

AUTORES:

- M^a Victoria López Gaitano. Médico Gerencia Urgencias y Emergencias
- Juan Carlos Valverde Oliva. Enfermero Gerencia Urgencias y Emergencias

FECHA DE ELABORACIÓN: ENERO 2020

1. DEFINICIÓN

Se denomina traumatismo craneoencefálico (TCE) a todo impacto violento recibido en la región craneal y facial. Podemos clasificarlo de distintas maneras:

- SEGÚN SU GRAVEDAD (definida en función de la puntuación en la escala de coma de Glasgow):
 - TCE LEVE: presenta Glasgow de 14-15 puntos.
 - TCE MODERADO: presenta Glasgow de 9 a 13 puntos.
 - TCE GRAVE: presenta Glasgow $\leq$ 8 puntos.
- SEGÚN LA PRESENCIA DE FRACTURAS:
 - SIN FRACTURA CRANEAL ASOCIADA: es el más frecuente, sobre todo si no se acompaña de pérdida de conciencia ni de focalidad neurológica en la exploración inicial.
 - CON FRATURA CRANEAL ASOCIADA: lineal o con hundimiento.
- SEGÚN EL TIPO DE LESIÓN:
 - CONMOCIÓN CEREBRAL: hay breve pérdida de conciencia con un corto período de amnesia y posterior recuperación rápida y completa. La lesión se produce por estiramiento de los tractos axonales de la sustancia blanca.
 - CONTUSIÓN CEREBRAL: existe alteración del estado de conciencia, desde confusión hasta grados variables de coma, y focalidad neurológica variable. Se produce con mayor frecuencia sobre las zonas frontales, temporales u occipitales, por contacto entre la superficie cerebral y el interior del cráneo.
 - LESIÓN CEREBRAL DIFUSA: se produce una lesión multifocal que suele afectar fundamentalmente a la sustancia blanca, el cuerpo calloso y/o el mesencéfalo. Puede provocar pérdida de conciencia prolongada y discapacidad grave posterior.

03/11/2020	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ª Planta 30005 Murcia	AENOR ER Empresa Registrada UNE-EN ISO 9001	AENOR ER Transporte Sanitario UNE 179002	Puesto y firma: Director Gerente 061. D.Francisco Celdrán Gil (Documento firmado electrónicamente al margen)
Página 1 de 13				

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de Murcia. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en <http://10.181.8.6/intranet/>



2. ATENCIÓN INICIAL TELEFÓNICA.

Se centra en la recepción de la llamada por parte del Centro Coordinador de Urgencias (CCU).

El motivo de llamada, y los datos que puedan aportar los familiares o cuidadores, aunque no sean parámetros médicos, nos pueden orientar a la hora del diagnóstico diferencial.

Habrà que realizar un triaje telefónico recabando toda la información disponible sobre el suceso ocurrido y el estado del paciente, haciendo especial hincapié en recoger datos sobre el estado de conciencia de la víctima.

El Centro Coordinador de Urgencias (CCU) trasladará a la unidad asistencial los síntomas claves que haya recabado y puedan alertar al equipo médico de la posible presencia de un TCE. En este caso podrían ser: inconsciente, herida abierta en cráneo, traumatismo craneal, etc.

Las recomendaciones telefónicas son las habituales siguiendo la regla del PAS (proteger, alertar y socorrer): comprobar respiración y consciencia, posición en decúbito supino si está consciente, posición lateral de seguridad si está inconsciente, o iniciar RCP si ha sufrido una parada cardio-respiratoria.

El tipo de unidad enviada queda a criterio del médico regulador del CCU siempre ajustándose a la normativa del transporte sanitario terrestre de la Comunidad autónoma de la Región de Murcia (BORM nº48, del 27 de febrero del 2018).

3. RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD PARA EL ACCESO AL LUGAR DEL AVISO.

La fase de aproximación se corresponde con el acceso al lugar del suceso por el camino más seguro y rápido. A la llegada al punto de asistencia, los equipos intervinientes deben adoptar todas las medidas de protección tanto activas (rotativos luminosos) como pasivas (uso de guantes, chaleco reflectante, gafas de protección, etc.) necesarias para garantizar su propia seguridad.

Es importante informar de los estados de activación de cada unidad asistencial. En Murcia utilizamos el código del sistema TETRA a través de la emisora. En las unidades que no cuenten con sistema TETRA, se darán los estados a través de línea baja o emisora analógica.

