



DOI: <https://doi.org/10.46296/yc.v10i18.0851>

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON TRAUMA MÚLTIPLE EN LA ATENCIÓN INICIAL DEL SERVICIO DE EMERGENCIA. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

NURSING INTERVENTIONS FOR PATIENTS WITH MULTIPLE TRAUMA IN INITIAL CARE IN THE EMERGENCY DEPARTMENT. A SYSTEMATIC REVIEW

Garzón-Galarraga Hussein Aldair ¹; Carlosama-Guaman Mayra Alejandra ²;
Sari-Nieves Daysi Maricela ³; Valla-Balla Myriam Cristina ⁴;
Escobar-Paredes Elizabeth Estefania ⁵

¹ Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Quito. Ecuador.
Correo: hussgarzon17@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0002-2241-7897>

² Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Quito. Ecuador.
Correo: macarlosamag@puce.edu.ec. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0002-5219-0697>

³ Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Quito. Ecuador.
Correo: dmasari@puce.edu.ec. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0003-0494-5343>

⁴ Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Quito. Ecuador.
Correo: mcvalla@puce.edu.ec. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0003-2239-7141>

⁵ Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Quito. Ecuador.
Correo: eeescobarp@puce.edu.ec. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0004-5201-2262>

Resumen

Objetivo: sintetizar la evidencia disponible sobre las intervenciones de enfermería prioritarias durante la atención inicial del paciente con trauma múltiple en el servicio de emergencia. **Métodos:** revisión sistemática documental, adaptada desde el trabajo original de titulación, con enfoque PRISMA 2020 y valoración crítica mediante el modelo Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice. Se revisaron PubMed/MEDLINE, CINAHL, LILACS, SciELO, Embase, ScienceDirect y Google Scholar. Se incluyeron estudios en español, inglés y portugués, publicados en los últimos cinco años, centrados en intervenciones de enfermería en la fase inicial del trauma múltiple. **Resultados:** se incluyeron 36 estudios. La evidencia mostró un predominio de intervenciones organizadas en torno al enfoque XABCDE, con mayor respaldo para el control precoz de hemorragias, la protección de la vía aérea, la monitorización ventilatoria y neurológica, la activación oportuna del equipo de trauma y la prevención de complicaciones asociadas a hipotermia, coagulopatía e hipoperfusión. Entre las medidas más consistentes se identificaron la administración temprana de ácido tranexámico, la preparación para transfusión masiva, el calentamiento de fluidos, la vigilancia de la normocapnia mediante EtCO₂ y la reevaluación neurológica seriada. **Conclusiones:** el personal de enfermería desempeña un papel decisivo en la supervivencia y estabilización inicial del paciente politraumatizado. El protocolo XABCDE emergió como el marco más sólido para ordenar prioridades clínicas, aunque persisten vacíos operativos y heterogeneidad metodológica que justifican el fortalecimiento de la capacitación y la investigación aplicada.

Palabras claves: Politraumatismo; enfermería de urgencias; atención inicial; XABCDE; reanimación; revisión sistemática.

Abstract

Objective: To synthesize the available evidence on priority nursing interventions during the initial care of patients with multiple trauma in the emergency department. **Methods:** Documentary

Información del manuscrito:

Fecha de recepción: 08 de enero de 2026.

Fecha de aceptación: 10 de marzo de 2026.

Fecha de publicación: 10 de abril de 2026.



systematic review, adapted from the original thesis, following PRISMA 2020 principles and critically appraised with the Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice model. PubMed/MEDLINE, CINAHL, LILACS, SciELO, Embase, ScienceDirect, and Google Scholar were searched. Studies published within the last five years in Spanish, English, and Portuguese and focused on nursing interventions in the initial phase of multiple trauma care were included. Results: Thirty-six studies were included. The evidence showed that interventions were predominantly organized around the XABCDE approach, with the strongest support for early hemorrhage control, airway protection, ventilatory and neurological monitoring, timely trauma team activation, and prevention of complications related to hypothermia, coagulopathy, and hypoperfusion. The most consistent measures included early tranexamic acid administration, preparation for massive transfusion, fluid warming, normocapnia monitoring through EtCO₂, and serial neurological reassessment. Conclusions: Nurses play a decisive role in survival and early stabilization of polytrauma patients. The XABCDE protocol emerged as the most robust framework to organize clinical priorities, although operational gaps and methodological heterogeneity remain, supporting the need for continued training and applied research.

