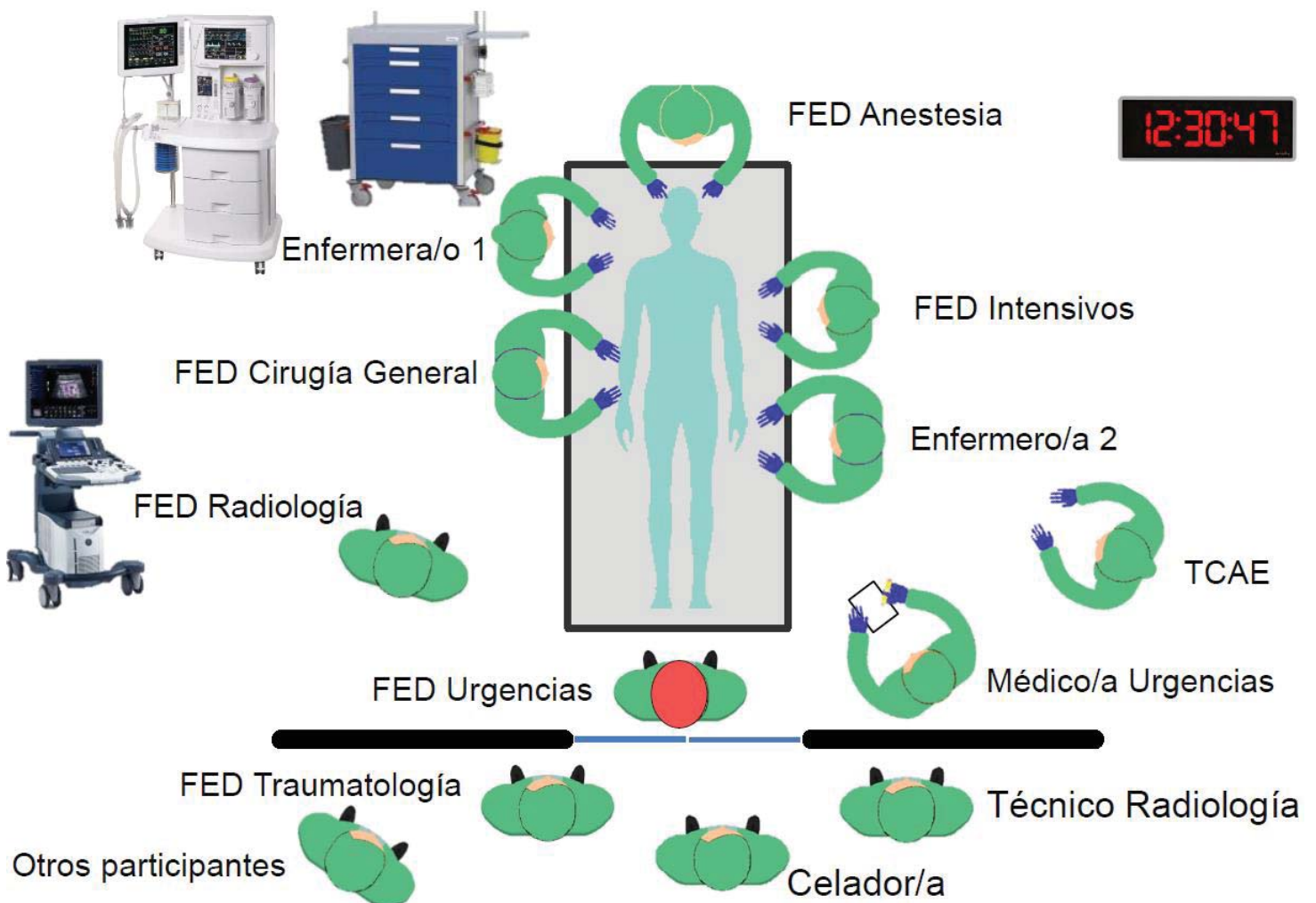


## *ESTRUCTURA DEL EQUIPO DE POLITRAUMA DE ADULTOS DEL HGUA*

El equipo de Politrauma puede variar según la disponibilidad de personal y las necesidades del politraumatizado. La conformación del equipo está adaptada a la disponibilidad y recursos del HGUA. El equipo es integrador y busca obtener las máximas sinergias y beneficios de la experiencia previa de cada profesional implicado en la atención al paciente politraumatizado.