03/11/2020	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ª Planta 30005 Murcia	AENOR ER Empresa Registrada UNE-EN ISO 9001	AENOR ER Transporte Sanitario UNE 179002	Puesto y firma: Director Gerente 061. D.Francisco Celdrán Gil (Documento firmado electrónicamente al margen)
Página 2 de 13				

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de Murcia. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en <http://10.181.8.6/intranet/>



Numero	Descripción
1	ACTIVADO
2	LLEGADA AL LUGAR DEL AVISO
3	EN CARGA PARA TRASLADO AL HOSPITAL
4	LLEGADA AL HOSPITAL
5	LIBRE DISPONIBLE

En la actualidad se está implantando un sistema de PDA que realiza una localización de la unidad asistencial a través de la aplicación “112 Región de Murcia”. Dicha aplicación geoposiciona la unidad, cambia automáticamente los estados y aporta datos relevantes sobre el suceso ocurrido, facilitando así la preparación del equipo y de los materiales.

4. EVALUACIÓN INICIAL

4.1 ANAMNESIS

Valorar la existencia de:

- patologías previas del paciente que puedan haber sido causa del TCE (patología cardiovascular, diabetes mellitus, etc.).
- antecedentes del TCE: ha existido crisis convulsiva previa, síncope, traumatismo directo, etc.
- toma de medicamentos (sobre todo antiagregantes y anticoagulantes), alcohol o drogas.
- pérdida de conciencia y su duración.
- amnesia, vómitos o cefalea.
- presencia de alguna focalidad neurológica (debilidad, parestesias, etc).

4.2 EXPLORACIÓN FÍSICA.

Registraremos los siguientes datos:

- **CONSTANTES VITALES:** frecuencia cardiaca y respiratoria, tensión arterial, temperatura, saturación de oxígeno y glucemia capilar.
- Debemos tener en cuenta que la presencia de hipotensión arterial en un TCE eleva la tasa de mortalidad. Las cifras objetivo de tensión arterial media (TAM) serán de 80-100 mmHg.

03/11/2020	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ª Planta 30005 Murcia	AENOR ER Empresa Registrada UNE-EN ISO 9001	AENOR ER Transporte Sanitario UNE 179002	Puesto y firma: Director Gerente 061. D.Francisco Celdrán Gil (Documento firmado electrónicamente al margen)
Página 3 de 13				

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de Murcia. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en <http://10.181.8.6/intranet/>



- NIVEL DE CONCIENCIA: escala de Glasgow (ver ANEXO 1) en la que el **componente motor** posee mayor relevancia a la hora de indicar gravedad del paciente. Hay que recordar que si un criterio de la escala no puede ser valorado se dejará en blanco, sin asignar puntuación, y si es posible se especificará la causa por la que no puede valorarse.
- La primera puntuación que obtengamos servirá como referencia para valorar la evolución del paciente durante el traslado, e identificar precozmente la aparición de posibles complicaciones.
 - PUPILAS: observando tamaño, simetría y reactividad.
 - VALORACIÓN DEL CRÁNEO: detectando la presencia de puntos sangrantes, laceraciones o fracturas craneales. Descartar también la presencia de signos que indiquen fractura de base de cráneo (equimosis periorbitaria, otorragia, rinorrea u otorrea de líquido cefalorraquídeo, equimosis retroauricular, etc).
 - VALORACIÓN DE LA COLUMNA CERVICAL: detectando puntos dolorosos y/o deformidades.
 - SIGNOS DE HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL (HTIC): pupilas perezosas o arreactivas (incluso anisocoria arreactiva en paciente comatoso), vómitos, deterioro neurológico progresivo, fenómeno de Cushing (caracterizado por la presencia de aumento de la presión arterial media, bradicardia y patrón respiratorio anómalo), movimientos de descerebración unilaterales o bilaterales, etc.
 - PRESENCIA DE FOCALIDAD NEUROLÓGICA: alteraciones motoras, pérdida de fuerza, parestesias, alteraciones en reflejos osteotendinosos profundos, presencia del signo de Babinski (respuesta en extensión al estímulo plantar), etc.
 - EXÁMEN DEL FONDO DE OJO: si es posible se valorará la presencia de edema de papila, aunque es un signo de aparición tardía.