Keywords: Polytrauma; emergency nursing; initial management; XABCDE; resuscitation; systematic review.

1. Introducción

El trauma múltiple continúa siendo una de las principales causas de mortalidad y discapacidad en población joven y económicamente activa. Los informes globales y regionales muestran que la carga del trauma vial y del trauma grave sigue siendo elevada, con repercusiones directas sobre los servicios de urgencias, la atención prehospitalaria y la rehabilitación posterior (1-2). En Ecuador, la siniestralidad vial mantiene un peso epidemiológico importante y tensiona la capacidad resolutive de los servicios de emergencia, lo que obliga a fortalecer la respuesta clínica temprana y protocolizada (3).

En este contexto, la enfermería de emergencias no cumple un rol meramente operativo. Su participación atraviesa el triaje, la valoración primaria, el control inicial de hemorragias, la vigilancia hemodinámica y neurológica, la coordinación del equipo y la prevención de complicaciones tempranas. Diversos trabajos narrativos e integrativos muestran que una parte sustancial de las acciones críticas durante la “hora dorada” recae sobre el personal de enfermería, especialmente en lo relativo a ventilación, oxigenación, control de hemorragias, monitorización y acompañamiento del paciente y su familia (4-5). Además, revisiones recientes subrayan que la formación continua



y el dominio de algoritmos estructurados son componentes esenciales para reducir errores, mejorar la adherencia a las guías y favorecer resultados clínicos más consistentes (5-6).

Sin embargo, la literatura disponible presenta dos problemas relevantes. Primero, gran parte de la evidencia sobre trauma continúa centrada en el abordaje médico global, con menor desarrollo de la perspectiva específicamente enfermera. Segundo, los estudios sobre intervenciones de enfermería son heterogéneos en diseño, contexto y calidad metodológica, lo que dificulta traducir sus hallazgos en estándares claros de práctica. A ello se suma que muchas realidades latinoamericanas, incluida la ecuatoriana, carecen de revisiones sintéticas y actualizadas que integren evidencia de guías internacionales, estudios observacionales, investigaciones de competencias y experiencias clínicas recientes.

A partir de esta necesidad, el presente manuscrito adapta y condensa el trabajo original de revisión sistemática con el propósito

de responder la siguiente pregunta: ¿qué intervenciones de enfermería aplicadas durante la atención inicial del paciente con trauma múltiple contribuyen a optimizar los resultados clínicos y prevenir complicaciones en el servicio de emergencia? El objetivo fue sintetizar la evidencia disponible y reorganizarla en un formato de artículo científico breve, enfatizando las intervenciones prioritarias, la lógica del enfoque XABCDE y los principales vacíos para la práctica y la formación.

2. Metodología

Se realizó una revisión sistemática documental con base en las recomendaciones de PRISMA 2020 para la identificación, selección y presentación de estudios (7). La evaluación crítica y organización de la evidencia se apoyó en el modelo Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice, utilizado en el trabajo de titulación original para estructurar la extracción y clasificación del material revisado (8).

La pregunta de investigación se formuló con la estrategia PICO: población, pacientes con trauma múltiple atendidos en el servicio de emergencia; intervención, atención inicial de enfermería; comparación, atención no estandarizada o sin protocolo explícito; y desenlaces, optimización del cuidado clínico temprano, prevención de complicaciones y reducción de morbilidad precoz.

La búsqueda bibliográfica se realizó en PubMed/MEDLINE, CINAHL, LILACS, SciELO, Embase, ScienceDirect y Google Scholar. Se combinaron términos relacionados con trauma múltiple, polytrauma, nursing care, nursing interventions, emergency department, initial management, primary survey y ABCDE/XABCDE. Se consideraron publicaciones en español, inglés y portugués, disponibles a texto completo, y publicadas dentro de los cinco años previos al cierre del proceso de búsqueda del manuscrito original.

Se incluyeron estudios primarios y secundarios con información aplicable a la atención inicial del trauma múltiple desde la perspectiva

de enfermería. Se excluyeron tesis, literatura gris, actas de congresos, artículos de pago no recuperables, estudios enfocados exclusivamente en valoración secundaria y documentos sin relación explícita con intervenciones enfermeras en la fase inicial. Tras el cribado y la lectura de títulos, resúmenes y textos completos, se incluyeron 36 estudios para la síntesis final.

