

Sesión Comité Paciente Politraumatizado

24. 11. 2023

Adriana Gil Rodrigo

Servicio Urgencias
Hospital General Universitario Alicante



Incidentes

- **SIP 635156. RGM**
01/07/2023. 22:35h

MIST

SIP 635156. RGM

M: Accidente de tráfico, trasladado en SVB, con colisión de **moto**. Varón afectado de 40 años, siendo conductor, que no recuerda lo sucedido. Ha salido por su propio pie.

I: impresiona de **intoxicación enólica**,
contusión en hombro derecho y herida en ceja derecha

S: **GCS 13 (O 3 V4 M6)**. No tomadas constantes en triaje

T: pasa a Urgencias de Trauma

Urgencias Trauma

01/7/23. 22:35h

Enfermedad actual:

“Acude a urgencias HGUA por accidente de tráfico en moto. Dolor en hombro derecho, herida frontal, estado de embriaguez. No recuerda nada de lo sucedido”

Exploración física:

*“**Somnoliento**, se despierta a la llamada, **olor etílico** (no puedo precisar si somnolencia por alcohol)
Herida en región frontociliar derecha que se aproxima con Nylon 5-0*

Visión conservada

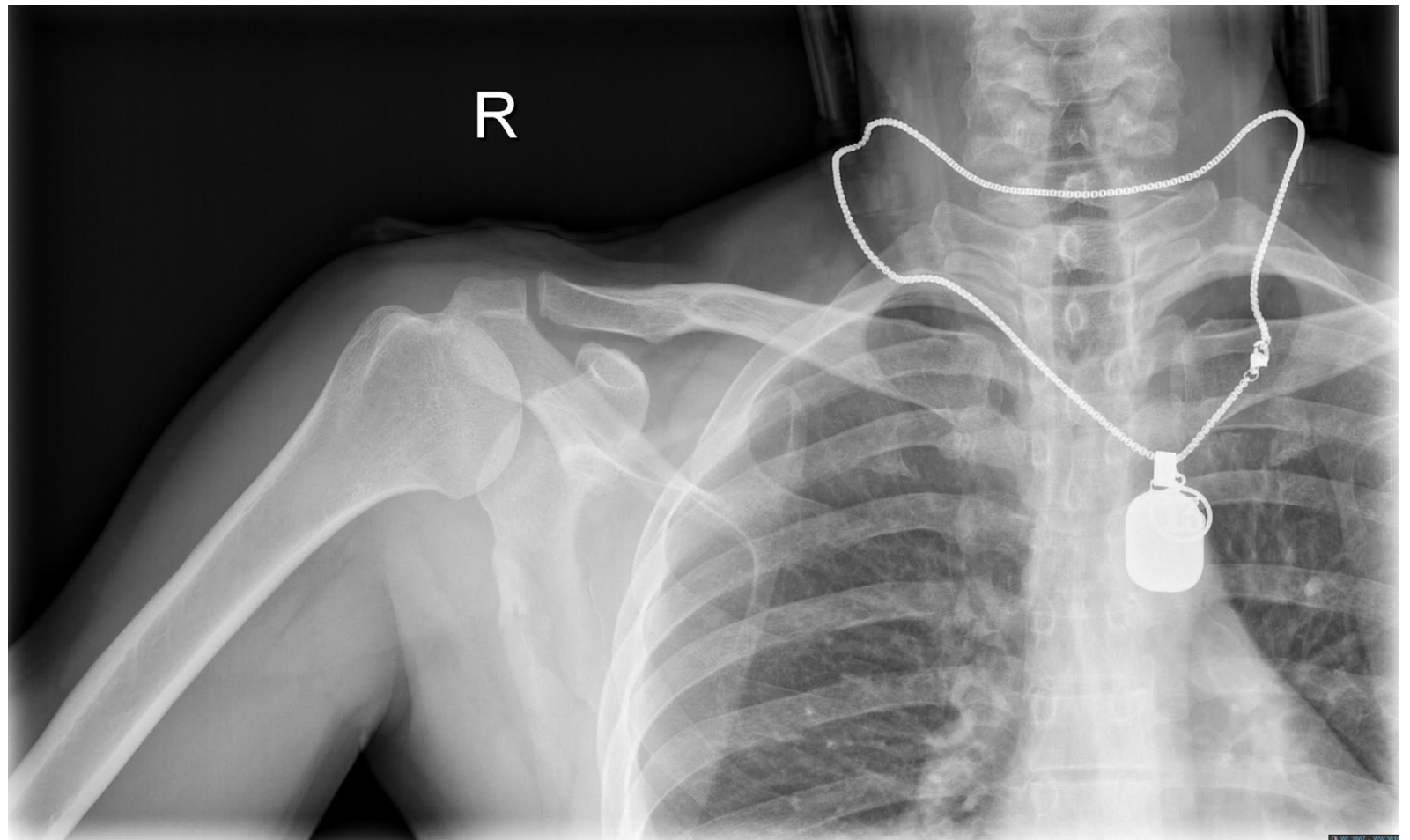
***Hombro derecho** con dolor e **incapacidad funcional** con importante inflamación en región escapular, no permite el movimiento del mismo”*