4.3 VALORACIÓN SECUNDARIA

Realizaremos un examen del paciente lo más detallado posible para descubrir lesiones que de manera no inmediata pueden poner en peligro la vida del paciente.

4.4 CODIFICACIÓN CIE-9 ASOCIADA AL TCE (ver ANEXO 2).

03/11/2020	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ª Planta 30005 Murcia	AENOR ER Empresa Registrada UNE-EN ISO 9001	AENOR ER Transporte Sanitario UNE 179002	Puesto y firma: Director Gerente 061. D.Francisco Celdrán Gil (Documento firmado electrónicamente al margen)
Página 4 de 13				

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de Murcia. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en <http://10.181.8.6/intranet/>



5. TRATAMIENTO

El pronóstico vital y funcional de los pacientes con TCE se relaciona directamente con un buen control de la homeostasis sistémica. Por ello el tratamiento inicial debe dirigirse a la prevención, detección precoz y tratamiento de estas alteraciones. De esta manera se evitará la aparición de una lesión cerebral secundaria (relacionada fundamentalmente con la aparición de edema cerebral y el aumento de la presión intracraneal).

Los OBJETIVOS TERAPÉUTICOS serán:

- Mantener saturación periférica de oxígeno (SpO2) superior al 95%.
- Mantener tensión arterial media (TAM) superior a 90 mmHg.
- Mantener nivel de CO2 según capnometría (EtCO2) entre 35 y 40 mmHg.
- Normoglucemia (70 – 100 mg/dl).

Si el paciente es víctima de un traumatismo múltiple, el tratamiento del TCE debe integrarse en el protocolo de actuación inicial del paciente con trauma grave.

5.1 MEDIDAS GENERALES

- Monitorización de TA, FC, FR, SpO2, EtCO2.
- Canalización de 1 vía venosa periférica (VVP) de grueso calibre (ideal angiocatéter nº 14 ó 16). Valorar el uso de la vía intraósea, intranasal, intramuscular o rectal si existe dificultad o imposibilidad de conseguir un acceso IV.

5.2 TRATAMIENTO INICIAL

Se inicia de manera simultánea a las medidas generales descritas anteriormente.

5.2.1 VÍA AÉREA (A).

Habrà que comprobar y garantizar la permeabilidad de la vía aérea prestando especial atención a la presencia de cuerpos extraños, obstrucciones parciales de la vía aérea y lesiones graves del macizo facial. Valoraremos la necesidad de utilizar cánula orofaríngea o dispositivos supraglóticos con el fin de mantener la vía aérea permeable. Si existe antecedente traumático realizaremos apertura de la vía aérea con control cervical.

En el paciente con TCE moderado o grave la hiperventilación, asociada a la hipocapnia que produce, genera vasoconstricción. Esto da lugar a una disminución del flujo sanguíneo cerebral que ensombrece el pronóstico. Tampoco se debe permitir la hipercapnia, ya que por sí sola genera un aumento de la presión intracraneal (PIC). Por todo ello en estos pacientes es obligada la monitorización de SpO2 y EtCO2 si están disponibles y administrar

03/11/2020	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ª Planta 30005 Murcia	AENOR ER Empresa Registrada UNE-EN ISO 9001	AENOR ER Transporte Sanitario UNE 179002	Puesto y firma: Director Gerente 061. D.Francisco Celdrán Gil (Documento firmado electrónicamente al margen)
Página 5 de 13				

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de Murcia. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en <http://10.181.8.6/intranet/>



oxígeno suplementario (mediante mascarilla tipo Venturi) cuando sea necesario para mantener SpO2 por encima del 95% y EtCO2 de 35-40 mmHg.

Durante el reconocimiento primario será prioritario proteger la vía aérea procediendo a la intubación orotraqueal (IOT) mediante la secuencia rápida de intubación (Etomidato 0,3 mg/kg + Rocuronio 1mg/kg) en los siguientes casos:

- Glasgow $\leq$ 8 puntos.
- Patrón respiratorio anómalo.
- Frecuencia respiratoria menor de 10 o mayor de 35 respiraciones por minuto.
- Agitación o crisis convulsiva.
- SpO2 < 90% con FiO2 al 50%.
- EtCO2 < 25 o > 50 mmHg.

