



INSTRUCCIONES EN ATENCIÓN EXTRAHOSPITALARIA

**TOMO I
SOPORTE VITAL BÁSICO**



INSTRUCCIONES EN ATENCIÓN EXTRAHOSPITALARIA

TOMO I

SOPORTE VITAL BÁSICO

SANTO DOMINGO, D. N.,
REPÚBLICA DOMINICANA
NOVIEMBRE DE 2016



Título original

*Instrucciones en atención extrahospitalaria
Tomo I. Soporte vital básico (SVB).*

Citar:

República Dominicana, Ministerio de Salud Pública; Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. Instrucciones en atención extrahospitalaria. Tomo I: soporte vital básico (SVB). Santo Domingo, D. N.: MSP; 2016.

Ministerio de Salud Pública

Ave. Héctor Homero Hernández, esq. Tiradentes, Ens. La Fe
Santo Domingo, República Dominicana

© Ministerio de Salud Pública

La mencionada institución autoriza la utilización y reproducción de este documento solo para actividades académicas y sin fines de lucro. Su contenido es el resultado de un amplio proceso de discusión, revisión documental nacional e internacional, así como del consenso multisectorial y la participación de actores clave.

Edición, revisión de texto y corrección de estilo:

R & V Consultores SRL

Diseño y diagramación

Tony Núñez y Asociados

Impresión

SVG Print & Tech

Primera edición

1000 ejemplares

Impreso en la República Dominicana

Diciembre 2017



AUTORIDADES

Dra. Altagracia Guzmán Marcelino

Ministra de Salud Pública

Dr. Héctor Maceo Quezada Ariza

Viceministro de Salud Colectiva

Dra. Mercedes Rodríguez Silver

Viceministra de Planificación

Dr. Francisco Neftalí Vásquez

Viceministro de Garantía de la Calidad

Dr. José Miguel Ferreras

Director General de Emergencias Médicas

EQUIPO RESPONSABLE

COORDINACIÓN TÉCNICA

Dirección General de Emergencias

Médicas

Surelis Kisoris Jiménez Tapia

EQUIPO TÉCNICO RESPUESTA SALUD

Angélica Arias

Carmen Bautista

Dionis Encarnación

Edison Ogando

Edwin Garay

Elizabeth De los Santos

Fátima Lachapel

Gary Germán

Joheidy Jaime

José De la Cruz

José Manuel Rivera

Karla Barrous

Manuel Emilio Caraballo

Marcos Sierra

Melvin Mendoza

Mercedes Celídee Roa

Miguelina Rodríguez Cuello

Patricia Medina

Rafael Feliz

Ruddy De Gracia

Samira Castillo

Sheyla Consuegra

Stella De Castro

Tito Suero Portorreal

Vanessa Durán

Verónica Jiménez

Wellington Gómez

Wilkin Pérez

Zaida Gómez

Zuleyka González

COOPERACIÓN TÉCNICA

Organización Panamericana de la Salud/

Organización Mundial de la Salud (OPS/ OMS)

Liz Parra

Gabriel Paredes

Ricardo da Rocha Sales Oliveira

Lissandro Silva

Rosario Guzmán

SUMARIO

INSTRUCCIONES SVB EMERGENCIAS CLÍNICAS

- BC1 Evaluación primaria del paciente
- BC2 Evaluación secundaria del paciente
- BC3 Obstrucción de las vías aéreas por cuerpos extraños - OVACE
- BC4 Paro respiratorio en el adulto
- BC5 PCR y RCP en adultos - Directrices AHA 2015
- BC6 Interrupción de la RCP
- BC7 Cuidados post RCP en el adulto
- BC8 Decisión de no resucitación
- BC9 Algoritmo General de RCP en el Adulto - Directrices AHA2015
- BC10 Insuficiencia respiratoria aguda en el adulto
- BC11 *Shock*
- BC12 Dolor torácico no traumático
- BC13 Enfermedad vascular cerebral - EVC
- BC14 Inconsciencia
- BC15 Crisis convulsiva en el adulto
- BC16 Hiperglicemia
- BC17 Hipoglicemia
- BC18 Hemorragia digestiva alta - HDA
- BC19 Reacción alérgica: anafilaxia
- BC20 Hemoptisis
- BC21 Manejo del dolor en el adulto
- BC22 Manejo de la crisis de salud mental
- BC23 Agitación y situación de violencia
- BC24 Autoagresión y riesgo de suicidio

SUMARIO

INSTRUCCIONES SVB EMERGENCIAS TRAUMÁTICAS

- BT1 Evaluación primaria del paciente con sospecha de trauma o en situación ignorada
- BT2 Evaluación secundaria del paciente con sospecha de trauma o en situación ignorada
- BT3 Evaluación de la cinemática del trauma (patrón básico de lesiones)
- BT4 Trauma craneoencefálico
- BT5 Trauma facial
- BT6 Trauma ocular
- BT7 Neumotórax abierto Herida abierta en el tórax
- BT8 Trauma abdominal abierto - TAA
- BT9 Trauma abdominal cerrado -TAC
- BT10 Trauma raquimedular - TRM
- BT11 Trauma de extremidades superiores e inferiores - TAC
- BT12 Fractura expuesta de extremidades
- BT13 Amputación traumática
- BT14 Trauma de pelvis
- BT15 Quemadura térmica (calor)
- BT16 Ahogamiento