Urgencias Trauma

01/7/23. 22:35h

Pruebas complementarias:

*Rx hombro derecho:
imagen de fisura en acromion y
p/b fx escápula derecha*



Urgencias Trauma

01/7/23. 22:35h

Pruebas complementarias:

TAC CRANEAL:

No signos de sangrado intracraneal

Línea media centrada

Atenuación homogénea de la sustancia blanca con adecuada diferenciación córtico-subcortical

Sistema ventricular de tamaño y morfología normal

Cisternas basales simétricas

Trazos de fractura en macizo facial derecho

Fractura de órbita derecha con mínimo hundimiento de fragmento

Fractura de hueso malar

Fractura de seno maxilar derecho

Urgencias Trauma

01/7/23. 22:35h

Pruebas complementarias:

TAC HOMBRO:

Varios trazos de fractura que afectan a la escápula:

- * Base del acromion
- * Varios trazos en cuerpo de escápula, con trazo principal transverso y extensión a la espina, con distracción de fragmento de hasta 2 cms sin extensión a superficie articular glenoidea.
- * Importante aumento de partes blandas, en relación con contusión/hemorragia

Urgencias Trauma

01/7/23. 22:35h

Pruebas complementarias:

Analítica sanguínea:

BIOQUIMICA

GLUCOSA	* 125	mg/dL	74 - 106
UREA	18	mg/dL	17 - 49
CREATININA (Jaffé)	* 0,67	mg/dL	0,70 - 1,20
FILTRADO GLOMERULAR CKD-EPI	>90		
Los valores estimados de filtrado glomerular >60 mL/min se consideran dentro de la normalidad.			
SODIO	* 136	mmol/L	136 - 145
POTASIO	3,8	mmol/L	3,5 - 5,1
CLORURO	101	mmol/L	98 - 107
CALCIO	8,7	mg/dL	8,5 - 10,5
FOSFATO INORGANICO	4,1	mg/dL	2,5 - 4,5
PROTEINAS TOTALES	7,8	g/dL	6,4 - 8,3
GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASA	* 127	U/L	0 - 60
FOSFATASA ALCALINA	106	U/L	40 - 129
OSMOLALIDAD (c)	271	mOsm/Kg	270 - 310
INDICE SERICO DE HEMOLISIS	4		0 - 50

HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA

LEUCOCITOS	* 14,72	x10 ³ /μL	4,50 - 11,00
NEUTROFILOS (%)	* 77,8	%	37,00 - 72,00
LINFOCITOS (%)	* 9,2	%	15,00 - 70,00
MONOCITOS (%)	12,6	%	0,00 - 14,00
EOSINOFILOS (%)	0,1	%	0,00 - 6,00
BASOFILOS (%)	0,3	%	0,00 - 1,00
NEUTROFILOS	* 11,47	x10 ³ /μL	1,50 - 7,00
LINFOCITOS	1,35	x10 ³ /μL	1,00 - 3,70
MONOCITOS	* 1,85	x10 ³ /μL	0,00 - 1,00
EOSINOFILOS	0,01	x10 ³ /μL	0,00 - 0,60
BASOFILOS	0,04	x10 ³ /μL	0,00 - 0,20
ERITROCITOS	5,04	x10 ⁶ /μL	4,50 - 6,00
HEMOGLOBINA	* 11,7	g/dL	13,00 - 16,50
HEMATOCRITO	* 36,8	%	38,00 - 51,00
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	* 73,0	fL	80,00 - 96,00
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	* 23,2	pg	27,00 - 31,00
CONC. HEMOGLOB. CORPUSC. MEDIA	* 31,8	g/dL	32,00 - 36,00
ANCHO DISTRIBUCION ERITROCITARIA	* 17,8	%	11,00 - 16,00
PLAQUETAS	228	x10 ³ /μL	150 - 400
VOLUMEN PLAQUETAR MEDIO	9,3	fL	9,00 - 13,00

COAGULACION

ESTUDIO BASICO DE COAGULACION

APTT RATIO	1,10		0.8 - 1.25
INR SANGRE VENOSA	0,87		0.80 - 1.30
INDICE DE QUICK	100	%	70 - 100
TIEMPO DE TROMBINA	15,30	segundos	12 - 25

Urgencias Trauma

01:30h

Plan:

Se solicita valoración por Traumatología de guardia

“Nos avisan para valorar hombro derecho tras dolor por accidente de tráfico (moto)”

EF:

A la inspección se aprecia ligera tumefacción en cara anterior y posterior hombro, no hematoma, erosiones en cara superior de hombro. Refiere molestias en parrilla costal derecha también

Movilidad conservada de miembro superior derecho

Plan)

Debe llevar cabestrillo, movilidad activa de dedos.

Por nuestra parte no requiere tratamiento urgente en el momento actual”

Plan:

Tras valoración por Trauma y considerando su hospital de referencia, se remite con inmovilización en forma de cabestrillo a Hospital General de Elche

Urgencias Trauma

01:30h

DIAGNÓSTICO principal:

Fractura orbitaria derecha

DIAGNÓSTICOS secundarios:

Fractura de seno maxilar

Fractura maxilar derecho

Fractura de acromion

Fractura escápula derecha

Plan:

Tras valoración por Trauma y considerando su hospital de referencia, se remite a Hospital General de Elche

Urgencias H Gral Elche

2/7/23 11:30h

Desconocemos hora de llegada

Es trasladado en SVB (no hay hoja de traslado disponible)

A: Permeable. SpO2 100 % sin O2 suplementario

B: Eupneico, tórax estable. No enfisema subcutáneo

C: Buena coloración, estable hemodinámicamente (sin datos objetivos)

D y E: Sin otras lesiones

Urgencias H Gral Elche

2/7/23 12:00h

Plan:

Ante sospecha de accidente de alta energía, solicitan estudio ampliado de TAC toracoabdominal

Urgencias H Gral Elche

2/7/23 12:00h

Amplían estudio inicial a su llegada a urgencias:

TAC tórax:

Derrame pleural derecho. Atelectasias laminares/subsegmentarias posterobasales bilaterales

Líneas de fractura de escápula derecha (espina y cuerpo)

En los cortes torácicos inferiores incluidos se observan áreas de **aumento de atenuación en lóbulo hepático derecho y en región suprarrenal derecha**, por lo que se completa con TAC abdominopélvico.

TAC abdominopélvico:

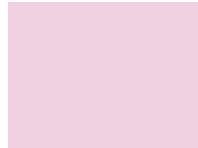
Área hipodensa de 8,5x7,5x7 cms en lóbulo hepático derecho, compatible con **laceración hepática y hematoma en región suprarrenal derecha**.