5.2.2 VENTILACIÓN Y OXIGENACIÓN (B).

Evaluar la frecuencia, profundidad y simetría de la ventilación. El compromiso de la ventilación puede reducir el aporte de oxígeno al cerebro, fomentando el edema. La hipoventilación o la hiperventilación pueden hacer oscilar los niveles de CO2 en sangre comprometiendo la autorregulación del flujo sanguíneo cerebral.

Si no hay necesidad de IOT se comenzará a suministrar oxígeno a la mínima FiO2 necesaria para mantener SpO2 > 95%.

5.2.3 CIRCULACIÓN (C).

Habrà que controlar las hemorragias producidas por heridas sangrantes del cuero cabelludo, inicialmente con compresión directa.

Debemos mantener una TAS superior a 90 mmHg para evitar aumentar la mortalidad asociada al TCE grave reponiendo volumen (si es necesario) con solución salina fisiológica (SSF) al 0.9% en dosis inicial de 10ml/kg peso y de preferencia caliente.

Habrà que tener especial precaución con los lactantes que tienen las fontanelas abiertas, ya que pueden acumular suficiente sangre dentro del cráneo como para provocar un shock hipovolémico.

03/11/2020	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ª Planta 30005 Murcia	AENOR ER Empresa Registrada UNE-EN ISO 9001	AENOR ER Transporte Sanitario UNE 179002	Puesto y firma: Director Gerente 061. D.Francisco Celdrán Gil (Documento firmado electrónicamente al margen)
Página 6 de 13				

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de Murcia. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en <http://10.181.8.6/intranet/>



5.3 TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES:

5.3.1 TRATAMIENTO DE LA HTIC.

Administraremos SUERO SALINO HIPERTÓNICO al 7.5% (62.5 ml de SSF + 37.5 ml de NaCl al 20%) en dosis de 4 ml/kg peso intravenoso (IV) en 10 minutos que reducirá la PIC. Podría considerarse el uso de manitol al 20% a dosis de 1,4g/kg peso en paciente normotenso (o hipertenso asociándole Furosemida 20 – 40 mg IV).

Deberemos mantener un nivel adecuado de SpO₂ (>95%) y EtCO₂ (35-40 mmHg) y tratar el dolor que puede provocar la patología (con Fentanilo 1µg/kg de elección).

Recordar realizar el traslado con el paciente en decúbito supino a cero grados de inclinación y con el collarín cervical (si lo precisa) sin apretar para evitar un posible aumento de la PIC.

El uso de corticoides está contraindicado.

5.3.2 TRATAMIENTO DE LAS CRISIS CONVULSIVAS.

Las benzodiacepinas son el tratamiento de primera línea para controlar las crisis (de elección Midazolam a 0.1 mg/kg peso IV, en su defecto Diazepam 10 mg IV). Si no se dispone de acceso venoso se administra Midazolam por vía bucal, intranasal o intramuscular en dosis de 0.2 mg/kg peso o Diazepam rectal en dosis de 0.5 mg/kg peso.

5.3.3 TRATAMIENTO DE LA AGITACIÓN.

Deben utilizarse fármacos que no aumenten la PIC como el Midazolam a dosis de 0.1 mg/kg peso IV o Propofol a dosis de 1.5 – 2.5 mg/kg peso IV.

Si la agitación se asocia a delirio utilizaremos Haloperidol en dosis inicial de 5 mg IV que puede repetirse cada 30 minutos hasta conseguir la sedación o hasta llegar a la dosis máxima de 30mg en 24h.

5.3.4 TRATAMIENTO DEL DOLOR.

Se debe recordar tratar el dolor que pueda provocar esta patología con analgésicos no opioides (paracetamol 1g iv o metamizol magnésico 2g iv) u opioides si el dolor no cede (tramadol 100mg iv, fentanilo 1µg/kg/iv o cloruro mórfico 3 mg iv cada 20 minutos si precisa).

