

CÓDIGO POLITRAUMA: DESDE LOS OJOS DE LA ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

Alba María Alonso Bazaco (R1)

Arancha Corral Caballero (R1)

Laura Boronat de la Riva (R2)

Jesús Tomás Polo (R2)

ÍNDICE

1. Introducción
2. Contexto paciente politraumatizado pediátrico
3. Momentos críticos
4. Activación Código Politrauma
5. Preparación Box de Críticos
6. Recepción del paciente
7. Valoración de enfermería
8. Diagnósticos de enfermería
9. Traslado intrahospitalario
10. Propuesta de checklist
11. Conclusiones
12. Bibliografía

INTRODUCCIÓN

Fecha y hora: 22/08/2025, 19:30h

Centro: Hospital Dr. Balmis (Alicante)

Paciente: Mujer, 14 años

Mecanismo lesional: Precipitación desde 5º piso

Traslado: SAMU

Antecedentes personales: Trastorno del espectro autista (TEA)

Actuación inicial: Activación de código politrauma



PACIENTE POLITRAUMATIZADO

DEFINICIÓN

Lesiones en ≥ 2 órganos o ≥ 1 lesión con riesgo vital

ACTUACIÓN

Activación protocolizada + equipo multidisciplinar coordinado

CÓDIGO POLITRAUMA

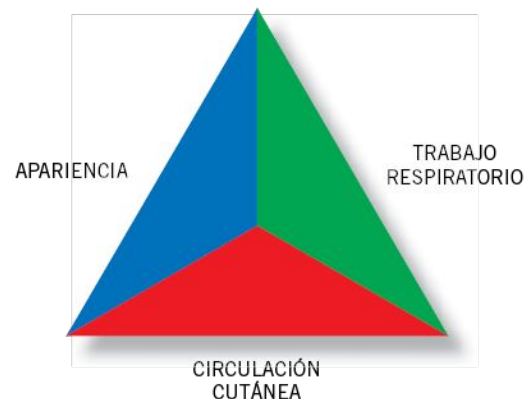
- Alerta precoz para movilizar recursos
- Preparación para la “hora de oro”

PRIORIDADES

- **P0:** Inestabilidad crítica
- **P1:** Grave estabilizado
- **P2:** Estable aparente

ATENCIÓN

- **Revisión primaria (ABCDE):** identificar y tratar riesgo vital
- **Revisión secundaria:** mecanismo lesional + anamnesis
- **Post-estabilización:** cuidados continuos



MOMENTOS CRÍTICOS:

Comunicación prehospitalaria
para preparar la llegada:
activación del código
politrauma 0

1

2

3

4

Preparación del box de
paradas en urgencias

Organización del equipo para
asegurar la estabilización del
paciente y la actuación lo
antes posible

Traslado seguro a UCI o a las
diferentes pruebas

NECESIDAD DE UN CHECKLIST



1. ACTIVACIÓN CÓDIGO POLITRAUMA 0

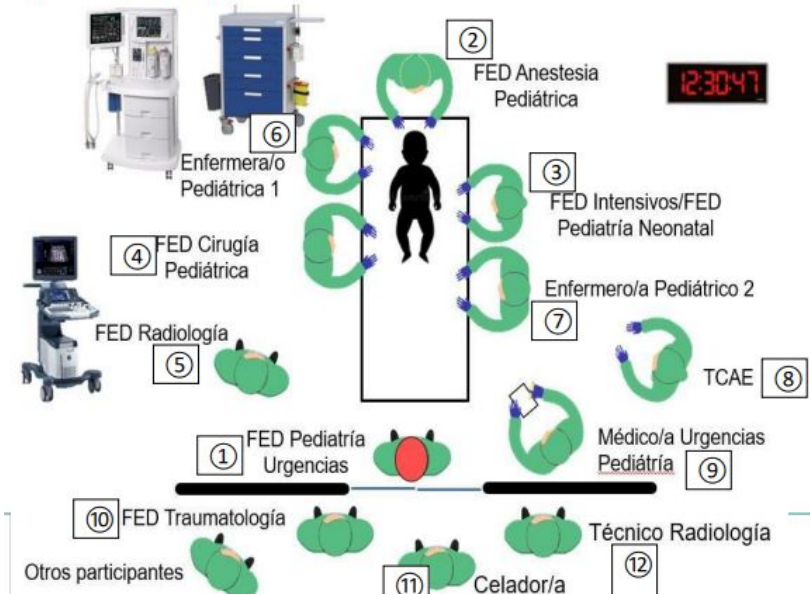
SAMU activó el código politrauma 0, indicando que a su llegada al hospital se necesitan actuaciones de estabilización.
Protocolo de paciente politraumatizado pediátrico del HGUA → participación del diferente personal sanitario:

6 Médicos:

- Urgencias pediátricas
- Anestesia (vía aérea)
- Intensivistas (ventilación/exposición)
- Cirugía (circulación)
- Traumatología
- Radiología

2 Enfermeras:

- Monitorización/ vía aérea
- Accesos / medicación / técnicas coadyuvantes
- 1 TCAE : preparación previa del box, soporte en el control térmico, preparación de todo el material necesario en cada momento, exposición y movilización del paciente



ANTES DE LA LLEGADA

ACTIVACIÓN Y ORGANIZACIÓN DEL EQUIPO

- Recepción del aviso (prealerta del CICU)
- Activación del código politrauma pediátrico
- Asignación de roles:
 - Vía aérea
 - Circulación + medicación
 - Registro + coordinación familia

PREPARACIÓN DEL BOX DE PARADAS

- Box despejado y accesible
- Camilla con tabla espinal pediátrica e inmovilizaciones cervicales de distintos tamaños
- Monitor encendido

COORDINACIÓN CON OTROS SERVICIOS



LLEGADA DEL PACIENTE A URGENCIAS

Atención inicial en UPED siguiendo el esquema de actuación ABCDE:



**CONTROL DE LA
HEMORRAGIA
EXANGUINANTE**



**VIA AEREA
PERMEABLE CON
CONTROL DE
COLUMNA
CERVICAL**



**APORTE DE
OXIGENO
MASCARILLA DE
NO
RECIRCULACION**



**CIRCULACION Y
CONTROL DE
OTRAS
HEMORRAGIAS**



**DEFICIT
NEUROLOGICO**



**EXPOSICION Y
CONTROL DE LA
HIPOTERMIA**

LLEGADA DEL PACIENTE A URGENCIAS

- **Situación inicial:**
 - Pasa directa a box de paradas, con **triaje rojo**
 - Paciente intubada
 - Hemodinámicamente estable con tendencia a la hipotensión
 - Portadora de una vía intraósea con fluidoterapia
 - Inmovilización completa y sospecha de fracturas múltiples

- **X (Hemorragia):**
 - Control de sangrado → compresión
 - Ácido tranexámico



- **A y B (Vía aérea y ventilación):**
 - Verificar TOT y ventilación
 - Hipoventilación derecha → toracocentesis



LLEGADA DEL PACIENTE A URGENCIAS

- **C (Circulación):**

- TA 96/56, FC 150, lactato 3,7
- VIO + VVP + analítica
- Cristaloides + transfusión masiva



- **D (Neurológico):**

- GCS 6
- Glucemia 200 → normalizar
- Valoración pupilar



- **E (Exposición):**

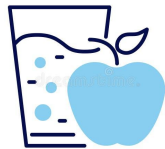
- Prevenir hipotermia
- Evitar triada letal: acidosis, hipotermia, coagulopatía



VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL ALTA DE URGENCIAS

Siguiendo el modelo de 14 Necesidades de Virginia Henderson, están alteradas:

- ➔ **Respiración y circulación** → necesidad de VM con IOT + Pleur-evac e inestabilidad hemodinámica previa.
- ➔ **Alimentación / Hidratación** → Dieta absoluta y necesidad de reposición volumétrica / transfusión masiva.
- ➔ **Moveirse / Postura** → sedación + faja pélvica + collarín cervical + tabla espinal + múltiples fracturas.
- ➔ **Higiene e integridad de la piel** → heridas múltiples, accesos invasivos, riesgo de infección y de UPP por inmovilidad.
- ➔ **Seguridad/ Evitar los peligros** → riesgo de lesión secundaria neurológica y manejo del dolor intenso.



DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (NANDA)

Prioridades vitales (fisiológicas)	Integridad, seguridad y confort	Familia y esfera psicosocial
[00033] Deterioro de la ventilación espontánea	[00132] Dolor agudo	[00146] Ansiedad familiar
[00205] Riesgo de shock	[00044] Deterioro de la integridad tisular	[00073] Procesos familiares interrumpidos
[00201] Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz	[00046] Deterioro de la integridad cutánea	[00074] Afrontamiento familiar comprometido
[00203] Riesgo de perfusión renal ineficaz	[00004] Riesgo de infección	[00148] Temor
[00179] Riesgo de nivel de glucemia inestable	[00006] Riesgo de hipotermia	[00058] Riesgo de deterioro del apego

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (NANDA)

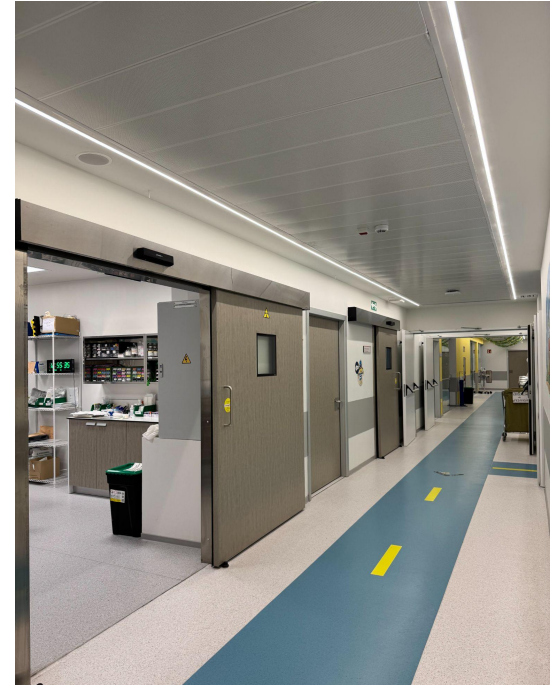
Prioridades v	psicosocial
[00033] Deterioro espontánea	familiar
[00205] Riesgo	familiares
[00201] Riesgo cerebral ineficaz	nto familiar
[00203] Riesgo ineficaz	
[00179] Riesgo glucemia ines	deterioro del

PRIORITARIOS

- [00033] Deterioro de la respiración espontánea
- [00205] Riesgo de shock
- [00201] Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz
- [00132] Dolor agudo
- [00146] Ansiedad familiar

ENFERMERÍA EN EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO

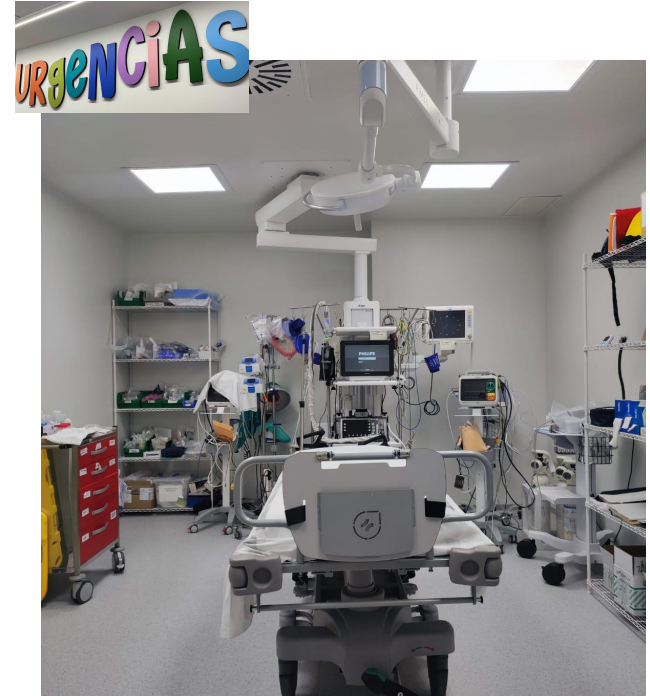
- **Importancia:**
 - Reduce eventos adversos
 - Permite detección y actuación precoz ante complicaciones
- **Claves del éxito del traslado:**
 - Estabilización previa
 - Valoración individualizada
 - Preparación del material
- **Continuidad asistencial:**
 - Transferencia segura de información (Urgencias → UCI)
 - Mejora planificación y eficiencia
- **Información clave a transmitir:**
 - **Accesos venosos:** tipo, localización, calibre y permeabilidad
 - **Vía aérea:** nº TOT y fijación
 - **Drenajes:** localización, estado y fijación
 - **Sujeciones:** tipo, localización y tiempo
 - **Piel:** estado, heridas y cuidados