Signos de **laceración renal y hematoma perirrenal derecho**.

Líquido libre suprahepático y en gotiera parietocólica derecha.

UCI/Cirugía General H Gral Elche. 13:00h

1/7/23 2/7/23
22:30h 3:30h



**Urgencias
HGUA**

**Urgencias
HG Elche**



Ante hallazgos **avisan a Cirugía general/UCI**

A: permeable

B: Buena coloración, rellena capilar y estabilidad hemodinámica

C: Buena coloración, rellena capilar y estabilidad hemodinámica

D y E: sin cambios:

UCI/Cirugía General H Gral Elche. 15:00h

1/7/23
22:30h

2/7/23
3:30h

2/7/23
14:00h

**Urgencias
HGUA**

**Urgencias
HG Elche**

**Cirugía General
HG Elche**

**DX: LACERACIÓN HEPÁTICA
HEMATOMA SUPRRARENAL DERECHO
LACERACIÓN RENAL DERECHA
FRACTURA ESCÁPULA DERECHA**

UCI/Cirugía General H Gral Elche. 15:00h

1/7/23
22:30h

2/7/23
3:30h

2/7/23
14:00h

**Urgencias
HGUA**

**Urgencias
HG Elche**

**Cirugía General
HG Elche**

Plan) Se decide manejo conservador con
monitorización estrecha

UCI/Cirugía General H Gral Elche. 18:58h

1/7/23
22:30h

2/7/23
3:30h

2/7/23
14:00h

7/7/23 11:30h

Alta a domicilio

**Urgencias
HGUA**

**Urgencias
HG Elche**

**Cirugía General
HG Elche**

Cirugía General :
Curas de herida
Seguimiento en consultas

Sin incidencias hasta
la fecha

Traumatología :
Manejo conservador
Favorable evolución

Maxilofacial:
Manejo conservador
Favorable evolución

Puntos a considerar...

- ¿Pre alerta y recurso pre hospitalario adecuado?

Insistimos en que debemos ser **avisados por CICU**, incluso en pacientes con aparente estabilidad, **trasladados en unidad no medicalizada**

Comunicar en el pase (hoja del pase) a los jefes, cualquier incidencia al respecto

Puntos a considerar...

- ¿Sistema de Prioridades 0,1,2 en Urgencias?



Prioridades del CÓDIGO TRAUMA

Prioridad 0

Si necesidad de intervención quirúrgica inmediata o fracaso en la estabilización primaria, a cualquier nivel:

- Necesidad de aislamiento de la vía aérea
- Necesidad de vía aérea quirúrgica
- Traumatismo facial con deformidad

A

- Insuficiencia respiratoria (SpO2 < 90% a pesar de O2 a alto flujo)
- Neumotórax o hemotórax no drenados
- Hemotórax drenados, con abundante débito

B

- Parada cardiorrespiratoria recuperada
- Shock refractario a fluidoterapia o necesidad de catecolaminas
- Hemorragia externa severa
- Alta sospecha de hemorragia interna masiva (aún en estabilidad hemodinámica aparente) o signos evidentes en protocolo FAST
- Heridas penetrantes en cabeza, cuello, tórax, abdomen y región proximal de extremidades

C

- Parálisis de extremidades

D

- Amputaciones o extremidad en riesgo

E

- Llegada de más de un paciente grave al mismo hospital

Prioridad 1

El equipo de urgencias alertará a los servicios que considere oportuno, tras la recepción del paciente en el servicio de urgencias.

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

Ej: 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...

Prioridad 2

Valorados por el equipo de urgencias de nivel 2, en el box de reanimación, sin presencia del resto del equipo de trauma

Estabilidad fisiológica

F Resp 12-18 rpm
TAS > 90 mmHg y frecuencia cardíaca < 100 lpm
Escala Coma Glasgow 15

Estabilidad anatómica. Sin evidencia de:

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

Mecanismo lesional

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



Hospital General
Universitario Dr. Balmis

Comité asistencia al paciente con politraumatismo
Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante

Puntos a considerar...