SUMARIO

INSTRUCCIONES GENERALES EN SVB

- BP1 Técnicas básicas de manejo de vías aéreas: maniobras manuales de apertura

- BP2 Técnicas básicas de manejo de vías aéreas: cánula orofaríngea (COF)

- BP3 Oximetría

- BP4 Control de hemorragias: compresión directa de la lesión

- BP5 Escala de coma de Glasgow

- BP6 Escala prehospitalaria para AVC de Cincinnati

- BP7 Evaluación de la glicemia capilar

- BP8 AVDI

SUMARIO

INSTRUCCIONES ESPECIALES EN SVB

- PE1 Aspectos generales de evaluación de la seguridad de escena
- PE2 Reglas generales de bioseguridad
- PE3 Prácticas para la seguridad del paciente
- PE4 Atribuciones y responsabilidades del equipo del CRUE
- PE5 Responsabilidades adicionales del conductor de ambulancia
- PE6 Reglas generales en la conducción de ambulancia
- PE7 Reglas generales para estacionamiento de ambulancia y señalización de la vía
- PE8 Instrucciones iniciales en caso de accidentes con la ambulancia
- PE9 Consentimiento para tratamiento de paciente menor de edad
- PE10 Atención a pacientes con necesidades especiales
- PE11 Atención al paciente menor de 18 años de edad (no acompañado)
- PE12 Atención al paciente sin condición de decidir estando sin compañía o acompañado de menor de 18 años de edad
- PE13 Atención al paciente sin condición de decidir y acompañado de animales (perro guía u otros)
- PE14 Atención a pacientes que rechazan atención y/o transporte
- PE15 Recibimiento de órdenes de autoridades policiales u otras autoridades en la escena
- PE16 Atención en la presencia de médicos y enfermeros extraños al servicio
- PE17 Reglas generales de abordaje en sucesos con indicios de crimen
- PE18 Cuidados con pertenencias de pacientes
- PE19 Dispensa de paciente en la escena

SUMARIO

- PE20 Reglas generales para abordaje de eventos que involucren prensa y tumulto
- PE21 Constatación de fallecimiento por el médico del MSP
- PE22 Identificación de fallecimiento por equipos del sistema de emergencias

SUMARIO

INSTRUCCIONES SVB EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

BGO1 Asistencia al trabajo de parto no expulsivo

BGO2 Asistencia al parto inminente

BGO3 Asistencia al parto consumado

BGO4 Asistencia al trabajo de parto prematuro

BGO5 Asistencia al parto inminente distócico (presentación no cefálica)

BGO6 Hemorragia gestacional

BGO7 Hemorragia puerperal

SUMARIO

INSTRUCCIONES SVB EN PEDIATRÍA

- BPed 1 Parámetros pediátricos
- BPed 2 Evaluación primaria del paciente pediátrico
- BPed 3 Evaluación secundaria del paciente pediátrico
- BPed 4 OVACE en niño (OVACE = Obstrucción de vías aéreas por cuerpos extraños)
- BPed 5 OVACE en el lactante (OVACE = Obstrucción de vías aéreas por cuerpos extraños)
- BPed 7 PCR y RCP en el lactante y en el niño
- BPed 8 Cuidados posresucitación en pediatría
- BPed 9 Algoritmo General de RCP pediátrica
- BPed 12 *Shock*
- BPed 13 Insuficiencia respiratoria aguda
- BPed 14 Descenso del nivel de conciencia
- BPed 15 Crisis convulsiva
- BPed16 Hiperglicemia
- BPed 17 Hipoglicemia
- BPed 18 Anafilaxia
- BPed 20 Fiebre
- BPed 21 Vómitos
- BPed 22 Epistaxis
- BPed24 Evaluación primaria del paciente pediátrico con sospecha de trauma o en situación ignorada.
- BPed25 Evaluación secundaria del paciente pediátrico con sospecha de trauma o en situación ignorada.
- BPed 26 Técnica de ventilación con dispositivo bolsa válvula mascarilla

SUMARIO

- BPed29 Técnicas básicas de manejo de las vías aérea aspiración
- BPed 30 Técnicas básicas de manejo de las vías aéreas cánula orofaríngea Guedel

SUMARIO

INSTRUCCIONES SVB EN INTOXICACIONES Y PRODUCTOS PELIGROSOS

BTox 1 Intoxicaciones agudas medidas generales

BTox 2 Intoxicación por drogas de abuso

BTox 3 Intoxicación y abstinencia alcohólica

BTox 4 Intoxicación por medicamentos depresores del SNC

SUMARIO

INSTRUCCIONES SVB EN INCIDENTES DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS

- BMV1 Atribuciones del primer equipo en llegar a la escena de incidente de múltiples víctimas (IMV)
- BMV2 Atribuciones del equipo de soporte vital básico (SVB) al llegar a la escena de un incidente de múltiples víctimas (IMV) en marcha
- BMV3 Triaje (clasificación) de múltiples víctimas
- BMV4 Triaje (clasificación) de múltiples víctimas involucrando niños

SUMARIO

INSTRUCCIONES SVB PARA UNIDADES DE RESPUESTA INMEDIATA

- URI 1 Normas generales de bioseguridad para las URI
- URI 2 Atribuciones y responsabilidades específicas del conductor de la motocicleta para servicios de prestación de socorro
- URI 3 Carta de señales para desplazamiento de la motocicleta para servicios de prestación de socorro
- URI 4 Reglas específicas de desplazamiento de la URI
- URI 5 Instrucciones iniciales en caso de accidentes con la motocicleta
- URI 6 Reglas generales para desplazamiento de las motocicletas para servicios de prestación de socorro en convoy

LISTA DE SIGLAS

ADVI	Alerta, verbo, dolor, insensibilidad
AESP	Actividad eléctrica sin pulso
AM	Ambulancia
APH	Atención prehospitalaria
ACV	Área de concentración de víctimas
BVM	Bolsa-válvula-mascarilla
CRUE	Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias
DEA	Desfibrilador externo automático
EAP	Edema agudo de pulmón
ECG	Electrocardiograma
EPI	Equipamiento de protección individual
EVC	Enfermedad vascular cerebral
FV	Fibrilación ventricular
HAS	Hipertensión arterial sistémica
IAM	Infarto agudo del miocardio
IM	Intramuscular
IO	Intraósea
IOT	Intubación orotraqueal
IV	Intravenoso
KED	Kendrick Extrication Device (Instrumento de Extricación de Kendrick)
LPM	Latidos por minuto

LR	Lactato de Ringer
MMII	Miembros inferiores
MMSS	Miembros superiores
MV	Murmullo vesicular
OVACE	Obstrucción de vías aéreas por cuerpo extraño
PAS	Presión arterial sistólica
PAD	Presión arterial diastólica
PCR	Paro cardiorrespiratorio
PR	Paro respiratorio
PIC	Presión intracraneana
RCP	Resucitación cardiopulmonar
SAMPLA	Signos vitales, alergias, medicamentos en uso, historial médico, líquidos y alimentos, ambiente.
SatO2	Saturación de oxígeno
SVA	Soporte Vital Avanzado
SVB	Soporte Vital Básico
TAx	Temperatura axilar
TEP	Tromboembolismo pulmonar
TVSP	Taquicardia ventricular sin pulso
TCE	Traumatismo craneoencefálico
TRM	Traumatismo raquímedular
VA	Vías aéreas
3S	Seguridad de la escena. Seguridad del Paciente. Bioseguridad.



INTRODUCCIÓN

En la actualidad, es necesario dar respuesta oportuna a las necesidades de atención médica de urgencias y emergencias de la población dominicana, prioritariamente en el ámbito urbano y rural de escasos recursos económicos. Este hecho evidencia la necesidad de continuar el desarrollo y fortalecimiento de un sistema de atención médica extrahospitalaria, que articule los servicios de urgencia y emergencia de los establecimientos de salud en sus diferentes niveles de resolución.

En la República Dominicana, la atención prehospitalaria se realizaba empíricamente a partir de los grandes desastres y eventos históricos, siendo los primeros indicios de esta atención de modo protocolar durante y después del huracán San Zenón en el año 1930. A mediados de la década de los 60 se comienza la formación del personal con las escuelas de socorrismo de la Cruz Roja Dominicana, luego la Defensa Civil y posteriormente el Cuerpo de Bomberos, hasta que en la década de los 90 comienzan a aparecer las compañías privadas que ofrecen este servicio.

El Ministerio de Salud Pública, como órgano rector, crea en el 1982 la Dirección Nacional de Emergencias y Desastres, luego formalizan la atención extrahospitalaria mediante la Resolución Ministerial 0000021 de julio del 2012, que pone en vigencia el funcionamiento de los Centros Coordinadores de Respuestas a Urgencias y Emergencias (CRUE), en Santo Domingo, Barahona e Higüey, hasta la puesta en vigencia del Sistema Integrado de Emergencias y Seguridad 9.1.1.

Para esto, el Ministerio de Salud ha dado pasos importantes con la incorporación de los CRUE al Sistema de Emergencias y Seguridad Ciudadana 9.1.1, con profesionales que tripulan unidades de soporte vital básico (SVB), de soporte vital avanzado (SVA) y motocicletas para servicios de primera respuesta, habilitadas y disponibles.