1º TRASLADO: UPED - TAC

Traslado Seguro a TAC

- **Estabilización previa:**
 - Vía aérea permeable (TOT bien fijado, sin secreciones)
 - Oxigenación adecuada (O_2 suficiente para traslado)
- **Monitorización continua:**
 - ECG, $SatO_2$, TA
 - Alarmas activas y audibles
- **Gestión de infusiones:**
 - Uso de alargaderas largas
 - Bombas fuera del TAC → evitar desconexiones
- **Equipamiento crítico:**
 - Maletín de transporte
 - Ambú + mascarilla adecuada
 - Fonendoscopio
 - Fármacos de emergencia



REGLA DE LOS 3 PLANOS

La **Regla de los 3 planos en el transporte** permite una organización previa para evitar desconexiones accidentales, tirones de vías o extubaciones durante el movimiento del paciente. Se organiza de la siguiente manera:

Plano 1: Monitorización y drenajes

- Monitor visible (ECG, SatO₂, TA)
- Vigilancia continua de constantes
- Drenajes asegurados y controlados

REGLA DE LOS 3 PLANOS

La **Regla de los 3 Planos en el transporte** permite una organización para evitar desconexiones accidentales, tirones de vías o extubaciones durante el movimiento del paciente. Se organiza de la siguiente manera:



Plano 1: Monitorización y drenajes

- Monitor visible (ECG, SatO₂, TA)
- Vigilancia continua de constantes
- Drenajes asegurados y controlados