Para el análisis se construyó una matriz de extracción que resumió autoría, año, tipo de estudio, población, entorno, intervención principal, hallazgos y nivel de evidencia. Los resultados se integraron mediante síntesis narrativa. Con el fin de facilitar la interpretación clínica, las intervenciones fueron reagrupadas en dos niveles: a) dominios prioritarios recurrentes; y b) secuencia operativa XABCDE, que permitió ordenar las acciones de enfermería de acuerdo con su prioridad fisiológica y organizativa en el trauma grave.

Para la síntesis se dio prioridad a hallazgos con utilidad clínica inmediata en el entorno de emergencia. Con ese fin, se



distinguieron tres niveles de interpretación: intervenciones con respaldo alto, intervenciones con respaldo moderado y prácticas recurrentes descritas como parte del cuidado integral, aunque con menor solidez metodológica. Esta estrategia permitió depurar el contenido del documento original y transformar una matriz extensa en un manuscrito más concentrado en aplicabilidad clínica y toma de decisiones.

La adaptación editorial del trabajo de titulación también supuso la eliminación de elementos ajenos al formato de artículo científico, como dedicatorias, documentos institucionales, cronogramas, presupuestos, matrices completas de extracción y apartados legales extensos. Se conservaron únicamente los componentes necesarios para sustentar la pregunta, el proceso metodológico, la síntesis de resultados y la discusión crítica.

3. Resultados y discusión

La revisión incluyó 36 estudios. La mayor contribución correspondió a PubMed/MEDLINE (17 estudios), seguida de Google Scholar (8), LILACS (4), SciELO (2), Embase (2), ScienceDirect (2) y CINAHL (1). El conjunto final reunió guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas, metaanálisis, revisiones integrativas, estudios retrospectivos, análisis conceptuales y trabajos de implementación o capacitación. Esta composición confirmó una base sólida para algunas intervenciones fisiológicas críticas, pero una menor consistencia metodológica para aspectos organizativos, formativos y psicosociales.

El análisis temático mostró que las intervenciones prioritarias podían agruparse en torno a ocho núcleos recurrentes: 1) valoración primaria estructurada mediante ABCDE/XABCDE; 2) control de hemorragias; 3) manejo de vía aérea y ventilación; 4) monitorización hemodinámica y neurológica; 5) triaje y activación del equipo de trauma; 6) prevención de complicaciones; 7) fluidoterapia y

transfusión masiva; y 8) apoyo psicosocial, coordinación y continuidad del cuidado. La Tabla 1 resume la recurrencia relativa de estos dominios en la literatura incluida.

En términos de diseño, la muestra final reunió guías clínicas y actualizaciones basadas en evidencia, revisiones sistemáticas y metaanálisis, revisiones integrativas, estudios retrospectivos, estudios de implementación, investigaciones sobre competencias y trabajos centrados en organización del cuidado. Esto implicó que la evidencia no fuera homogénea: los estudios de mayor calidad se concentraron en el control de hemorragias, la ventilación inicial, la activación del equipo de trauma y algunos componentes de monitorización, mientras que el apoyo psicosocial, la estandarización del lenguaje enfermero y ciertas acciones de continuidad del cuidado se sostuvieron sobre evidencia narrativa o descriptiva.

La distribución de los estudios por bases de datos mostró un predominio de PubMed/MEDLINE,

seguido por Google Scholar y LILACS. Esta composición sugiere que, aunque existe producción en lengua española y portuguesa, la literatura con mayor densidad metodológica continúa publicándose sobre todo en inglés y en revistas indexadas de trauma, cuidados críticos y enfermería clínica.

Calidad y jerarquía de la evidencia. Los estudios de mayor nivel respaldaron principalmente tres grupos de intervenciones: a) control de hemorragias y coagulopatía; b) manejo ventilatorio y neuroprotección; y c) activación y organización del equipo de trauma (9-11, 13-14). En cambio, la evidencia de nivel intermedio se orientó a herramientas operativas, soporte digital, competencias y programas de entrenamiento (15-16, 19-20). Finalmente, la evidencia descriptiva o narrativa aportó elementos valiosos para la gestión del cuidado, la continuidad asistencial y la visión integral del paciente, aunque con menor fuerza inferencial (12, 18, 21-24).