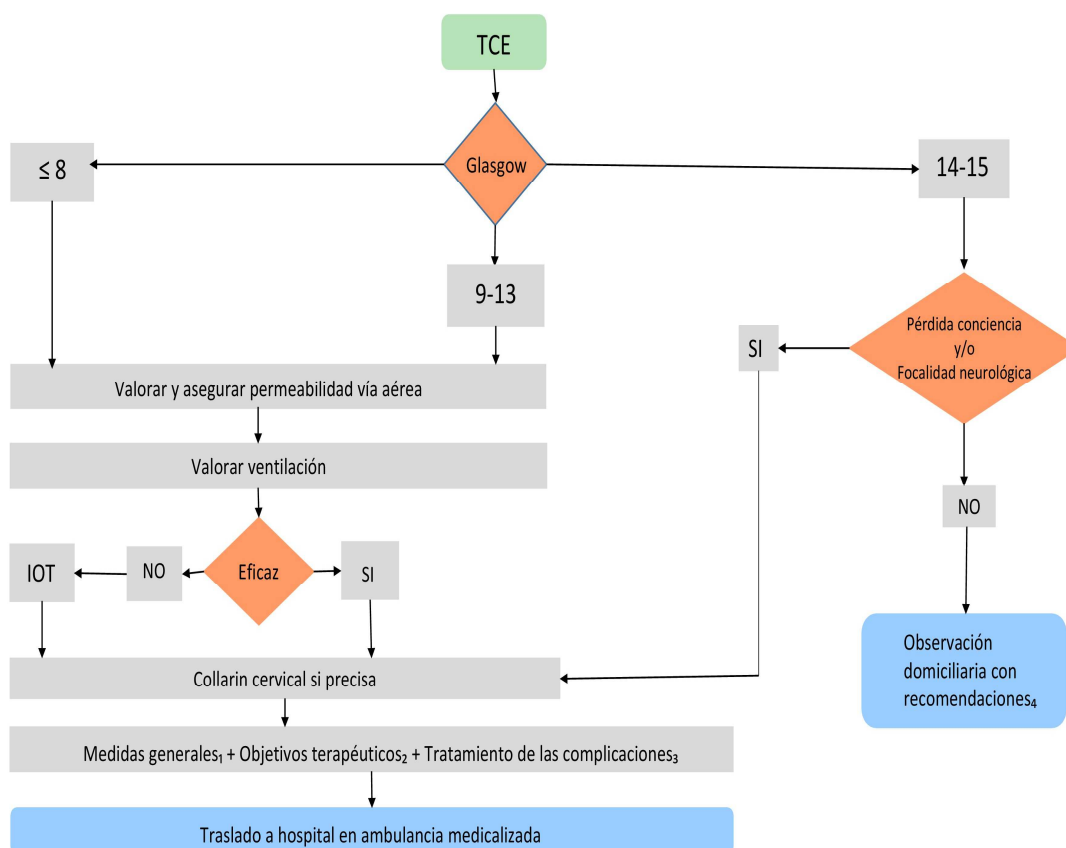
CELDRÁN GIL, FRANCISCO
15/12/2020 09:54:19
Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-35336285-3e63-3219-9a71-005056946280



03/11/2020	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ª Planta 30005 Murcia	AENOR ER Empresa Registrada UNE-EN ISO 9001	AENOR ER Transporte Sanitario UNE 179002	Puesto y firma: Director Gerente 061. D.Francisco Celdrán Gil (Documento firmado electrónicamente al margen)
Página 7 de 13				

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de Murcia. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en <http://10.181.8.6/intranet/>

Algoritmo de tratamiento en TCE



(1) MEDIDAS GENERALES: monitorizar TA, FC, SpO2, EtCO2 y canalizar VVP.

(2) OBJETIVOS TERAPÉUTICOS:

- TAM ≥ 90mmHg
- SpO2 >95%
- EtCO2 35-40mmHg
- Glucemia 70-100 mg/dl

(3) TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES: HTIC, crisis convulsivas, agitación y dolor.

(4) RECOMENDACIONES: ver ANEXO 3

03/11/2020

Página 8 de 13

Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia
C/Escultor José Sánchez Lozano,
7-2ª Planta
30005 Murcia



Puesto y firma:
Director Gerente 061.
D.Francisco Celdrán Gil

(Documento firmado electrónicamente al margen)

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de Murcia. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en <http://10.181.8.6/intranet/>



6. CONSIDERACIONES ESPECIALES

Ver protocolo relacionado: TRAUMA GRAVE

7. CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Cualquier paciente al que se le aplique alguno o varios códigos CIE9 de este protocolo (ver ANEXO 2), precisarán de un transporte sanitario urgente o emergente, la mayoría de ellos por unidades asistenciales TIPO C. Ocasionalmente, por necesidades del servicio o criterio del CCU, podrían realizar el traslado otro tipo de unidades, las cuales deben continuar el tratamiento iniciado y evitar el agravamiento del cuadro clínico. La unidad designada trasladará al paciente (evitando aceleraciones y desaceleraciones bruscas) al centro hospitalario más adecuado para el control y corrección de las causas que han provocado el shock.