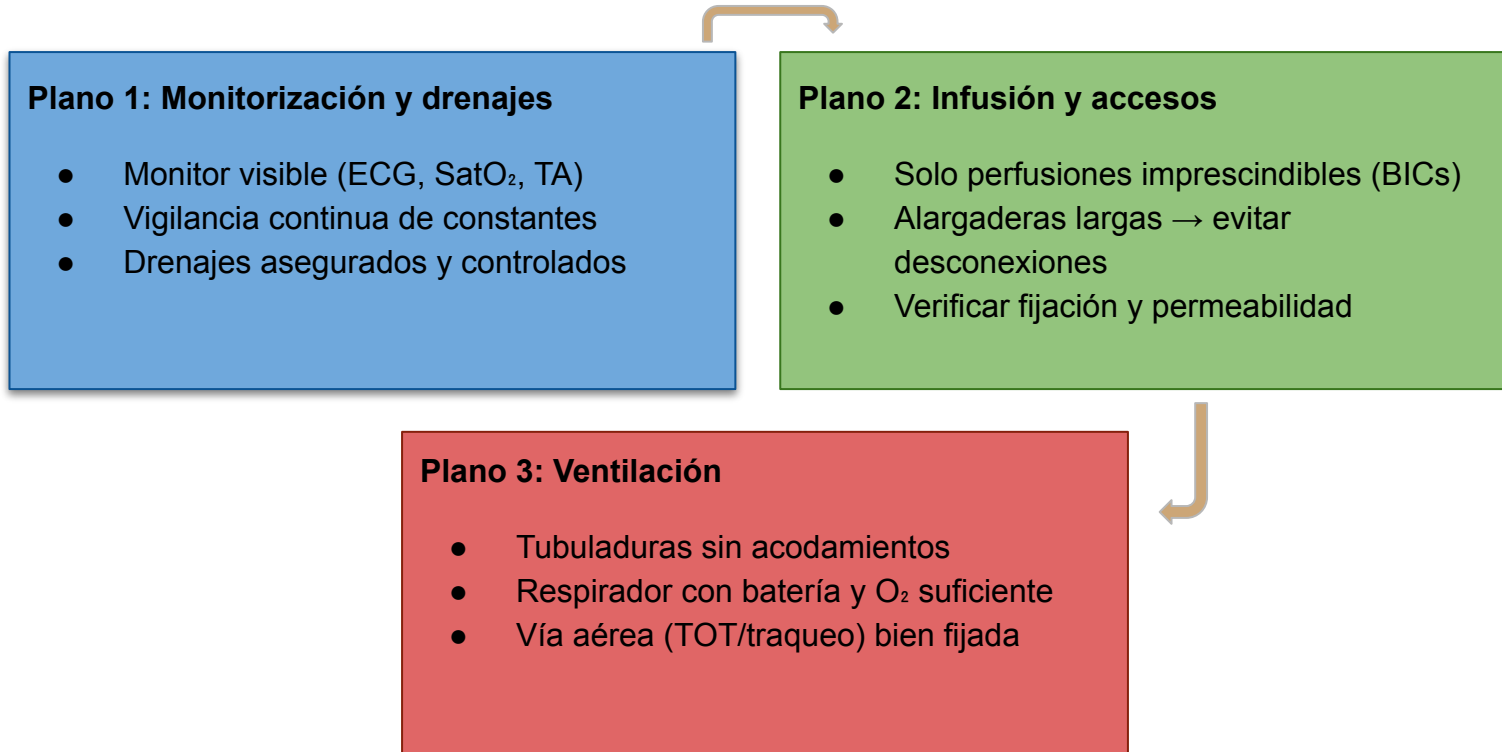


Plano 2: Infusión y accesos

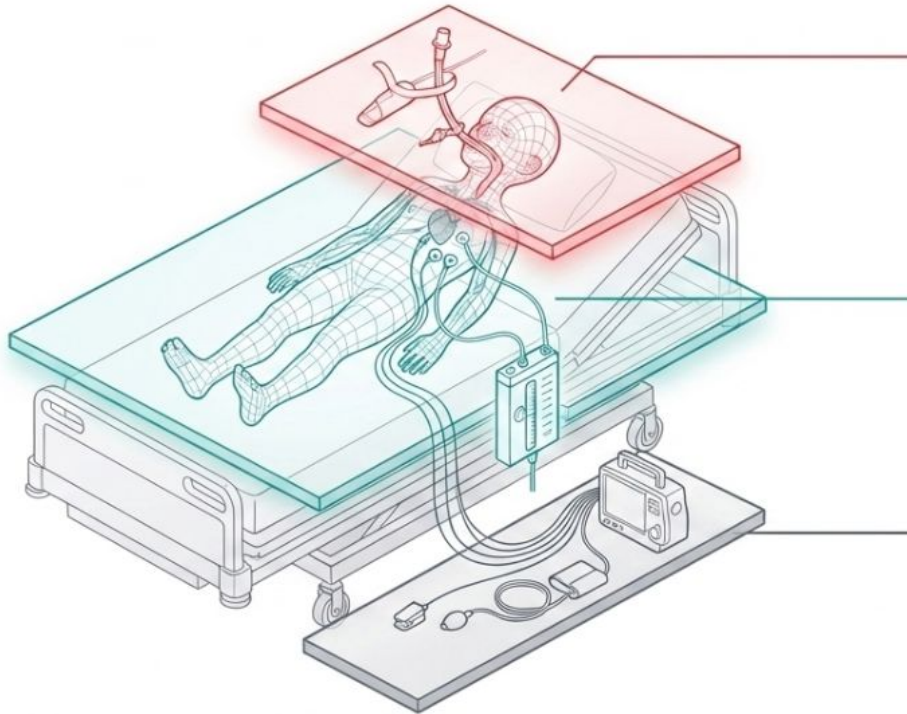
- Solo perfusiones imprescindibles (BICs)
- Alargaderas largas → evitar desconexiones
- Verificar fijación y permeabilidad

REGLA DE LOS 3 PLANOS

La **Regla de los 3 Planos en el transporte** permite una organización para evitar desconexiones accidentales, tirones de vías o extubaciones durante el movimiento del paciente. Se organiza de la siguiente manera:



REGLA DE LOS 3 PLANOS



Primer plano (prioridad máxima) - Vía aérea

Eje cabeza - cuello.

El líder dirige el movimiento ("1, 2, 3") en bloque.

Monitorización estricta del TET.

Segundo plano - Vías y drenajes

Vías venosas permeables.

El sistema Pleur - evac debe estar por debajo del nivel del tórax para evitar neumotórax iatrogénico.

Tercer plano - Monitorización

Cables de monitorización (ECG, SatO2, ...)

Requiere desconexión controlada y reconexión inmediata en el servicio destino.