Estos profesionales ejercen una labor cotidiana para salvaguardar la vida y salud de la población, debiendo hacer frente a todo tipo de urgencias y emergencias. Lo que constituye un verdadero desafío diario la búsqueda de una oferta de acciones de salud con calidad.

Basado en buena estructuración, una gestión eficiente, educación permanente y herramientas modernas de conducción de las acciones y de apoyo a la toma de decisión, elementos que aseguran una mejor respuesta.



La elaboración de instrucciones clínicas es internacionalmente reconocida como una acción efectiva para la mejoría de los procesos asistenciales y de gestión en salud. Tales instrucciones se concretizan como una importante acción para el mejoramiento de la calidad de la asistencia prestada y con potencial impacto sobre todo el sistema de atención médica extrahospitalaria y sus resultados.

En este momento, en el que se implementan acciones para el fortalecimiento del componente de salud en el Sistema de Emergencias y Seguridad Ciudadana 9.1.1 así como de los CRUE, se presenta el primer conjunto de instrucciones nacionales de atención extrahospitalaria, en las modalidades de soporte vital avanzado (SVA) y soporte vital básico (SVB), emitidos por el Ministerio de Salud en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Abarcan temas relevantes que fueron seleccionados por su impacto en la morbimortalidad, la frecuencia con que son solicitados, o por su importancia para la estructuración de los servicios o la red de atención.

Estas instrucciones fueron construidas a partir de la investigación de experiencias nacionales e internacionales, y su base fundamental está compuesta por la literatura científica más reciente sobre el tema.

La conducción de los trabajos se llevó a cabo por medio de un proceso colaborativo de análisis de las evidencias e intercambio de experiencias, que contó con la presencia de médicos emergenciólogos, médicos generales y enfermeros profesionales que actualmente se desempeñan en el ámbito prehospitalario, así como asesores internacionales con amplia experiencia en el campo. Esos profesionales han trabajado intensamente, reunidos en grupos temáticos, entre septiembre de 2015 y noviembre de 2016 en cuatro talleres presenciales, apoyados por técnicos y especialistas de las áreas de interés del Ministerio de Salud Pública, bajo la coordinación de la Dirección Nacional de Emergencias Médicas. Esta primera edición de las instrucciones se concretiza como un esfuerzo más en la búsqueda del mejor cuidado para los pacientes en situación de urgencia.

La estructura del material impreso permite consultas rápidas, fácil actualización e incorporación de nuevas instrucciones, lo que permitirá el desarrollo rápido de



temas complementarios. Se están realizando esfuerzos para la incorporación de estas instrucciones en el software de regulación del Sistema de Información Médica Extrahospitalaria (SISMED), además de la elaboración de una aplicación para consulta rápida vía celular, con el objetivo de que los profesionales cuenten con mecanismos modernos de apoyo a la toma de decisiones delante de situaciones complejas de su quehacer diario.

Con la ayuda de actividades de educación continua, tales instrucciones auxiliarán no solo en la determinación de una toma de decisión asistencial, sino de flujos asistenciales que van desde la regulación médica hasta la intervención o respuesta, con fuerte impacto en la gestión de los servicios, que favorecen la generación de indicadores, la incorporación de tecnologías y la evaluación de los resultados.

Altagracia Guzmán Marcelino
*Ministra de Salud Pública
y Asistencia Social*



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA

“Año del Desarrollo Agroforestal”

DISPOSICIÓN No. 000007

04-12-17

QUE APRUEBA Y PONE EN VIGENCIA EL MANUAL DE INSTRUCCIONES DE ATENCIÓN EXTRAHOSPITALARIA DEL MINISTERIO DE SALUD.

CONSIDERANDO: Que la salud es un derecho de todo ciudadano y ciudadana y un bien público que como tal debe ser promovido y respetado por el Estado Dominicano, el cual tiene la responsabilidad de preservarla y protegerla, garantizando el acceso a los servicios de salud con calidad y equidad.

CONSIDERANDO: Que el Artículo 8 de la Ley General de Salud No. 42-01 establece que: “La rectoría del Sistema Nacional de Salud, estará a cargo del Ministerio de Salud Pública y sus expresiones territoriales, locales y técnicas. Esta rectoría será entendida como la capacidad política del Ministerio de Salud de máxima autoridad nacional en aspectos de salud para regular la producción social de la salud, dirigir y conducir políticas y acciones sanitarias; concertar intereses movilizar recursos de toda índole; vigilar la salud y coordinar acciones de las diferentes instrucciones públicas, privadas y de otros actores sociales comprometidos con la producción de salud, para el cumplimiento de las políticas nacionales de salud”.

CONSIDERANDO: Que los Ministros de Estado podrán dictar disposiciones y reglamentaciones sobre los servicios a su cargo, de carácter interno; siempre que no colidan con la Constitución, las leyes, los reglamentos o las instrucciones del Poder Ejecutivo.