Tabla 1. Intervenciones de enfermería prioritarias identificadas en la revisión

Dominio	Intervenciones de enfermería más relevantes	Frecuencia / respaldo relativo
Valoración primaria estructurada	Aplicación de ABCDE/XABCDE, priorización fisiológica, reevaluación continua.	Muy alta / 12 estudios
Control de hemorragias	Compresión, torniquetes, preparación para transfusión masiva, ácido tranexámico precoz, calentamiento de fluidos.	Alta / 8 estudios
Vía aérea y ventilación	Protección cervical, aspiración, oxigenación, monitorización de EtCO ₂ , prevención de hiperventilación.	Alta / 8 estudios
Monitorización hemodinámica y neurológica	Control seriado de signos vitales, Glasgow, pupilas, perfusión y diuresis.	Alta / 8 estudios
Triaje y activación del equipo de trauma	Clasificación de riesgo, activación escalonada del equipo, organización de roles.	Moderada-alta / 7 estudios
Prevención de complicaciones	Termorregulación, cuidado de heridas, prevención de hipoperfusión, coagulopatía y lesiones secundarias.	Moderada-alta / 7 estudios
Fluidoterapia y soporte transfusional	Reposición de volumen, seguimiento de calcio, coordinación de hemoderivados y control urinario.	Moderada / 5 estudios
Apoyo psicosocial y continuidad del cuidado	Comunicación con familia, apoyo emocional, registro y coordinación multidisciplinaria.	Moderada / 5 estudios

El hallazgo más consistente fue el desplazamiento del enfoque clásico ABCDE hacia una lógica XABCDE en los cuadros de trauma grave con riesgo de exanguinación. Las guías de mayor nivel y las revisiones con mejor sustento coincidieron en que el control de la hemorragia catastrófica debe preceder a otras maniobras cuando existe sangrado potencialmente letal (9, 13). En términos prácticos, esto implica que enfermería participe de forma inmediata en la compresión,

preparación de torniquetes o dispositivos de control, administración temprana de ácido tranexámico, acondicionamiento del material para transfusión masiva y calentamiento de fluidos y hemoderivados. También se reconoció la utilidad de vigilar el calcio iónico y colaborar con pruebas viscoelásticas en contextos que disponen de ellas (9, 13).

En el dominio de vía aérea y ventilación, la literatura otorgó un

papel central a la protección cervical, la aspiración de secreciones, la asistencia en maniobras de permeabilización de la vía aérea y la monitorización ventilatoria estrecha. La revisión sistemática sobre resucitación inicial en trauma craneoencefálico mostró que la hiperventilación inadvertida puede empeorar la perfusión cerebral; por ello, mantener EtCO₂ entre 35 y 45 mmHg y asegurar oxigenación adecuada constituye una intervención prioritaria (10). Del mismo modo, la reevaluación neurológica seriada, la vigilancia de la escala de Glasgow, la respuesta pupilar y la detección de signos de alarma en traumatismo craneoencefálico leve o moderado se identificaron como acciones determinantes para evitar el deterioro secundario (14, 17).

La activación temprana del equipo de trauma y la claridad en la distribución de funciones también emergieron como componentes relevantes. La actualización de criterios de trauma team activation mostró que el reconocimiento precoz de criterios fisiológicos y anatómicos mejora la respuesta organizada y evita retrasos en pacientes críticos

(11). A nivel operativo, los estudios sobre competencias y soporte digital sugieren que el desempeño enfermero mejora cuando se combina juicio clínico, comunicación estructurada, liderazgo y uso de checklists o ayudas de decisión en entornos de alta presión (15-16).

Otros hallazgos frecuentes fueron la prevención de hipotermia, el seguimiento de diuresis, el control del dolor, el cuidado de heridas, la profilaxis de complicaciones infecciosas, la vigilancia de la integridad cutánea y el registro estandarizado del cuidado (12, 18). Aunque estas intervenciones no siempre se sustentaron en estudios de alto nivel, su recurrencia en la literatura muestra que forman parte del núcleo práctico del cuidado integral durante la fase de estabilización inicial. Del mismo modo, la capacitación en crisis resource management, ITLS y valoración primaria se asoció con mejor adherencia a secuencias críticas y mayor seguridad del paciente (19-21).