El equipo básico inicial en la fase hospitalaria estará compuesto por 6 médicos, 2 enfermeros y 1 TCAE con roles bien definidos.



## FED URGENCIAS: COORDINADOR/A DEL EQUIPO

- Activa el código politrauma si no se ha activado desde la prehospitalaria (Ver anexo 1).
- Convoca al equipo de politrauma. Se asegura de que el número de participantes no sea excesivo.
- Revisa la preparación del box antes de la llegada del paciente.
- Recibe la información del médico SAMU (quien haya trasladado al paciente) siguiendo el esquema MIST.
- Controla y dirige al equipo. No realiza técnicas sobre el paciente.
- Se localiza a los pies de la camilla. Debe ser claramente identificable.
- Dirige la resucitación, toma las decisiones críticas y las prioridades de los cuidados. Pauta fluidos y hemoderivados. Activa el protocolo de transfusión masiva.
- Informa al resto del equipo del MIST (Mecanismo lesional, Injurias (lesiones identificables), Signos y síntomas (estado de la vía aérea, PA, escala de Glasgow y FR en no IOT) y Tratamientos) e Historia AMPLE (Alergias, Medicaciones, antecedentes Personales (Past medical history), última ingesta (Last eaten) y Eventos principales).
- Realiza reevaluaciones a los 10 minutos y/o tras la revisión primaria (Time-out, ver anexo 2).
- Tras la salida del box de reanimación informa a los familiares.

## FED ANESTESIOLOGÍA: A y D (VÍA AÉREA Y CONTROL CERVICAL + NEUROLÓGICO). (Si no está disponible: 1º opción Médico Intensivista, 2ª opción Médico de Urgencias)

- Revisa material para el abordaje de la vía aérea y ventilación.
- Oxigenoterapia.
- Valora la necesidad de asegurar la vía aérea, es decir, de intubación traqueal. Abordaje de la vía aérea y ventilación (manual y/o mecánica). Aspiración de secreciones. Pauta medicación.
- Valoración neurológica.
- Informa al coordinador/a de los hallazgos y de los procedimientos a realizar y del resultado de los realizados.
- Inmovilización cervical en el log roll.
- Colocación sonda gástrica.
- Acompaña al paciente al TAC y/o a quirófano, si el paciente tiene indicación quirúrgica.

**FED INTENSIVOS: B y E (VENTILACIÓN + EXPOSICIÓN).** (Si no está disponible: 1º opción segundo Anestesiólogo, 2ª opción Médico de Urgencias)

- Valora la ventilación (FR, asimetrías, enfisema subcutáneo, ingurgitación yugular y auscultación cardiopulmonar).
- Descomprime y coloca el drenaje torácico si precisa (2ª opción Cirujano general).
- Coloca drenaje de pericardiocentesis si precisa
- Inmovilización cervical durante la intubación traqueal.
- Informa al coordinador/a de los hallazgos y de los procedimientos a realizar (colocación tubo torácico) y del resultado de los realizados.
- Valora la radiografía de tórax si no está el radiólogo en el box.
- Valora el resto de los hallazgos durante la exposición ambiental (Sujeción para el log-roll: Cabeza y cuello FED Anestesia; hombro y cadera FED Cirugía; cresta iliaca y pierna Enfermera; pierna TCAE).
- Acompaña al paciente al TAC, y posteriormente a la Unidad de Críticos/Intermedios si no existe una clara indicación quirúrgica.

## **FED CIRUGÍA GENERAL: C (CIRCULACIÓN Y CONTROL HEMORRAGIAS)**

- Hace hemostasia externa según necesidades. Coloca torniquete.
- Coloca faja pélvica con apoyo de FED Intensivos, o indica (y realiza) packing preperitoneal si se precisa.
- Indica cirugía inmediata.
- Sugiere abordaje por Radiología intervencionista.
- Informa al coordinador/a de los hallazgos y de los procedimientos a realizar y del resultado de los realizados.
- Acompaña al paciente al TAC hasta conocer su destino. Si precisa intervención quirúrgica adelantará su llegada al quirófano para su preparación.

**FED RADIOLOGÍA** (si no está disponible: médico con formación en ecografía)

- Realiza FAST si inestable.
- Informa de los hallazgos.
- Interpreta las radiografías si está en el box.
- Prepara TAC e interpreta las imágenes si estable.