- ¿Elementos distractores?



Prioridades del CÓDIGO TRAUMA

Prioridad 0

Si necesidad de intervención quirúrgica inmediata o fracaso en la estabilización primaria, a cualquier nivel:

- Necesidad de aislamiento de la vía aérea
- Necesidad de vía aérea quirúrgica
- Traumatismo facial con deformidad

A

- Insuficiencia respiratoria (SpO2 < 90% a pesar de O2 a alto flujo)
- Neumotórax o hemotórax no drenados
- Hemotórax drenados, con abundante débito

B

- Parada cardiorrespiratoria recuperada
- Shock refractario a fluidoterapia o necesidad de catecolaminas
- Hemorragia externa severa
- Alta sospecha de hemorragia interna masiva (aún en estabilidad hemodinámica aparente) o signos evidentes en protocolo FAST
- Heridas penetrantes en cabeza, cuello, tórax, abdomen y región proximal de extremidades

C

- Parálisis de extremidades

D

- Amputaciones o extremidad en riesgo

E

- Llegada de más de un paciente grave al mismo hospital

Prioridad 1

El equipo de urgencias alertará a los servicios que considere oportuno, tras la recepción del paciente en el servicio de urgencias.

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

Ej: 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...

Prioridad 2

Valorados por el equipo de urgencias de nivel 2, en el box de reanimación, sin presencia del resto del equipo de trauma

Estabilidad fisiológica

F Resp 12-18 rpm
TAS > 90 mmHg y FC < 100 lpm. I shock > 0.9
Escala Coma Glasgow 15

Estabilidad anatómica. Sin evidencia de:

Traumatismo facial con deformidad
Tórax inestable
Dos o más fracturas proximales huesos largos
Elementos distractores (intoxicaciones...)
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

Mecanismo lesional

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



Puntos a considerar...

- Lesiones que **sugieran alta energía**

Fracturas de escápula

- **Infrecuentes** (3-5% de los traumatismos)
- Traducen impacto de **Alta Energía**
- Más frecuente en **cuerpo escapular**



En fracturas escapulares siempre CONSIDERAR lesiones TORÁCICAS, ABDOMINALES Y ESPINALES

Puntos a considerar...

- Elementos con **evidencia pronóstica** en la evaluación del trauma grave

GUIDELINES

Open Access

The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: sixth edition

Rolf Rossaint^{1*}, Arash Afshari², Bertil Bouillon³, Vladimir Cerny^{4,5}, Diana Cimpoesu⁶, Nicola Curry^{7,8}, Jacques Duranteau⁹, Daniela Filipescu¹⁰, Oliver Grottko¹, Lars Grønlykke¹¹, Anatole Harrois⁹, Beverley J. Hunt¹², Alexander Kaserer¹³, Radko Komadina¹⁴, Mikkel Herold Madsen², Marc Maegele¹⁵, Lidia Mora¹⁶, Louis Riddez¹⁷, Carolina S. Romero¹⁸, Charles-Marc Samama¹⁹, Jean-Louis Vincent²⁰, Sebastian Wiberg¹¹ and Donat R. Spahn¹³

Rossaint R, et al. Critical Care. 2023; 27:00



ELSEVIER

Medicina Intensiva 47 (2023) 454–467

medicina *intensiva*

<http://www.medintensiva.org/>



DOCUMENTO DE CONSENSO

Documento multidisciplinar de consenso sobre el manejo de la hemorragia masiva. Primera actualización 2023 (documento HEMOMAS-II)☆

Juan V. Llau^{a,*}, César Aldecoa^b, Emilia Guasch^c, Pascual Marco^d, Pilar Marcos-Neira^e, Pilar Paniagua^f, José A. Páramo^g, Manuel Quintana^h, F. Javier Rodríguez-Martorellⁱ y Ainhoa Serrano^j

Liau JV, et al. Med Intensiva. 2023. 440-67

Puntos a considerar...