Síntesis según la secuencia XABCDE. En la fase X, la literatura priorizó el control de hemorragias



exanguinantes, incluyendo compresión directa, preparación de torniquetes, activación de transfusión masiva y administración temprana de ácido tranexámico (9, 13). En A, se enfatizó la protección cervical, la permeabilización de la vía aérea, la aspiración de secreciones y la preparación para procedimientos avanzados. En B, el foco recayó en la oxigenación adecuada, la vigilancia de la frecuencia respiratoria, el monitoreo de saturación y la capnografía, con especial precaución para evitar hiperventilación en pacientes con trauma craneoencefálico (10, 17). En C, se reforzó la reposición de volumen guiada, la coordinación de hemoderivados, el calentamiento de fluidos y el control de diuresis, además de la vigilancia estrecha de la perfusión periférica. En D, la intervención enfermera se centró en

el Glasgow seriado, la reactividad pupilar y la identificación de signos de deterioro neurológico (14, 17). En E, se repitieron como acciones constantes la exposición dirigida, la termorregulación, el cuidado inicial de heridas y la prevención de nuevas lesiones o complicaciones cutáneas.

La revisión también permitió identificar una capa transversal de soporte continuo que no pertenece a una sola letra del algoritmo, pero condiciona su eficacia: comunicación con el equipo, registro oportuno, disponibilidad de insumos, acompañamiento a la familia, verificación de equipos, apoyo digital a la toma de decisiones y entrenamiento en simulación. Estos componentes no reemplazan la valoración primaria, pero aumentan su consistencia y seguridad (15-16, 18-19)

Tabla 2. Secuencia XABCDE y acciones clave de enfermería en la atención inicial del trauma múltiple

Componente	Acciones prioritarias
X - Hemorragia exanguinante	Identificar sangrado letal, compresión directa, preparar torniquetes o dispositivos de control, ácido tranexámico temprano y activación de transfusión masiva.
A - Airway	Asegurar permeabilidad de la vía aérea con control cervical, aspirar secreciones, asistir en dispositivos avanzados y verificar material.
B - Breathing	Valorar patrón respiratorio, saturación y EtCO ₂ ; administrar oxígeno; evitar hiperventilación excesiva y detectar compromiso torácico.
C - Circulation	Canalizar accesos, iniciar reposición y hemoderivados según indicación, calentar fluidos, vigilar perfusión distal y diuresis.

D - Disability	Aplicar Glasgow seriado, valorar pupilas, detectar deterioro neurológico o signos de alarma y comunicar cambios de inmediato.
E - Exposure/Environment	Exponer al paciente de forma dirigida, prevenir hipotermia, cubrir heridas, mantener seguridad del entorno y preservar dignidad.
Soporte transversal	Coordinar con el equipo, documentar, confirmar disponibilidad de insumos, apoyar a la familia y participar en reevaluaciones sucesivas.

Discusión

Esta revisión breve confirma que la contribución de enfermería al manejo inicial del trauma múltiple es decisiva, no complementaria. La literatura más robusta respalda una actuación centrada en prioridades fisiológicas claras: control temprano de hemorragias, vía aérea segura, ventilación monitorizada, restauración de la perfusión y reevaluación neurológica continua (9-10, 13). En ese sentido, el enfoque XABCDE no debe entenderse únicamente como una adaptación semántica del ABCDE, sino como una reorganización práctica de la secuencia de cuidados para responder mejor a la mortalidad prevenible por exanguinación.

La evidencia hallada también sugiere que la calidad de la respuesta inicial no depende solo de conocer el algoritmo, sino de poder ejecutarlo en condiciones de alta demanda asistencial. Los estudios de

competencias y entrenamiento muestran que el dominio técnico necesita complementarse con liderazgo, comunicación cerrada, conciencia situacional y distribución eficaz de tareas (15, 19-20). Este punto es especialmente relevante en servicios con limitaciones de recursos, donde enfermería suele funcionar como eje organizador del flujo de atención. Los hallazgos de estudios narrativos e integrativos latinoamericanos son concordantes con esta idea: el protocolo por sí solo no garantiza resultados si no se acompaña de entrenamiento sostenido, supervisión y cultura de seguridad (-2, 12).