2º TRASLADO: TAC- UCI PEDIÁTRICA

- **Traslado final:**
 - De TAC a camilla siguiendo la **regla de los 3 planos**
- **Recepción en UCI:**
 - Conexión a monitorización central
 - Adaptación a respirador estacionario
- **Revaloración integral:**
 - Revisar fijación y permeabilidad (TOT, vías, sondas, drenajes)
- **Reinicio de terapias:**
 - Restaurar perfusiones suspendidas según indicación médica
- **Registros y continuidad:**
 - Documentar constantes, incidencias y hora de llegada
 - Reposición de material
 - Informe de continuidad de cuidados / relevo enfermero
- **Mejora de seguridad:**
 - Uso de **checklist enfermero** en todas las fases del transporte



PROPUESTA DE CHECKLIST:

Azul: Primer plano (vía aérea)

Rojo: Segundo plano (vías y drenajes)

Verde: Tercer plano (monitorización)

Confirmar el traslado con el servicio receptor antes de salir de la unidad	
Comprobar la fijación del TOT, anotar número	
Verificar la cantidad de O2 de la bombona	
Comprobar respirador de traslado y ambú	
Monitorización con monitor de traslado	
Comprobar que las bombas de perfusión tengan batería y medicación suficiente para el traslado	
Decidir junto con el médico principal la medicación de rescate necesaria para el traslado	
Fijar todos los cables y drenajes al paciente, visualizar al rededor de la camilla que no queden cables colgando o conectados a dispositivos del box	
Identificar al paciente con la pulsera identificativa	

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO

Nombre del paciente: _____ Peso: _____ kg Edad: _____
Diagnóstico: _____

COORDINACIÓN Y DOCUMENTACIÓN

- Confirmar el traslado con el servicio receptor antes de salir de la unidad
- Verificar identidad del paciente
- Historia clínica completa

ESTABILIZACIÓN CLÍNICA

- Valoración del riesgo de traslado
- Registrar constantes vitales pre - traslado
- Protección térmica

VÍA AÉREA Y VENTILACIÓN

- Comprobar fijación del TET y anotar número fijado
- Reserva de Oxígeno al 200%
- Malefín de transporte listo con ambú, laringoscopio, TET de repuesto y medicación de reanimación

ACCESOS VASCULARES Y DRENAJES

- Permeabilidad y fijación de vías
- Gestión de drenajes (Pleur-evac, sondas)
- Manejo nutrición enteral
- Medicación necesaria y perfusiones para el traslado

SEGURIDAD DEL TRASLADO

- Monitor de traslado
- Bateria de los equipos (bombas de medicación, respirador, ...)
- Alarmas y vigilancia visual
- Coordinación del movimiento

OBSERVACIONES

FIRMAS

Responsable: Enfermera/o emisor	Nombre: _____	Firma: _____
Responsable: Enfermero/a receptor	Nombre: _____	Firma: _____

CONCLUSIONES

1. La sistematización es supervivencia

La aplicación de la secuencia x-ABCDE y la valoración son la herramienta que permite al equipo de enfermería detectar lesiones que comprometen la vida del paciente y actuar con precisión.

2. Autonomía y práctica en la técnica

La pericia técnica en procedimientos críticos demuestra que la enfermería pediátrica es un agente activo con autonomía imprescindible para la estabilidad hemodinámica.

3. Gestión proactiva del riesgo en el transporte

El éxito del traslado al TAC y la UCIP de un paciente de extrema complejidad y con múltiples dispositivos invasivos confirma que el transporte intrahospitalario es un acto terapéutico de alto riesgo. La aplicación enfermera de la “Regla de los tres planos” garantiza la seguridad del paciente y la integridad de los soportes vitales.

4. Enfermería como eje vertebrador de la continuidad

La enfermería pediátrica acompaña al paciente desde su llegada al box de urgencias hasta el relevo a UCIP, donde continua nuestra atención.

5. Futuras líneas de investigación

Implantación del checklist como parte del protocolo asistencial, contando para ello con la valoración y el soporte de todos los especialistas y profesionales implicados en ello.

