempre dependiendo de la localización del traumatismo. El liquido será una solución cristaloides (suero fisiológico, lactato de Ringer) en algunos casos se utilizarán los coloides (poligelina) Se iniciará la perfusión de volumen a chorro y se graduará la velocidad de infusión según la respuesta del paciente. Si se estabiliza se mantendrá una perfusión a menor volumen. En caso de hemorragia severa se debe administrar transfusión de paquete globular O negativo sin cruzar y cruzar sangre en caso necesite más unidades. Realizaremos compresión manual directa sobre la herida y en caso de utilizar férulas neumáticas, deberán ser transparentes para controlar la hemorragia. Los torniquetes solo deben utilizarse en casos excepcionales en una extremidad con hemorragia externa masiva no controlada con compresión directa.</p> <p>B. DÉFICIT NEUROLÓGICO.</p> <p>Es importante evitar mayor daño neurológico secundario al trauma, asegurando la administración de oxígeno y manteniendo una adecuada presión arterial mediante fluidos y/o hemoderivados. Se debe realizar una interconsulta neuroquirúrgica inmediata ante la sospecha de lesión neurológica.</p> <p>C. EXPOSICIÓN / MANEJO DEL ENTORNO</p> <p>Luego de la exposición del paciente, evitar que sufra hipotermia mediante cobertores, sueros de infusión tibios y control de temperatura del área de reanimación.</p>	Fuerte a favor
D: Calidad muy baja	<p>Con estas modificaciones relativamente simples, los sistemas EMS han mejorado notablemente la supervivencia después de un paro cardiaco. Además de minimizar las interrupciones de la compresión torácica se ha demostrado que la RCP de alta calidad, mejora la supervivencia.</p>	Débil a favor

Pregunta 8: ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes del paciente politraumatizado?		
Nivel de Evidencia	Recomendación	Grado de Recomendación
B: Calidad moderada	<p>Las complicaciones están en relación a los órganos lesionados, a la intensidad del traumatismo, características propias del paciente y al manejo inicial oportuno. Las más graves son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acidosis. • Hipotermia. • Coagulopatía (La conjunción de estas 3 primeras se conoce como la "triada de la muerte") • Shock hipovolémico. • Insuficiencia Ventilatoria. • Trauma encefálico grave. • Amputaciones. • Infecciones de heridas y partes blandas. • Sepsis temprana y tardía. 	Fuerte a favor

Pregunta 9: ¿Cuáles son las secuelas más frecuentes asociadas al politraumatismo?		
Nivel de Evidencia	Recomendación	Grado de Recomendación
C: Calidad baja	<ul style="list-style-type: none"> • Limitación funcional temporal o permanente. • Postración crónica. • Alteraciones conductuales y sensoriales. 	Débil a favor