CONSIDERANDO: Que el Ministerio de Salud es el encargado de aplicar directamente o por medio de sus organismos técnicos las disposiciones de la Ley General de Salud No. 42-01 de fecha 08 de Marzo del año 2001 y sus Reglamentos de aplicación, entre otras disposiciones legales vigentes, en todo el territorio nacional.

CONSIDERANDO: Que el objetivo 2.2.1 de la Estrategia Nacional de Desarrollo (END) prevé el impulso del desarrollo de la red pública de salud y de redes privadas, articuladas por niveles de atención, incluyendo la asistencia pre-hospitalaria y traslado sanitario, que brinden atención integral con calidad y calidez, sustentada en una estrategia de atención primaria en salud a nivel nacional, que tome en cuenta las necesidades de los diversos grupos poblacionales.

CONSIDERANDO: Que la República Dominicana ha visto incrementar de manera progresiva, al igual que el resto del mundo, el número de afectados por la ocurrencia de accidentes, especialmente de tránsito, ocasionando estos, significativas pérdidas de vidas humanas y lesiones múltiples a todos los niveles.

CONSIDERANDO: Que en el Artículo 1 del Decreto No. 17-13 del 14 de enero de 2013 establece que: “Se declara de alto interés nacional el establecimiento de un Sistema Integrado de Emergencias y Seguridad (9-1-1) que posibilite al Estado dominicano, mediante el uso de las

000007

04-12-17

tecnologías de la información y comunicación, dar respuestas efectivas y coordinadas a las urgencias que se les presenten a los ciudadanos y las ciudadanas, a través de los servicios de emergencia establecidos al efecto”.

CONSIDERANDO: Que el Artículo 26 del Decreto No. 187-14 del 14 de junio de 2014 establece las instituciones de respuesta y apoyo están obligadas a atender las situaciones de emergencias, de conformidad con sus protocolos de operación y respetando lo convenido en los acuerdos de compromisos suscritos con el Sistema 9-1-1.

CONSIDERANDO: Lo estipulado en el Reglamento Técnico para la Habilitación de Servicios de Ambulancias Terrestres sobre las documentaciones que deben contener para la atención.

CONSIDERANDO: Lo contemplado en el Artículo 31 del Reglamento de provisión de las redes de los servicios públicos de salud, sobre el transporte sanitario.

VISTA: La Constitución de la República Dominicana proclamada el 26 de enero de 2010.

VISTA: La Ley No. 140-13 que crea el Sistema Nacional de Atención a Emergencias y Seguridad 9-1-1.

VISTA: La Ley No. 247-12 Orgánica de la Administración Pública, del 7 de agosto del 2012.

VISTA: La Ley No. 1-12 de la Estrategia Nacional de Desarrollo, del 12 de enero del 2012.

VISTA: La Ley No. 42-01 General de Salud, del 8 de marzo de 2001 y sus reglamentos de aplicación.

VISTA: La Ley No. 41-08 de Función Pública y crea la Secretaría de Estado de Administración Pública, del 16 de enero de 2008.

VISTO: El Decreto No. 187-14 que dicta el Reglamento de Aplicación de la Ley No. 140-13, que establece el Sistema Nacional de Atención a Emergencias y Seguridad 9-1-1 (Sistema 9-1-1), del 6 de junio de 2014.

VISTO: El Decreto No. 17-13 que declara de alto interés nacional el establecimiento de un Sistema Integrado de Emergencias y Seguridad (9-1-1), para dar respuestas efectivas y coordinadas a las urgencias de los ciudadanos, del 14 de enero de 2013.

VISTO: El Decreto No. 1137-03 que aprueba el Reglamento de provisión de las redes de los servicios públicos de salud, del 23 de diciembre de 2003.

VISTA: La Resolución Ministerial No. 000049 de fecha 06 de diciembre de 2013 que pone en vigencia el Reglamento Técnico para la Habilitación de Servicios de Ambulancias Terrestres MSP/VGC-RT04-13, de julio de 2015.

VISTA: La Resolución Ministerial No. 000025 de fecha 15 de septiembre de 2015 que aprueba la estructura organizativa de transición del MISPAS.

000007

04-12-17

En virtud de las atribuciones que me confiere la Ley General de Salud No. 42-01, se dicta la siguiente:

DISPOSICION

PRIMERO: Se aprueba y pone en vigencia el Manual de Instrucciones para la atención extrahospitalaria, sujeto a la revisión de acuerdo a las necesidades y/o los avances en materia de urgencias y emergencias médicas.

SEGUNDO: El presente manual es de aplicación obligatoria para todo el personal de atención extrahospitalaria de soporte vital básico y avanzado en todo el territorio nacional que participa de la Respuesta a emergencias y urgencias por el Ministerio de Salud y el monitoreo de su implementación queda a cargo de la Dirección de Urgencias y Emergencias Médicas.

SEGUNDO: Se instruye a la Oficina de Acceso a la Información a publicar en el portal web institucional de este Ministerio de Salud el contenido de la presente disposición. La Dirección Jurídica debe remitir copia a los funcionarios que dirijan las dependencias involucradas en el proceso de reorganización dispuesto mediante la misma.