BIBLIOGRAFÍA

- Cabañero Molina E, Cuesta Brasero I, Martínez Banegas MD, Madrigal Herrero P. Acceso intraóseo. El gran aliado de la enfermería extrahospitalaria. NPunto [Internet]. 2020 Jun [citado 22 de febrero de 2026];3(27). Disponible en: <https://www.npunto.es/revista/npunto-volumen-iii-numero-27-junio-2020> .
- Míguez Martín L. Actualización en la atención al paciente politraumatizado en urgencias de pediatría. NPunto [Internet]. 2019 Oct [citado 1 de marzo de 2026];2(19). Disponible en: <https://www.npunto.es/revista/npunto-volumen-ii-numero-19-octubre-2019> .
- Cabezas Berdión C. Código Trauma pediátrico. Emerg Pediatr. 2023;2(3):174-177.
- Storch de Gracia Calvo P. Hipotermia. Golpe de calor. En: Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP). Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos en Urgencias de Pediatría. 4ª ed. Madrid: SEUP; 2024.
- Ballesteros Díez Y. Manejo del paciente politraumatizado. En: Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP). Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos en Urgencias de Pediatría. 4ª ed. Madrid: SEUP; 2024.
- Cabezas Berdión C, Taguas-Casaño Corriente M. Manual de Atención Inicial al Paciente Pediátrico con Traumatismo Grave. Sevilla: Hospitales Universitarios Virgen del Rocío; 2024.
- Lloret Ferrándiz G, Murillo Martínez A. Atención al paciente politraumatizado pediátrico. Alicante: Servicio de Pediatría, Hospital General Universitario de Alicante (HGUA); 2024.
- Ruiz Román R, Mantecón Barranco A, Mellado Troncoso E. Canalización de vías venosas periféricas y centrales. Vía intraósea. En: Manuales Clínicos del Hospital Universitario Virgen del Rocío [Internet]. Sevilla: HUVR; 2024.
- Cardoso Páscoa AF, Nunes de Oliveira LM, Lobão C. Tratamiento de la hipotermia asociada al traumatismo en el ámbito extrahospitalario: scoping review. Horiz Enferm. 2024;35(2):812-828.

BIBLIOGRAFÍA

- Onrubia Calvo S, Carpio Coloma A, Lago Díaz N, Hidalgo Murillo A, Muñoz Kaltzakorta G, Periañez Serna I. Vía intraósea, alternativa a la vía periférica. Nuberos Científica. 2012;1(6):24-29.
- Vidal Benito Y, Fernández Barril A, García Burguillos M. Revisión de uso de la vía intraósea en pediatría. Badajoz: Spapex; 2022.
- Aragón Suárez D, González Contero L, Bermúdez Torres FM. Actualización en la vía intraósea en urgencias y emergencias. Revisión bibliográfica. Cádiz: Hospital Universitario de Puerto Real.
- Dueñas Carrasco M, Florez Almonacid CI, Galván Ledesma J, Romero Bravo Á, Romero Salado F. F-1 Cuidados del paciente en la hipotermia. En: Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería. Córdoba: Hospital Universitario Reina Sofía; 2010.
- Sánchez Pérez S, Gili Bigatà T. Protocolo Politrauma Pediátrico. Sabadell: UCIP Hospital Sabadell; 2009.
- Cheng E, Roberts S. Protocolo de manejo del Politraumatismo en Pacientes Pediátricos. Panamá: Hospital del Niño "Dr. José Renán Esquivel"; 2018.
- Osakidetza. Vía intraósea (VIO). Vitoria-Gasteiz: GIDEP; 2023.
- Paladino MA, Schaigorodsky L, Cavallieri S, Elena G, Conceicao M. El Niño Politraumatizado.
- SalusPlay. Plan de cuidados de enfermería: Politraumatismo [Internet]. [citado 25 Mar 2026]. Disponible en: <https://www.salusplay.com/planes-de-cuidados-de-enfermeria/situacion-clinica/politraumatismo> .
- Organización Mundial de la Salud. Método ABCDE. Ginebra: OMS; 2023.
- Protocolo de actuación y cuidados críticos de enfermería en el politraumatismo pediátrico: Un análisis integral del Código Politrauma

CÓDIGO POLITRAUMA: DESDE LOS OJOS DE LA ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

Alba María Alonso Bazaco R1
albamariaenfermeria@gmail.com

Arancha Corral Caballero R1
aranchacorralcaballero@gmail.com

Laura Boronat de la Riva R2
lauboronat@gmail.com

Jesús Tomás Polo R2
jesuspolo6870@gmail.com