Otro aspecto clínicamente importante fue la protección neurológica. La revisión sistemática de Howard et al. y los estudios posteriores sobre traumatismo craneoencefálico refuerzan la necesidad de vigilar la normocapnia, evitar la hipoxemia y detectar tempranamente signos de deterioro



(10, 14, 17). Este conjunto de intervenciones suele depender del personal de enfermería, que es quien permanece en contacto continuo con el paciente, monitoriza cambios sutiles y gatilla la escalada de respuesta. Del mismo modo, en poblaciones ancianas o frágiles, la literatura advierte que los signos vitales aparentemente estables pueden enmascarar lesiones graves, por lo que el subtriaje constituye un riesgo relevante (25).

En comparación con el documento ampliado original, la adaptación actual permitió depurar componentes con bajo valor editorial para una revista científica. Se excluyeron preliminares académicos, anexos, descripciones extensas de bases de datos, matrices completas y apartados teóricos que no aportaban de forma directa al objetivo clínico del artículo. Esta depuración mejora la coherencia del manuscrito y refuerza la conexión entre pregunta, método, hallazgos y aplicabilidad.

No obstante, deben reconocerse limitaciones. La evidencia incluida fue metodológicamente heterogénea y coexistieron guías y revisiones de

alto nivel con estudios descriptivos, análisis conceptuales y revisiones narrativas. Además, la restricción a textos completos accesibles y a tres idiomas pudo excluir estudios relevantes. La síntesis tampoco reemplaza la necesidad de adaptar protocolos a la realidad local, al perfil epidemiológico y a la disponibilidad de recursos humanos y tecnológicos de cada institución. Por ello, aunque el XABCDE se presentó como el marco más consistente, su implementación requiere entrenamiento, simulación y evaluación continua para traducirse en mejoras medibles de resultados.

Implicaciones para la práctica clínica. Desde el punto de vista asistencial, los hallazgos respaldan la necesidad de protocolos de enfermería explícitos para trauma múltiple dentro de cada servicio de emergencia. No basta con asumir que el algoritmo general de trauma es conocido por el equipo; la revisión muestra que los mejores resultados dependen de la traducción de ese algoritmo en tareas concretas, tiempos de respuesta, checklists, preparación anticipada de insumos y entrenamiento periódico. En otras palabras, el conocimiento debe estar

operativo. La literatura sobre soporte digital y simulación sugiere que esta operacionalización reduce la carga cognitiva y mejora la adherencia a pasos críticos (16, 19-20).

Poblaciones y contextos que requieren especial atención.

Aunque el objetivo central de la revisión fue el trauma múltiple en términos generales, algunos estudios mostraron que ciertos grupos demandan vigilancia reforzada. Los pacientes con traumatismo craneoencefálico y los adultos mayores frágiles presentan riesgo elevado de deterioro oculto o subtraíje, por lo que las variaciones sutiles en el examen neurológico, el antecedente de anticoagulación y la aparente estabilidad hemodinámica no deben tranquilizar de forma prematura (14, 17, 25). Este hallazgo tiene una traducción práctica directa: la reevaluación frecuente y la comunicación oportuna de cambios clínicos continúan siendo competencias nucleares de enfermería.

Limitaciones. La principal limitación fue la heterogeneidad de los estudios incluidos. Se combinaron revisiones de alta calidad con

estudios observacionales, investigaciones descriptivas y revisiones narrativas, lo que restringe la posibilidad de establecer recomendaciones uniformes para todos los contextos. Además, la estrategia original privilegió artículos recuperables a texto completo y en tres idiomas, lo que pudo dejar fuera evidencia adicional. Finalmente, el propio campo de investigación muestra una carencia de ensayos o estudios prospectivos específicamente diseñados para aislar el efecto independiente de las intervenciones enfermeras sobre desenlaces duros, como mortalidad, tiempo de estancia o complicaciones mayores.