DADA, FIRMADA Y SELLADA en la Ciudad de Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, Capital de la República Dominicana, a los CUATRO (04) días del mes de DICIEMBRE del año dos mil diecisiete (2017).

DRA. ALTAGRACIA GUZMAN MARCELINO



3. MARCO LEGAL

- 3.1 Ley No. 1-12 de la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030, cuya línea de acción 2.2.1.1 establece «Impulsar el desarrollo de la red pública de salud y de redes privadas, articuladas por niveles de atención, incluyendo la asistencia prehospitalaria y traslado sanitario, que brinden atención integral con calidad y calidez, sustentada en una estrategia de atención primaria en salud a nivel nacional, que tome en cuenta las necesidades de los diversos grupos poblacionales».
- 3.2 Ley No. 140-13 que crea el Sistema Nacional de Atención a Emergencias y Seguridad 9.1.1 del cual el MSP forma parte, y que establece el Sistema Nacional de Atención a Emergencias y Seguridad 9.1.1 como número único de contacto a nivel nacional para la recepción de reportes de emergencias, tramitación y atención de estas.
- 3.3 Ley No. 123-15 que crea el Servicio Nacional de Salud y que establece en su numeral 10 como parte de las atribuciones de la Dirección Central del Servicio Nacional de Salud: asegurar que los Servicios Regionales de Salud mantengan actualizadas las necesidades de atención de salud de su población asignada, en estrecha coordinación y bajo las normativas definidas por el Ministerio de Salud Pública, en sus órganos centrales y desconcentrados, con miras a establecer estrategias operativas de intervención, en el marco del cumplimiento de los convenios de gestión.
- 3.4 Decreto No. 17-13 del 14 de enero de 2013, que declara de alto interés nacional el establecimiento de un Sistema Integrado de Emergencias y Seguridad (9.1.1), para dar respuestas efectivas y coordinadas a las urgencias de los ciudadanos.
- 3.5 Decreto No. 187-14 que dicta el Reglamento de Aplicación de la Ley No. 140-13, que establece el Sistema Nacional de Atención a Emergencias y Seguridad 9.1.1, del 6 de junio de 2014.
- 3.6 Decreto No. 379-14, Art. 5, que establece como ámbito de competencia del sistema 9.1.1 la recepción de solicitudes de atención a emergencias.
- 3.7 Reglamento Técnico para la Habilitación de Servicios de Ambulancias Terrestres MSP/VGC-RT04-13, que señala la documentación que deben tener dentro las unidades de ambulancias de transporte terrestre.



4. DEFINICIONES

Algoritmo: término matemático empleado en medicina para describir un camino lógico en el diagnóstico o tratamiento de una condición. Suelen representarse de forma gráfica.

Ambulancia terrestre: es el vehículo de emergencia con prioridad vial, acondicionado exclusivamente para el transporte de pacientes, bajo los cuidados de un personal entrenado y certificado para prestar los servicios de salud, que cumplen con los estándares de habilitación del Ministerio de Salud Pública, apoyado por los recursos tecnológicos destinados para dicho objetivo.

Atención extrahospitalaria: servicio operacional y de coordinación para los problemas médicos de emergencia y urgencia que comprende todos los servicios de asistencia prehospitalaria e interhospitalaria.

Atención interhospitalaria: se define como el conjunto de acciones que se realizan en un paciente desde un centro de salud de origen hasta un centro de salud de destino.

Atención prehospitalaria (APH): se define como el conjunto de acciones que se inician con la asistencia del paciente en el lugar del evento, durante el traslado y hasta el centro de atención hospitalaria.

Central de Regulación: centro que regula la atención al usuario vía telefónica, donde se brinda asistencia, asignación y gestión de recursos según necesidad.

Centro Coordinador de Respuesta a Urgencias y Emergencias (CRUE): es el encargado de los transportes interhospitalarios y extrahospitalarios, en lugares donde el sistema 9.1.1 no existe.

Evaluación primaria: procedimiento desarrollado en los pacientes para identificar y tratar lesiones que amenazan inmediatamente la vida.

Evaluación secundaria: procedimiento sistemático y más detallado, desarrollado para identificar lesiones que no necesariamente sean amenazas inmediatas para la vida de los pacientes o lesiones que no son reconocidas en la evaluación primaria. Esta evaluación incluye la toma y registro de los signos vitales.

Personal de ambulancia: es el personal sanitario que participa en el traslado y la atención de los pacientes en las ambulancias. Este personal debe tener entrenamiento específico para desarrollar procesos asistenciales en la vía pública, en el hogar o en los lugares de trabajo, y lo realiza bajo condiciones controladas o en condiciones de alto riesgo, tanto para el paciente como para dicho personal.



Preposición: lugar que se considera como estratégico, que se toma como referencia para la colocación de unidades de respuesta, de donde son despachadas para la asistencia de los eventos.