- Elementos con **evidencia pronóstica** en la evaluación del trauma grave

Variable	Objetivo	Nivel de evidencia
Circulatorios		
Frecuencia Cardíaca	< 100 lpm	Ic
Presión arterial * Sin TCE grave o lesión medular * Con TCE grave o lesión medular * Tras control de sangrado	PAS 80 – 90 mmHg PAS > 80 mmHg PAS > 100 mmHg	Ib/Ic Ic Ib
Diuresis	0.5 ml/kg	Ic/Ib
Temperatura	36-37°C	Ib

Puntos a considerar...

- Elementos con **evidencia pronóstica** en la evaluación del trauma grave

Variable	Objetivo	Nivel de evidencia
De Perfusión tisular y acidosis		
Sat VcO ₂	> 70%	Ib
Lactato	< 2 mmol/l	Ib
Exceso de bases	< - 6 mmol/l	Ib
pH	> 7.1-7.2	Ib
HCO ₃ ⁻	> 16 mEq	Ib
De hemostasia y coagulación		
Asegurar niveles adecuados	Hb > 7-9 g/dL	Ia
Asegurar recuentos plaquetarios	> 50.000/mm ³	Ic
En TCE o hemorragia no controlada	> 100.000/mm ³	IIc
Asegurar niveles de fibrinógeno	> 150-200 mg/dl	IIc
Control coagulopatía	INR < 1.5	Ib

Puntos a considerar...

- Elementos con **evidencia pronóstica** en la evaluación del trauma grave

Variable	Objetivo	Nivel de evidencia
De sistema respiratorios		
Mantener oxigenación Mantener normocapnia	SpO2 > 94%; pO2 60 mmHg pCO2 35-40 mmHg	Ia Ib
Metabólico y renal		
Asegurar valores normales de K ⁺ Asegurar valores normales de Ca ⁺⁺ Control de rabdomiólisis si CK > 5000 UI/L Control de hiperglucemia	Hb > 7-9 g/dL Cac >7.6/Cai>3.6 mg/dL Diuresis > 1ml/kg/h < 150 mg/dL	Ic Ic Ic IC

Puntos a considerar...

- Elementos con **evidencia pronóstica** en la evaluación del trauma grave

Debemos extraer GASOMETRÍA VENOSA Y TOMA DE CONSTANTES

Incidentes

- SIP 874457 JCCG
12/09/2023. 00:40h

MIST

SIP 874457 JCCG

M: Accidente por arma blanca en vía pública. Traído en SVB tras valoración por equipo SAMU

I: agresión con TCE, herida facial y herida por arma blanca en fosa renal izquierda
El paciente no recuerda nada de lo sucedido, sólo refiere agresión

S: vía aérea permeable, SpO₂ 97% sin O₂ suplementario, TA 111/87 mmHg a 85 lpm,
SpO₂ 97%. Aparente intoxicación etílica

T: Pasa a box RCP y tras signos, se sube a Radiología

Urgencias

00:45h

A: Permeable. SpO₂ 97 % sin O₂ suplementario

B: Simétrica, sin signos externos. MVC

C: TA 117/87 mmHg a 89 lpm.

Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación. **Herida en región de fosa renal izda, sin sangrado activo**

Se extraen analíticas, con tóxicos en orina

D: Bajo posible intoxicación etílica. Ha podido caminar durante su estancia en urgencias, sin compromiso nervioso

E: No otras lesiones

Radiología

01:30h

Pruebas complementarias:

Radiología

Pruebas complementarias:



Pruebas complementarias:

- *TAC CRANEAL:*

No signos de patología intracraneal aguda postraumática

- TAC ABDOMINOPÉLVICO:

Material lineal de densidad metálica de unos 7 cm de longitud aproximadamente (arma blanca) posicionado en retroperitoneo izquierdo, con ingreso a través de la superficie cutánea de la zona lumbar posterior izquierda, atravesando los músculos cuadrado lumbar y psoas ilíaco ipsilateral y el extremo distal queda en el cuerpo posterior/pedículo izquierdo de la vértebra L3.