4. Conclusiones

Las intervenciones de enfermería con mayor respaldo para la atención inicial del trauma múltiple son aquellas vinculadas con el control precoz de hemorragias, la protección de la vía aérea, la monitorización ventilatoria y neurológica, la activación del equipo de trauma y la prevención temprana de complicaciones. El enfoque XABCDE organizó de forma más



sólida estas prioridades y representó el principal hallazgo práctico de la revisión. En consecuencia, la atención inicial del politraumatizado debe concebirse como un proceso protocolizado, dinámico y reevaluable, en el que enfermería cumple una función central tanto clínica como organizativa. Se requieren estudios prospectivos y estrategias de capacitación sostenida que fortalezcan la estandarización del cuidado y su impacto sobre la morbilidad y mortalidad.

Bibliografía

1. Global Status Report on Road Safety 2023. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2023. 1 p.
2. Nuevo informe de la OPS sobre seguridad vial destaca avances lentos y desiguales en la reducción de las muertes por tránsito en las Américas - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2025 [citado 28 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/22-1-2025-nuevo-informe-ops-sobre-seguridad-vial-destaca-avances-lentos-desiguales>
3. Oviedo-Bayas B, López-Robayo E, Guevara-Torres P, Carpio-Vera DA. Epidemiología de los accidentes de tránsito en Ecuador: un enfoque en la tecnología y la seguridad vial. Rev Metrop Cienc Apl. 26 de marzo de 2025;8(S1):S1. doi:10.62452/vb2rr283
4. Huahuatenco Cano Y. Intervención del profesional de enfermería en el manejo inicial de los pacientes politraumatizados en los servicios de emergencia [Internet]. 2022 [citado 1 de julio de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/13327>
5. Sanabria SCQ, Lascano EAS, Albán GVG, Quintanilla JEL, Zambrano IVF. El papel de las intervenciones de enfermería en la mejora de los resultados en pacientes traumatizados atendidos en el lugar del accidente. Revisión narrativa. Rev Soc Front. 19 de julio de 2024;4(4):4. doi:10.59814/resofro.2024.4(4)324
6. Investigación RS. Manejo del paciente politraumatizado en urgencias: rol de la enfermería. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 4 de febrero de 2025 [citado 28 de junio de 2025]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinves>

- tigation.com/manejo-del-paciente-politraumatizado-en-urgencias-rol-de-la-enfermeria/
7. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Rev Esp Cardiol*. 1 de septiembre de 2021;74(9):790-9. doi:10.1016/j.recesp.2021.06.016
 8. Johns Hopkins EBP Model and Tools - Permission | IJHN Learning System [Internet]. [citado 8 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.ijhn-education.org/node/18409>
 9. Rossaint R, Afshari A, Bouillon B, Cerny V, Cimpoesu D, Curry N, et al. The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: sixth edition. *Crit Care Lond Engl*. 1 de marzo de 2023;27(1):80. doi:10.1186/s13054-023-04327-7 PubMed PMID: 36859355; PubMed Central PMCID: PMC9977110.
 10. Howard MB, McCollum N, Alberto EC, Kotler H, Mottla ME, Tiusaba L, et al. Association of Ventilation during Initial Trauma Resuscitation for Traumatic Brain Injury and Post-Traumatic Outcomes: A Systematic Review. *Prehospital Disaster Med*. agosto de 2021;36(4):460-5. doi:10.1017/S1049023X21000534 PubMed PMID: 34057405; PubMed Central PMCID: PMC8295185.
 11. Kühne CA, Weise A, Könsgen N, Schweigkofler U, Kaltwasser A, Pelz S, et al. Criteria for trauma team activation and staffing requirements for the management of patients with (suspected) multiple and/or severe injuries in the resuscitation room- a systematic review and clinical practice guideline update. *Eur J Trauma Emerg Surg Off Publ Eur Trauma Soc*. 18 de marzo de 2025;51(1):142. doi:10.1007/s00068-025-02817-7 PubMed PMID: 40102273; PubMed Central PMCID: PMC11920003.
 12. Camilo Ferreira R, Moorhead SA, Zuchatti BV, Correia MDL, Montanari FL, Duran ECM. Nursing interventions and activities for patients with multiple traumas: An integrative review. *Int J Nurs Knowl*. octubre de 2023;34(4):254-75. doi:10.1111/2047-3095.12401 PubMed PMID: 36269059.
 13. Lier H, Goossen K, Kugler CM, Strasser E, Hussmann B, Maegele M, et al. Inhospital coagulation management and