## ENFERMERA/O 1: MONITORIZACIÓN Y VÍA AÉREA

- Prepara el equipo para el manejo avanzado de la vía aérea y el respirador (Ver anexo 3).
- Solicita 2 ampollas de fentanilo y revisa la batea con medicación anestésica del carro de vía aérea: 1 ampolla etomidato, 1 ampolla propofol 1%, 2 ampollas rocuronio (Ver anexo 4).
- Monitoriza al paciente (ECG 3 derivaciones, PANI y SaO2 del monitor de pared. Pegatinas de desfibrilación si lo solicitan).
- Prepara y administra medicación para el abordaje de la vía aérea según indicaciones de FED Anestesia.
- Asiste en el abordaje de la vía aérea (presión cricoidea, entrega los materiales de la vía aérea, etc).
- Prepara y asiste en la colocación de la faja pélvica.
- Asiste a la colocación de la sonda gástrica.
- Acompaña al paciente al TAC y/o a quirófano y/o a la Unidad de destino.

## ENFERMERA/O 2: VÍAS Y MEDICACIÓN

- Prepara el resto de las medicaciones (Ver anexo 4).
- La enfermera/o de SAMU le transfiere la información pertinente del caso.
- Canaliza 2 VVP del mayor calibre posible (16G o 14G) si no están ya canalizadas.
- Coloca vía ósea si se precisa.
- Administra fluidos a través del calentador de fluidos.
- Extracción de sangre para hemograma, bioquímica, coagulación x2 y pruebas cruzadas para reserva de hemoderivados.
- Prepara y asiste en la colocación del tubo torácico.
- Coloca sonda vesical.

## TÉCNICO/A CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE):

- Prepara el box antes de la llegada del paciente junto a los enfermeros/as (Ver anexo 3).
- Conecta la aspiración con una sonda Yankauer. Revisa disponibilidad de sondas convencionales de diferentes grosores.
- Corta la ropa.
- Cursa las analíticas. Encarga a otra/o enfermera/o realizar la gasometría.
- Toma la temperatura.
- Coloca la manta de calor.
- Recoge las pertenencias y documentos del paciente y las entrega a los familiares directos, si no los hubiere los entregará a Seguridad para su custodia en la caja fuerte del hospital.

## MÉDICO/A DE URGENCIAS: Registros

- Registra la información MIST (Mecanismo lesional, Injuries (lesiones identificables), Signos y síntomas (estado de la vía aérea, PA, escala de Glasgow y FR en no IOT) y Tratamientos) de la prehospitalaria.
- Comprueba el funcionamiento del ordenador.
- Pone el cronómetro en marcha. Registra tiempos (llegada, procedimientos, eventos, salida).
- Solicita analíticas, pruebas cruzadas y pruebas radiológicas.
- Registra constantes y Escala de Glasgow en el box.
- Registra procedimientos solicitados y realizados.
- Registra fármacos administrados y dosis.
- Realiza el Checklist (ver anexo 5).
- Recoge la Historia clínica AMPLE: Alergias, Medicaciones, antecedentes Personales (Past medical history), última ingesta (Last eaten) y Eventos principales de la prehospitalaria y la registra.
- Habla con la familia o acompañantes para recabar más información tras la revisión primaria.

## FED TRAUMATOLOGÍA

- Salvo que se considere necesario por las circunstancias del paciente entrar en primera instancia en el box, se quedará a disposición fuera del box.
- Valora la radiografía de pelvis en ausencia del radiólogo.
- Coloca faja pélvica si está en el box, con asistencia del FED Intensivos y/o Cirugía general.
- Inmoviliza los miembros con deformidades con férulas provisionales.
- Coloca fijadores externos de pelvis y/o huesos largos en quirófano.

## CELADOR/A

- Apoya en la movilización/inmovilización del paciente.
- Acude a Admisión de Urgencias a tramitar la identificación del paciente si aún no se ha realizado por el equipo de extrahospitalaria.
- Luego se queda a disposición, fuera del box, para posteriores traslados.

## TÉCNICO/A RADIOLOGÍA

- Se queda a disposición fuera del box, realiza las radiografías (tórax y pelvis).