Puesto médico avanzado: es el lugar o espacio físico para el triaje y el tratamiento médico, libre de peligros y ubicado en el área de socorro en caso de incidentes de múltiples víctimas.

Regulación médica: conjunto de asistencias y orientaciones, dadas a usuarios y tripulación de las unidades, por un personal médico vía telefónica desde un centro de regulación.

Soporte vital avanzado (SVA): intervención de mayor complejidad que la del soporte vital básico, que brinda un proveedor acreditado que incluye el uso de medicamentos o equipos médicos para tales fines en un paciente con una condición de salud que amenaza la vida.

Soporte vital básico (SVB): intervención que brinda un proveedor acreditado en un paciente con una condición de salud que amenaza la vida.

Triaje: protocolo de intervención dinámico, que permite la selección y clasificación de pacientes evaluando las prioridades de atención, privilegiando la posibilidad de supervivencia.

Técnico de transporte sanitario (TTS): persona responsable del transporte de los pacientes; capacitado en atención extrahospitalaria, por lo que actúa como un miembro más del equipo en la asistencia de los pacientes. Debe apoyar, asistir y ejecutar todas las Instrucciones que se le deleguen, por lo que debe poseer los conocimientos básicos de asistencia extrahospitalaria.

Unidad de salud de destino o Centro de referencia: institución de salud que recibe al paciente, el cual cuenta con los requerimientos necesarios para la intervención.

Unidad de respuesta: son los diferentes vehículos de emergencia destinados para la asistencia de eventos.

Unidad de respuesta inmediata (URI): es la que permite brindar la primera asistencia de tipo soporte vital básico, de forma rápida y en lugares de difícil acceso.



5. OBJETO

Dotar al personal de atención extrahospitalaria de un documento contentivo de las instrucciones para brindar los servicios de emergencias y urgencias en unidades de Soporte Vital Básico y Avanzado del Ministerio de Salud.

5.1 Objetivo General

Proporcionar a los proveedores de servicios de Soporte Vital Básico y Avanzado una herramienta que estandarice su actuación en la atención extrahospitalaria.

5.2 Objetivos Específicos

5.2.1 Describir por tipo de incidentes las instrucciones que debe seguir el personal de atención extrahospitalaria de soporte vital básico al momento de evaluar y tratar a la población que demande el servicio de emergencias y urgencias brindado por el Ministerio de Salud.

5.2.2 Describir por tipo de incidentes las instrucciones que debe seguir el personal de atención extrahospitalaria de soporte vital avanzado al momento de evaluar y tratar a la población que demande el servicio de emergencias y urgencias brindado por el Ministerio de Salud.

6. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente manual es de aplicación obligatoria para todo el personal de atención extrahospitalaria de soporte vital básico y avanzado en todo el territorio nacional que participa de la respuesta a emergencias y urgencias por el Ministerio de Salud.

El Ministerio de Salud, a través de la Dirección de Urgencias y Emergencias Médicas, es responsable de su aplicación y supervisión.

CÓMO USAR EL MANUAL

Para los fines de estas instrucciones de soporte vital básico, se ha utilizado un código alfanumérico para identificar cada instrucción, que contendrá la B de soporte vital básico (a excepción de las instrucciones especiales [PE] y de las correspondientes a las unidades de respuesta inmediata [URI]), seguida por el tipo de emergencia y por un número ascendente que permitirá la incorporación de nuevas instrucciones según sea necesario, o actualizar de manera independiente la instrucción según corresponda. Los códigos son los siguientes:

CÓDIGO	TIPO DE INSTRUCCIÓN
BC	Instrucciones de soporte vital básico en emergencias clínicas
BT	Instrucciones de soporte vital básico en emergencias traumáticas
BP	Instrucciones generales en soporte vital básico
PE	Instrucciones especiales en soporte vital básico
BGO	Instrucciones de soporte vital básico en ginecología y obstetricia
BPed	Instrucciones de soporte vital básico en pediatría
BTox	Instrucciones de soporte vital básico en intoxicaciones y productos peligrosos
BMV	Instrucciones de soporte vital básico en incidentes con múltiples víctimas
URI	Instrucciones de soporte vital básico para unidades de respuesta inmediata

Las letras son seguidas de un número ascendente que corresponderá a cada caso específico. Ejemplos:

BC1	Evaluación primaria del paciente
BC2	Evaluación secundaria del paciente
BC3	Obstrucción de las vías aéreas por cuerpos extraños OVACE
BT1	Evaluación primaria del paciente con sospecha de trauma o en situación ignorada
BT2	Evaluación secundaria del paciente con sospecha de trauma o en situación ignorada
BT3	Evaluación de la cinemática del trauma (patrón básico de lesiones)
BT4	Trauma craneoencefálico



Para facilitar el uso del manual, cada página tiene en la esquina superior derecha (en el caso de las páginas impares) o izquierda (en el caso de las páginas pares), el código alfanumérico correspondiente.