En los casos de extrema gravedad del cuadro clínico se deberá avisar a la unidad de hemodinámica de la puerta de urgencias del hospital receptor de la llegada de dicho paciente.

8. INDICADORES DE CALIDAD

GRUPO ¹ 1. INDICADORES DE ACTIVIDAD	
1.01	Número de asistencias de las unidades móviles.
1.02	Tiempo de activación y el tipo de las unidades que realizan la asistencia ajustándose a la normativa BORM nº48, 27 febrero 2018 (Anexo 4)
1.03	Tiempo de llegada al aviso.
GRUPO 2. SEGURIDAD.	
2.01	Adecuación de la actuación al procedimiento.
2.02	Tasa de mortalidad "in situ".
2.03	Tasa de mortalidad durante el traslado a centro útil.
GRUPO 3. CALIDAD CIENTÍFICO TÉCNICA	
3.01	Cumplimentación completa de la historia clínica incluyendo la codificación CIE-9.
3.02	Aplicación de la técnica de la IOT.
3.05	Tasa de pacientes derivados a hospital.
GRUPO 4. SATISFACCIÓN.	
4.01	Nivel de calidad percibida por el usuario (encuesta de satisfacción)
4.02	Tasa de reclamaciones.

03/11/2020	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ª Planta 30005 Murcia	AENOR ER Empresa Registrada UNE-EN ISO 9001	AENOR ER Transporte Sanitario UNE 179002	Puesto y firma: Director Gerente 061. D.Francisco Celdrán Gil (Documento firmado electrónicamente al margen)
Página 9 de 13				

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de Murcia. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en <http://10.181.8.6/intranet/>



9. ANEXOS

ANEXO 1

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

APERTURA DE OJOS	PUNTOS
Abre antes del estímulo	4
Abre tras decir o gritar la orden	3
Abre tras estímulo en la punta del dedo	2
No abre los ojos y no hay factor que interfiera	1
Cerrados por un factor local	NV
RESPUESTA VERBAL	
Da correctamente nombre, lugar y fecha	5
No está orientado pero se comunica coherentemente	4
Palabras sueltas inteligibles	3
Solo gemidos, quejidos	2
No se oye respuesta y no hay factor que interfiera	1
Existe factor que interfiere en la comunicación	NV
MEJOR RESPUESTA MOTORA (mayor relevancia pronóstica)	
Obedece la orden con ambos lados	6
Lleva la mano por encima de la clavícula al estimular el cuello	5
Dobla brazo rápidamente sobre codo con una flexión normal	4
Dobla brazo sobre codo con una flexión anormal	3
Extiende el brazo	2
No hay movimiento en brazos ni piernas, y no hay factor que interfiera	1
Parálisis u otro factor limitante	NV

NV: no valorable.

03/11/2020

Página 10 de 13

**Gerencia de Urgencias y
Emergencias Sanitarias Región
de Murcia**
C/Escultor José Sánchez Lozano,
7-2ª Planta
30005 Murcia



Puesto y firma:
Director Gerente 061.
D.Francisco Celdrán Gil

(Documento firmado
electrónicamente al margen)

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de Murcia. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en <http://10.181.8.6/intranet/>



ANEXO 2

Código	Diagnóstico CIE-9
780.01	Coma
850	Conmoción cerebral
920	Contusión cráneo/cara/cuello salvo ojos
781	Déficit neurológico agudo
432	Hemorragia intracraneal NSP
924.8	Policontusionado
828	Polifracturado
959.8	Politraumatizado
780.2	Síncope/lipotimia/pérdida de conciencia
959.0	Trauma cabeza/cara/cuello
850.0	Trauma craneoencefálico sin pérdida conciencia
924.9	Trauma NSP

ANEXO 3

RECOMENDACIONES PARA PACIENTES CON TCE (primeras 48 horas)