## FED MÉDICO/A SAMU

- Activa el Código politrauma desde la prehospitalaria, cuando valora al paciente.
- Comunica al/la coordinador/a ANTES de la llegada al hospital, cuando la situación lo permita, el estado del paciente mediante el sistema MIST (Mecanismo lesional, Injuries (lesiones identificables), Signos y síntomas (estado de la vía aérea, PA, escala de Glasgow y FR en no IOT) y Tratamientos).
- A la llegada al hospital hará la transferencia física del paciente al equipo hospitalario y posteriormente notificará de nuevo al/la coordinador/a el estado del paciente mediante el sistema MIST y añadirá aquella información que crea oportuna o se le solicite.
- Tras la transferencia, todo el equipo SAMU abandonará el box a no ser que el/la coordinador/a requiera a alguno de sus miembros.

## OTROS PARTICIPANTES

- FED RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA
- FED CIRUGÍA VASCULAR
- FED CIRUGÍA TORÁCICA
- FED NEUROCIRUGÍA
- FED HEMATOLOGÍA y BANCO DE SANGRE
- Otros

## ANEXO 1:

---

### *CRITERIOS DE ACTIVACIÓN CÓDIGO TRAUMA*

---

Fisiológicos	Trauma score revisado < 12 Escala coma Glasgow < 13 F Resp < 10 o > 29 rpm TAS < 90 mmHg
Anatómicos	Tórax inestable Amputación proximal de extremidad 2 ó más fracturas proximales Fractura de pelvis Trauma + quemadura Heridas penetrantes
Mecanismo Lesional	Expulsión del automóvil Muerte de pasajeros del mismo vehículo Tiempo extricación > 20 min Precipitado > 6 metros Lanzamiento de peatón o atropello a más de 8 km/h Vuelco o choque a alta velocidad Accidente motocicleta > 30 km/h
Comorbilidad	Edades extremas Embarazo Obesidad mórbida Inmunosupresión, trastorno hemorrágico y tratamiento anticoagulante.



## ANEXO 2:

---

# *TIME-OUT DEL EQUIPO DE POLITRAUMA DE ADULTOS DEL HGUA*

---

Modificado de Fitzgerald M *et al.* The World Health Organization trauma checklist versus Trauma Team Time-out: A perspective. *Emergency Medicine Australasia* (2019) 31, 882–885.

### 1. Creación del equipo

- Se notifica la existencia de un/unos politraumatizado/s grave/s
- Reunión del equipo de politrauma antes de la llegada del paciente
- El Coordinador informa:
  - (i) Qué es lo que se sabe hasta el momento,
  - (ii) Plan A (según lesiones esperadas y pruebas),
  - (iii) Plan B (si otros problemas no comunicados o de aparición reciente y causas probables),
  - (iv) Asignación de roles (según Plan A);

El Coordinador se asegura de que el equipo tenga equipo de protección y se ponga a prepararlo todo.

### 2. Llegada del paciente y entrega

- El Coordinador se informa del MIST
- Ultima el plan de las intervenciones que salvan vidas (planeado previamente)
- Informe de situación a la llegada: resumen de la valoración primaria, pruebas radiológicas si tiene y hallazgos del eFAST

### 3. A los 5 min: MIST e informe de situación

- Se vuelve a comunicar el mecanismo lesional y las lesiones principales
- El Coordinador indica los signos vitales anormales (incluida GCS)
- El Coordinador prioriza las intervenciones que salvan vidas (control de hemorragias, permeabilidad de las vías respiratorias, soporte del ventilador, acceso IV)
- El Coordinador avisa a los servicios especializados, personal quirúrgico y banco de sangre según sea necesario

### 4. A los 20 minutos: Resumen y decisiones

- El Coordinador resume el progreso (hallazgos y procedimientos realizados) y se decide el siguiente paso (incl. diagnóstico y tratamientos)

### 5. Puesta en común del equipo

- El Coordinador debe organizar una puesta en común del equipo donde los miembros proporcionarán sus comentarios

---

eFAST, extended focused assessment with ultrasound for trauma; GCS, Coma de Glasgow Escala; MIST, mechanism, injury, signs and prehospital treatment.

## ANEXO 3:

---

### *PREPARACIÓN DEL BOX DE REANIMACIÓN DE ADULTOS (SIN PACIENTE)*

---

Ponerse guantes, bata, mascarilla y protección ocular.  
Subir temperatura ambiental. Proteger camilla con sábana. Colocar almohada para posición neutra cervical (disponer de 3 almohadas más).