Asocia burbujas aéreas en la zona, a lo largo de todo su trayecto en la musculatura lumbar.

No se aprecia afectación renal ni tampoco del canal intramedular.

No se aprecian claros signos de sangrado activo, aunque los artefactos metálicos limitan la valoración.

Urgencias

01:30h

Ante hallazgos, se avisa a Cirugía general, que baja a valorarlo al box de Urgencias

“... se descarta afectación de la cavidad abdominal, ni sangrado activo. Se aprecia arma blanca posterior a músculo psoas e introduciéndose en faceta vertebral L3, respetando el riñón izquierdo.

Plan) Ante ausencia de patología subsidiaria de tratamiento por parte de cirugía general, contactamos con Traumatología de guardia y ofrecemos ayuda si lo precisan”

Cirugía General avisa a Traumatología:

*“COT de guardia:
... dadas las características de la lesión (bajo el último reborde costal) se contacta con Cirugía Torácica, para valorar intervención conjunta”*

Se realiza extracción con escopía de la hoja del arma, con buen control de la hemostasia durante todo el procedimiento

Quirófano

3:30h

El paciente es conducido a quirófano, donde **Cirugía torácica y Traumatología** retiran material cortante sin incidencias

Ingresa finalmente en Unidad de Cuidados Intermedios, a cargo de Anestesia

Puntos a considerar...

- Traslado no medicalizado

- Paciente con distractores (drogas)
- TCE y heridas faciales
- Herida por arma blanca

Debemos **comunicar incidencias** de Servicio de Emergencias Sanitarias

Puntos a considerar...

- **Activación de Código en el trauma penetrante**
- Establecer prioridades
- Previsar a equipos quirúrgicos

Prioridades del CÓDIGO TRAUMA

Prioridad 0

Si necesidad de intervención quirúrgica inmediata o fracaso en la estabilización primaria, a cualquier nivel:

- Necesidad de aislamiento de la vía aérea
- Necesidad de vía aérea quirúrgica
- Traumatismo facial con deformidad

A

- Insuficiencia respiratoria (SpO2 < 90% a pesar de O2 a alto flujo)
- Neumotórax o hemotórax no drenados
- Hemotórax drenados, con abundante débito

B

- Parada cardiorrespiratoria recuperada
- Shock refractario a fluidoterapia o necesidad de catecolaminas
- Hemorragia externa severa
- Alta sospecha de hemorragia interna masiva (aún en estabilidad hemodinámica aparente) o signos evidentes en protocolo FAST
- Heridas penetrantes en cabeza, cuello, tórax, abdomen y región proximal de extremidades

C

- Parálisis de extremidades

D

- Amputaciones o extremidad en riesgo

E

- Llegada de más de un paciente grave al mismo hospital

Prioridad 1

El equipo de urgencias alertará a los servicios que considere oportuno, tras la recepción del paciente en el servicio de urgencias.

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

Ej: 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...

Prioridad 2

Valorados por el equipo de urgencias de nivel 2, en el box de reanimación, sin presencia del resto del equipo de trauma

Estabilidad fisiológica

F Resp 12-18 rpm
TAS > 90 mmHg y frecuencia cardíaca < 100 lpm
Escala Coma Glasgow 15

Estabilidad anatómica. Sin evidencia de:

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

Mecanismo lesional

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



Hospital General
Universitario Dr. Balmis

Comité asistencia al paciente con politraumatismo
Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante

Puntos a considerar...

Servicios quirúrgicos implicados

- Posible definición de áreas anatómica de intervención
- Acuerdo dependiente del profesional
- Implicados aquellos especialistas de las lesiones potenciales
- Ante conflicto, posible decisión de jefatura de guardia

Deben colaborar y ser avisados todos aquellos
especialistas implicados en la posible complicación del acto de extracción

Comentarios para trasladar próximos comités de Trauma



Gracias