

## CRITERIOS Y NIVELES DE ACTIVACIÓN DEL EQUIPO DE TRAUMA

Comité de Asistencia al paciente con politraumatismo. Servicio de Urgencias  
Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante

- **CÓDIGO TRAUMA PRIORIDAD 0 (máxima prioridad):**

Implica alertar a todo el equipo de trauma, y que este se encuentre en el box de reanimación del servicio de urgencias, a la llegada del o de la paciente.

Indicado en casos de **fracaso en la estabilización primaria o detección de necesidad de intervención quirúrgica inmediata.**

<b>A. Inestabilidad en la vía aérea</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Necesidad de aislamiento de la vía aérea</li><li>- Imposibilidad de aislamiento definitivo en la fase prehospitalaria mediante intubación endotraqueal</li><li>- Necesidad de vía aérea quirúrgica</li><li>- Traumatismo facial con deformidad</li></ul>
<b>B. Inestabilidad ventilatoria</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Insuficiencia respiratoria (SpO<sub>2</sub> &lt; 90% a pesar de O<sub>2</sub> a alto flujo) que no se ha logrado resolver en la fase prehospitalaria</li><li>- Neumotórax o hemotórax que no han sido drenados mediante tubo torácico</li><li>- Hemotórax drenados en prehospitalaria, con abundante débito</li><li>- Tórax inestable</li></ul>
<b>C. Inestabilidad circulatoria</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Parada cardiorrespiratoria recuperada</li><li>- Shock refractario a fluidoterapia inicial o necesidad de catecolaminas</li><li>- Hemorragia externa severa</li><li>- Heridas penetrantes en cabeza, cuello, tórax, abdomen y regiones proximales de extremidades</li><li>- Alta sospecha de hemorragia interna masiva (aún en estabilidad hemodinámica aparente) o signos evidentes en protocolo FAST (líquido libre intraabdominal, taponamiento cardíaco, hemotórax masivo, disección de aorta o troncos supraaórticos)</li></ul>
<b>D. Inestabilidad neurológica</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Amputaciones o extremidad en riesgo</li><li>- Parálisis de extremidades o ausencia de pulsos</li></ul>
<b>E. Circunstancias especiales</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Llegada de más de un paciente grave al mismo hospital</li></ul>

## ● CÓDIGO POLITRAUMA PRIORIDAD 1

El o la coordinador/a de urgencias deberá alertar al equipo considerado eficaz en el manejo, ante la potencial necesidad de intervención quirúrgica.

Se avisará del tiempo estimado de llegada, si el paciente no se encuentra en el hospital, y este se conoce, con el fin de programar posible intervención a su llegada, según las necesidades. No implica que el equipo de trauma al completo se persone en el box de reanimación, tras la llamada, pero sí que esté dispuesto por si esto fuera necesario.

Se pretende alertar para programar una potencial necesidad quirúrgica. En estos casos predomina la urgencia diagnóstica frente a la terapéutica.

Se activará en casos de:

**Pacientes con politraumatismo grave, en los que se ha logrado una adecuada estabilización primaria en la fase prehospitalaria**

Ejemplos: TCE con GCS < 9/15 con adecuada IOT, traumatismo raquímedular, neumotórax drenados mediante tubo de tórax, shock con respuesta mantenida a fluidoterapia racional, grandes quemados o polifracturados estables hemodinámicamente...

En estos casos, el equipo de urgencias alertará a los servicios implicados de las circunstancias de la recepción, para preparar las necesidades.

Tras la recepción del paciente en el servicio de urgencias se reevaluarán las necesidades, y en función de ello, se requerirá la actuación de los integrantes del equipo al completo, o del resto de especialidades localizadas.

Cualquier cambio en el estado clínico debe ser comunicado al o a la coordinador/a de urgencias, para adaptar el nivel de prioridad.

- **CÓDIGO POLITRAUMA PRIORIDAD 2** o **POTENCIALMENTE GRAVES**

Se trata de pacientes “potencialmente graves” que serán **valorados por el equipo del servicio de urgencias, en el box de reanimación, por parte de los profesionales (medicina, enfermería y técnicos auxiliares de enfermería) de nivel 2.**

Podrá hacerse la valoración conjunta con el/la facultativo/a de urgencias de trauma.

Se activará en casos de:

<b>Fisiológicos</b>	Escala coma Glasgow 15 Frecuencia Resp 12-18 rpm TAS > 90 mmHg y frecuencia cardíaca < 100 lpm
<b>Anatómicos</b>	<u>Sin evidencia de:</u> - Traumatismo facial con deformidad - Tórax inestable - Dos o más fracturas proximales de huesos largos - Hemorragia externa severa - Heridas penetrantes en cabeza, cuello, tórax, abdomen y partes proximales de extremidades - Amputaciones proximales en muñeca o tobillo - Fracturas de pelvis - Trauma y quemaduras - Parálisis o ausencia de pulsos en extremidades
<b>Mecanismo lesional</b>	Expulsión del paciente desde el automóvil Muerte de pasajeros del mismo vehículo Tiempo extricación > 20 min Precipitado > 3 metros Lanzamiento de peatón o atropello a más de 8 km/h Vuelco o choque a alta velocidad (> 50 km/h) Accidente motocicleta > 30 km/h

Se llevará a cabo una exhaustiva valoración primaria y secundaria, siguiendo la sistemática descrita en ATLS® (ver algoritmo descrito).

Desde dicho box, podrá ser trasladado a:

- **Radiología.** Previo contacto con el servicio, si el equipo que lo evalúa lo considera. Será el equipo médico y enfermería del nivel 2 el que acompañará al paciente. En función de los hallazgos, el paciente puede ser de nuevo trasladado a nivel 2, urgencias de trauma, o a cualquier otra unidad de servicios críticos, si se determinan necesario.
- **Urgencias de Trauma.** En aquellos casos en los que se considere diferible el estudio radiológico, se trasladará al área de trauma, y se llevarán a cabo las

pruebas correspondientes, a considerar por el equipo de trauma de urgencias. La valoración llevada a cabo por el equipo de urgenciólogo/as de nivel 2, así como la prescripción y las pruebas solicitadas deberán quedar perfectamente reflejadas en el sistema informático.

Cualquiera de las prioridades es aconsejable reflejarla en el informe de valoración, y debe indicarse al contactar con el resto de lo/as profesionales que compongan el equipo.