- A** Fuente de O2  
Aspirador funcionando con Yankauer (+ sondas de aspiración)  
Mascarilla reservorio presente  
Mascarillas faciales nº 3,4,5 y 6  
Sistema Mapleson adultos montado (alternativa bolsa reservorio con conexión de O2)  
Laringoscopio con palas Macintosh nº 3,4 y 5  
Pilas de laringoscopio de reserva presentes  
Laringoscopio Airtraq verde 6-7.5 y azul 7-8.5  
Guía Eschmann y/o Guía Frova  
TET convencionales nº 4, 4.5, 5, 5.5, 6, 6.5, 7, 7.5 y 8 con neumo  
Lubricante Xilonibsa y Sulky  
Jeringa 20 ml  
Gasas  
Mascarillas laríngeas I-Gel nº 3, 4 y 5  
Mascarillas laríngeas AuraGain nº 3, 4 y 5  
Cánulas de Guedel nº 2 verde, 3 naranja y 4 rojo  
Bisturí con mango  
Tijera disectora  
Seda del 0 con aguja recta  
Kit cricotiroidotomía  
Intercambiador de Cook nº 11, 14, 19  
Tubos de doble luz izquierdos nº 35 y 37  
Fibrobroncoscopio desechable de todos los tamaños (Slim 3.8 mm gris, Regular 5/2.2 mm verde y Large 5.2/2.8 mm naranja) y pantalla.

- B** Encender y comprobar respirador  
Colocar filtro humidificador y antibacterias en las tubuladuras del respirador  
Campo estéril  
Gasas estériles  
Clorhexidina alcohólica 2%  
Guantes estériles nº 6, 6.5, 7, 7.5 y 8  
Bisturí con mango  
Tijera disectora  
Mosquito curvo  
Seda del 0 con aguja recta  
Tubos torácicos de varias medidas (nº 16 CH, 20 CH y 24 CH)  
Campana de aspiración  
Conexiones de campana de aspiración
- C** Encender y comprobar que están todos los cables del monitor (el de la pared)  
Guantes no estériles  
Gasas estériles  
Clorhexidina alcohólica 2%  
Compresor  
Abocaths nº 14, 16, 18 y 20  
Llaves de 3 pasos con alargadera corta purgadas con SSF 0,9%  
Apósitos para vías  
Purgar calentador de fluidos con Ringer Lactato  
Tabla para apoyar brazo (para vías)  
Vías intraóseas  
Catéter intravenoso de infusión (RIC)  
Localizar faja pélvica  
Torniquete  
Férulas inmovilizadoras de extremidades
- D** Localizar tabla espinal y collarín rígido  
Linterna
- E** Manta térmica  
Termómetro de hipotermia

## ANEXO 4:

### FÁRMACOS

	SI	PRN	Jeringa	
Atropina			1 ml	1 mg/1 ml
Efedrina			10 ml	30 mg (1 amp)/6 ml SSF
Fenilefrina			10 ml	1 mg (1 amp)/10 ml SSF
Adrenalina			1 ml	1 mg/1 ml
Adrenalina			10 ml	1 mg (1 amp)/10 ml SSF
Etomidato*			10 ml	20 mg (1 amp)
Midazolam			10 ml	20 mg (2 amp)
Propofol*			20 ml	200 mg (1 amp)
Ketamina			5 ml	50 mg/1 ml (1 amp)
Fentanilo*			10 ml	300 mcg (2 amp)
Rocuronio*			10 ml	100 mg (2 amp) *frigorífico
Sugammadex			5 ml	500 mg (1 amp grande o 2-3 peq)
Noradrenalina			bomba	20 mg (2 amp)/100 ml SSF
Ác. tranexámico			10 ml	1.000 mg (2 amp)
Antibiótico				

 Medicación precargada y etiquetada

 Medicación a disposición, solo si se necesita

\* Medicación en batea del carro de vía aérea

ANEXO 5:

---

*CHECKLIST ASISTENCIA A PACIENTE  
POLITRAUMATIZADO*

---

**Anexo 5. Check list Atención del Adulto**  
Politraumatizado  
Hospital General Universitario de Alicante

Fecha / /

**Aviso llegada paciente Politraumatizado** (selecciona con un círculo)

Hora de **aviso a hospital**: :

**Comunicación directa** con: CICU Médico SAMU

**Unidad de traslado**: SAMU HEMS SVB TNA Medios propios

Activación **Código Trauma**: sí no Hora:

**Aviso Equipo**: Cir Gral(445209)Anestesia(445060) UCI(445290)

Radiología(445370) Trauma(445340) Otros

**Lugar** del incidente:

**Tiempo estimado** de llegada:

Hora de **llegada al hospital**:

**Recepción de asistencia prehospitalaria**

(selecciona con un círculo)

**Vía aérea**: IOT Mascarilla reservorio Ventimask %

**Ventilación**:

**Circulatorio**: TA / mmHg, FC lpm

Fluidoterapia: no sí, cuál/tiempo. ....