- fluid replacement therapy in patients with multiple and/or severe injuries - a systematic review and clinical practice guideline update. Eur J Trauma Emerg Surg Off Publ Eur Trauma Soc. 27 de junio de 2025;51(1):240. doi:10.1007/s00068-025-02919-2 PubMed PMID: 40576680; PubMed Central PMCID: PMC12204895.
14. Yang LJ, Lassarén P, Londi F, Palazzo L, Fletcher-Sandersjö A, Ängeby K, et al. Risk factors for traumatic intracranial hemorrhage in mild traumatic brain injury patients at the emergency department: a systematic review and meta-analysis. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 17 de septiembre de 2024;32(1):91. doi:10.1186/s13049-024-01262-6 PubMed PMID: 39289729; PubMed Central PMCID: PMC11406809.
15. Baik D, Yi N, Han O, Kim Y. Trauma nursing competency in the emergency department: a concept analysis. BMJ Open. 19 de junio de 2024;14(6):e079259. doi:10.1136/bmjopen-2023-079259 PubMed PMID: 38904130; PubMed Central PMCID: PMC11212115.
16. Vogel C, Neumann J, Kießling L, Hempel G, Neumuth T, Kleber C, et al. In vitro evaluation of a computer-assisted decision support system for the primary care of polytrauma patients. Eur J Trauma Emerg Surg Off Publ Eur Trauma Soc. octubre de 2023;49(5):2187-92. doi:10.1007/s00068-023-02295-9 PubMed PMID: 37289225; PubMed Central PMCID: PMC10520084.
17. Zhou Y, Zhou L, Chen X. The Role of Integrated Nursing Interventions in Traumatic Brain Injury Management in the Emergency Department: A Retrospective Study. Ther Clin Risk Manag. 26 de mayo de 2025;21:769-80. doi:10.2147/TCRM.S512673 PubMed PMID: 40453321; PubMed Central PMCID: PMC12125471.
18. Camilo Ferreira R, Dunn-Lopez K, Moorhead S, Zuchatti BV, Pereira PC, M Duran EC. Using interoperable nursing care data to improve outcomes for multiple traumas patients with Impaired Physical Mobility. J Clin Nurs John Wiley Sons Inc. 20240701;33(7):2562-77. doi:10.1111/jocn.17140
19. Design and implementation of a “crisis resource management” training program for the initial assessment of polytrauma patients [Internet]. [citado 9 de enero de 2026]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/en-revista-cirugia-espanola->

- english-edition--436-pdf-S2173507723000923
20. Eficacia de la formación ITLS (international trauma life support) en el manejo del paciente con trauma grave en un servicio de urgencias: creación de herramientas de mejora [Internet]. [citado 9 de enero de 2026]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-pdf-S1575181325000348>
 21. Exploration of utilization of primary assessment among nurses at the emergency unit of a district hospital in Ghana. *Int J Afr Nurs Sci*. 1 de enero de 2026;24:100975. doi:10.1016/j.ijans.2026.100975
 22. Fernández LEE, Castro APS, Chillogallo TAM, Arcentales JAT, Pinilla AGR, Lazo JPV, et al. Manejo inicial del paciente politraumatizado en el servicio de urgencias – Revisión narrativa. *Ibero-Am J Health Sci Res*. 18 de agosto de 2025;5(2):188-94. doi:10.56183/iberojhr.v5i2.792
 23. Macedo LFR, Souza CM de, Carvalho DC e SN, Araújo H de S, Fernandes MNM, Silva MR, et al. Assistência de urgência e emergência: desafios no atendimento a múltiplas vítimas. *Arq Ciênc Saúde UNIPAR*. 2022;967-89.
 24. Giombeli AM, Oliveira EL de, Moraes A, Leite C do N, Toscan VR, Rodrigues DC, et al. Gestão do cuidado de enfermagem em pacientes politraumatizados. *Arq Ciênc Saúde UNIPAR Online*. 2026;367-80.
 25. De Simone B, Chouillard E, Podda M, Pararas N, de Carvalho Duarte G, Fugazzola P, et al. The 2023 WSES guidelines on the management of trauma in elderly and frail patients. *World J Emerg Surg WJES*. 31 de mayo de 2024;19(1):18. doi:10.1186/s13017-024-00537-8 PubMed PMID: 38816766; PubMed Central PMCID: PMC11140935.