- Reposo relativo en domicilio, evitando luces y ruidos intensos**
- Comprobar cada 2-3h que el paciente está orientado y se mueve y habla normalmente.**
- No administrar alcohol ni sedantes. Únicamente la analgesia que haya sido prescrita.**
- Acudir al Servicio de Urgencias si aparece:**
 - cefalea intensa y persistente que no cede con analgesia.
 - vómitos precedidos o no de náuseas.
 - tendencia anormal al sueño o dificultad para despertarse.
 - asimetría pupilar.
 - pérdida de conciencia, desorientación o confusión.
 - dificultad para hablar.
 - alteraciones del equilibrio.
 - visión doble o borrosa.
 - pérdida de fuerza o movilidad en alguna extremidad.
 - convulsiones.
 - licuorrea, rinorrea, otorragia.

03/11/2020	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ª Planta 30005 Murcia	AENOR ER Empresa Registrada UNE-EN ISO 9001	AENOR ER Transporte Sanitario UNE 179002	Puesto y firma: Director Gerente 061. D.Francisco Celdrán Gil (Documento firmado electrónicamente al margen)
Página 11 de 13				

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de Murcia. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en <http://10.181.8.6/intranet/>



ANEXO 4

NORMATIVA TRANSPORTE SANITARIO TERRESTRE Región de Murcia (BORM nº 48, martes 27 de febrero 2018).

CATEGORIAS DE VEHICULOS.

- Ambulancias **NO ASISTENCIALES**:
 - 1) Clase A1: Transporte en camilla. (el personal será un conductor con certificado de profesionalidad)
 - 2) Clase A2: transporte colectivo. (El personal será un conductor con certificado de profesionalidad)
- Ambulancias **ASISTENCIALES**:
 - 1) Clase B: Soporte vital básico (el personal son 2 Técnicos en Transporte Sanitario (TES))
 - 2) Clase C: Soporte Vital Avanzado (el personal será como mínimo 1 TES, 1 Enfermero) y (Médico si el tipo de actividad asistencial lo requiere)

TIPO DE TRANSPORTE

- Transporte sanitario Urgente :
 - 1) Transporte de emergencia (prioridad absoluta, riesgo vital).
 - 2) Transporte sanitario Urgente : según criterio CCU.
- Transporte sanitario No Urgente:
 - 1) Transporte programado.
 - 2) Transporte no urgente no programado.

03/11/2020

Página 12 de 13

**Gerencia de Urgencias y
Emergencias Sanitarias Región
de Murcia**
C/Escultor José Sánchez Lozano,
7-2ª Planta
30005 Murcia



Puesto y firma:
Director Gerente 061.
D.Francisco Celdrán Gil

(Documento firmado
electrónicamente al margen)

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de Murcia. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en <http://10.181.8.6/intranet/>



10. BIBLIOGRAFÍA.

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2018.
2. Serrano González A, Cambra Lasaosa F.J. Protocolo de Actuación en el Traumatismo Craneoencefálico Grave. SECIP. 2018.
3. Carney N, Totten AM, O'Reilly C, et al. Brain Trauma Foundation TBI Guidelines. Guidelines for the management of severe traumatic brain injury. Fourth Edition. Neurosurgery. 2016; 0:1-10.
4. J. Giner, L. Mesa Galán, S. Yus Teruel, M.C. Guallar Espallargas, C. Pérez López, A. Isla Guerrero, J. Roda Frade. El traumatismo craneoencefálico severo en el nuevo milenio. Nueva población y nuevo manejo. Neurología.
<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2019.03.012>.
5. BORM Nº 48 del martes 27 de febrero 2018, Pag 4956.
<https://www.borm.es/borm/documento?obj=anu&id=765305>

CELDRÁN GIL, FRANCISCO
15/12/2020 09:54:19
Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-35336285-3e63-3219-9a71-005056946280



03/11/2020	Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia C/Escultor José Sánchez Lozano, 7-2ª Planta 30005 Murcia	AENOR ER Empresa Registrada UNE-EN ISO 9001	AENOR ER Transporte Sanitario UNE 179002	Puesto y firma: Director Gerente 061. D.Francisco Celdrán Gil (Documento firmado electrónicamente al margen)
Página 13 de 13				

La única copia oficial de este documento está en la Intranet de la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 de Murcia. Antes de utilizar una copia impresa asegúrese de que es la versión actualizada verificando su fecha de emisión en <http://10.181.8.6/intranet/>