**Déficit neurológico**: No Sí/cuál... ..

GCS Pupilas   reactivas arreactivas

**Inmovilizaciones**: Collarín cervical Dama de Elche Tablero espinal

Faja pélvica Colchón de vacío Miembros: .....

Otras y lugar (sondas, tubos de drenaje, accesos vasculares...).....

**Revisión Primaria** (selecciona con un círculo)

**A: Permeable**: sí no SpO2:

**B: Tráquea centrada**: sí no. **Ingurgitación yugular**: sí no

**Ruidos respiratorios**: normal estridor roncus sibilancias

**Ventilación**: simétrica asimétrica:.....

**Rx portátil**: tórax..... pelvis.....

**C: Nivel de consciencia**: normal alterado

**Piel**: normal pálida roja icterica cianótica

**Relleno capilar**: < 2sg > 2sg

**TA**: / mmHg **FC**: lpm

**Pulso**: normal rápido y débil irregular

**Hemorragias**: externas: no sí.....

Internas: no sospecha.....

**E-FAST**: - / + .....

ETIQUETA IDENTIFICATIVA DEL PACIENTE

Mecanismo de lesión:

Lesiones comunicadas:

GCS	TAS	FR	Ptos
13-15	>89	10-29	4
9-12	76-89	>29	3
6-9	50-75	6-9	2
4-5	1-49	1-5	1
0-3	0	0	0

**RTS comunicado:**  
**RTS en Urg:**

Trauma Score Revisado (RTS) Suma las tres puntuaciones obtenidas de cada constante

Tratamiento administrado prehospitalaria:

	S	N	NI	Especificar
IOT				
Medicación IOT				
Pulsioxímetro				
Drenaje torácico				
Rx tórax portátil				
Catéter vascular x2				
Pruebas sangre				
Rx pelvis				
Faja pélvica				
Fluidos calientes				
Hemoderivados				
Analgesia				
Ac.tranexámico				
Vac antitetánica				
Reversores ACO				
Antibióterapia				
Sonda vesical				
Tóxicos orina				
P embarazo				
SNG				
Manta térmica				

**D: Neurológico:**

Ocular		Verbal		Motora	6. Obedece órdenes
			5.Orientada		5. Localiza dolor
	4. Espontánea		4. Confusa		4. Retira/flexión normal
	3. A órdenes		3. Inapropiada		3.Flexión anormal
	2. Al dolor		2. Sonidos incomprensibles		2. Extensión
1.No abre	1.No respuesta	1. Nula			

GCS

Pupilas:

reactivas      arreactivas



**Déficit motor :** .....

**E:** Exposición y prevención de la hipotermia:.....

**Reevaluación Primaria (si cambios)**

Vía aérea: .....

Ventilación/ respiración: .....

Circulatorio: .....

Neurológico:.....

Exposición: .....

**AIS escala de lesiones**

Puntos	Lesión
1	Menor
2	Moderada
3	Grave
4	Severa
5	Crítica
6	Incompatible con la vida

Asignar de 0 a 6 según gravedad

**Revisión Secundaria** Información: Familia: si no

**Alergias conocidas:**

**Medicación:**

**Patologías previas:**

**Libaciones y últimos alimentos:**

**Ambiente relacionado con el trauma:**

Medidas tomadas

1.Cabeza	
2. Maxilofacial:	
3. Columna cervical y cuello:	
4. Tórax:	
5. Abdomen:	
6. Periné, recto y vagina:	
7. Músculo esquelético:	
8. Evaluación neurológica:	

**Escala ISS**

(Gravedad por regiones. De 0 a 75)

Región	AIS	(AIS) <sup>2</sup>
Cabeza y cuello.		
Cara		
Tórax		
Abdomen		
Extremidades		
Externa		
SUMA		

Sumar los cuadrados de las 3 puntuaciones más altas de AIS . Si AIS de 6, directamente ISS 75. Describir lesiones en cuadros correspondientes

Juicio Clínico:

TRISS:

Destino:

Hora de traslado:      :

Informados familiares: Si / No

Firma/nº colegiado:

## ANEXO 6:

---

### *DEBRIEFING “EN CALIENTE”*

---

#### FAST (Focused Assessment Sesion of Trauma) debriefing: Estrategia “ABCDE”:

Durante el día siguiente a la guardia en la que se haya activado el código, y de forma voluntaria, según disponibilidad, se pone a disposición el Aula de reuniones del servicio de UCI, a las 8:00h, para un breve análisis del caso.

Pregunta inicial para romper el hielo: ¿Sensación global de la Atención inicial?:  
Positiva/Negativa

#### A: Actuación/ Actitud del equipo

- Coordinación de los integrantes del equipo: *muy buena/ buena/ adecuada/mala*
- Cesión de los espacios entre los integrantes del equipo: *muy buena/ buena/ adecuada/mala*
- Tiempo de actuación: .....min
- Percepción del equipo de los tiempos de actuación: *actuación corta/fluida/ larga/retraso con algunas técnicas/retraso con el material*

#### B: “Black points”: momentos en blanco, incertidumbres, dudas...

- ¿Alguien ha sentido dudas/incertidumbres durante la asistencia?  
*Sí/No ¿Cuáles?*
- ¿Cree que han interferido en su actuación durante la asistencia?  
*Sí, positivamente /Sí, negativamente /No*
- ¿Alguno siente haber perdido su rol durante la asistencia? *Sí/No*

#### C: Comunicación/Cooperación/Cognición-emoción

- ¿Ha llegado la información previa de la extrahospitalaria antes de la llegada del paciente? *Sí/No*
- ¿Ha habido comunicación directa médico/a SAMU y Urgencias? *Sí/No*
- La comunicación del equipo durante la asistencia ha sido:  
*muy buena/ buena / adecuada/ insuficiente / mala*



- ¿Se han dado órdenes con claridad?: *sí/no*
- ¿Se ha recibido feed-back de las órdenes?: *sí/no*
- El nivel de ruido durante la actuación ha sido:  
*muy alto / alto / moderado / bajo / imperceptible*
- ¿Cree que ha interferido el ruido en su actuación?  
*Sí, positivamente/ Sí, negativamente/ No*
- ¿El equipo cuenta con la información de lo que ocurre en cada momento?  
*Sí, en todo momento/ Sí, la mayoría de las veces/ sí, pocas veces/ No*
- ¿Qué emoción diría que ha predominado durante su actuación?  
*Conflicto / Tensión / Hostilidad / Rabia/ Confusión / Frustración /  
Incertidumbre / Descontrol / Armonía / Acuerdo / Cooperación /  
Cohesión / Confianza / Seguridad / Empatía / Miedo / Ansiedad /  
Vergüenza / Culpa / Pasividad.*
- Ha percibido que el equipo se ha dejado llevar por la emoción: *Sí/No*

#### D: Destreza/ Disponibilidad del material

- Dificultad en la realización de técnicas *Sí/No*
- ¿Cree que ha repercutido en el paciente? *Sí/ No*
- ¿Estaba el material comprobado y disponible? *Sí/No*
- ¿Se ha dispuesto de forma rápida de material poco usual? *Sí/No*

#### E: Entorno

- ¿Considera que existe elevada presión asistencial durante la guardia?: *sí/no*
- ¿Considera excesivo el número de intervinientes en la asistencia? *Sí/No*
- ¿Considera que ha existido falta de espacio en el escenario de actuación? *Sí/No*
- ¿Qué emoción le han generado las interferencias externas?  
*Conflicto / Tensión / Hostilidad / Rabia/ Confusión / Frustración /  
Incertidumbre / Descontrol / Armonía / Acuerdo / Cooperación /  
Cohesión / Confianza / Seguridad / Empatía / Miedo / Ansiedad /  
Vergüenza / Culpa / Pasividad.*

Teniendo en cuenta lo anterior, señale:

- **Puntos débiles:**
- **Puntos fuertes:**

De cara a la siguiente atención:

- **Mejoremos:**
- **Reforcemos:**