En relación con la estructura del documento, cada instrucción consta de lo siguiente:

Código alfanumérico	Letra y número por el que se identificará cada instrucción.
Nombre de la instrucción	Corresponde a cada situación de salud a ser abordada.
Cuándo sospechar o criterios de inclusión	Signos, síntomas y situaciones a ser tomados en cuenta para la toma de decisiones.
Conducta	Pasos y acciones a seguir para la atención del paciente y actuación del personal de respuesta en la escena.
Observaciones	Instrucciones complementarias para mejor desempeño del personal de respuesta y atención al paciente en la escena.
Fecha de elaboración de la instrucción	Mes y año en que se aprobó la instrucción.

Este manual será para uso interno del personal de la Dirección de Emergencias Médicas del Ministerio de Salud Pública. Serán revisadas y actualizadas periódicamente y complementadas con nuevas situaciones que se presenten.

Del mismo modo, será una herramienta para los procesos de formación y educación continua del personal involucrado en la atención a emergencias médicas extrahospitalarias.

INSTRUCCIONES
SVB EMERGENCIAS
CLÍNICAS

BC



BC1

BC1 - EVALUACIÓN PRIMARIA DEL PACIENTE

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

En todo abordaje de pacientes con padecimiento clínico.

Conducta:

1. Evaluar la respuesta (llamar al paciente) y la expansión torácica:
 - Si no hay respuesta y si no hay movimientos respiratorios, verificar el pulso central:
 - Si el pulso está ausente, iniciar Instrucción BC5 (PCR).
 - Si el pulso está presente, abrir VA con maniobras manuales (hiperextensión de la cabeza y elevación del mentón) e iniciar soporte ventilatorio, Instrucción BC4 (paro respiratorio).
 - Si no hay respuesta con movimientos respiratorios: garantizar la permeabilidad de la vía aérea y realizar soporte ventilatorio.
 - Si hay respuesta, proseguir evaluación.
2. Evaluar permeabilidad de la vía aérea (VA) y corregir situaciones de riesgo como hiperextensión de la cabeza y elevación del mentón, cánula orofaríngea, aspiración y retirada de prótesis, si es necesario.
3. Evaluar ventilación:
 - patrón ventilatorio;
 - simetría torácica;
 - frecuencia respiratoria; y
 - realizar la administración de O₂.
4. Evaluar el estado circulatorio:
 - presencia de hemorragias externas de naturaleza no traumática;
 - los pulsos periféricos o centrales: frecuencia, ritmo, amplitud, simetría;
 - tiempo de llenado capilar; y
 - piel: coloración y temperatura.

- En la presencia de sangrado activo, realizar compresión directa, si es posible.
5. Evaluar el estado neurológico:
- escala de coma de Glasgow; y
 - evaluación pupilar: foto-reactividad y simetría.

OBSERVACIÓN:

- Realizar las tres «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- El objetivo principal de la evaluación primaria es identificar y corregir situaciones de riesgo inmediato de muerte. Se considera crítico todo paciente que presenta alteraciones significativas en cualquier etapa de la evaluación.
- Si el paciente es considerado crítico, el tiempo de permanencia en la escena debe ser el más breve posible.
- Para llevar a cabo la permeabilidad de la VA, realizar maniobras manuales y usar dispositivos de apertura de la vía aérea.
- Repetir la evaluación primaria durante el transporte.



BC2

BC2 - EVALUACIÓN SECUNDARIA DEL PACIENTE

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

En todo abordaje de pacientes con enfermedad clínica, después de la realización de la Evaluación Primaria y de las intervenciones específicas de esa fase de atención.

Conducta:

1. Realizar entrevista SAMPLA (con el paciente, familiares o terceros):

- nombre y edad;
- queja principal;

S: verificación de los signos vitales:

- respiración (frecuencia, ritmo y amplitud);
- pulso (frecuencia, ritmo y amplitud);
- presión arterial; y
- piel (temperatura, color, turgencia y humedad).

A: historia de alergias;

M: medicamentos en uso y/o tratamientos en curso;

P: pasado médico (historia médica) – problemas de salud o enfermedad previa;

L: horario de la última ingesta de líquidos o alimentos; y

A: ambiente del evento.

2. Realizar la evaluación complementaria:

- instalar la oximetría de pulso, si está disponible; y
- medir glicemia capilar, si está disponible.

3. Realizar el examen de la cabeza a los pies:

CABEZA Y CARA:

- inspeccionar y palpar el cuero cabelludo, orejas, huesos de la cara, ojos, pupilas (verificar diámetro, reacción a la luz y simetría pupilar), nariz, boca; y
- observar alteraciones en la coloración y temperatura de la piel.

CUELLO:

- evaluar región anterior y posterior; y
- evaluar, en especial, si hay distensión de las venas yugulares.

TÓRAX:

- observar, en especial, si hay uso de musculatura accesoria, tiraje intercostal y de clavícula, movimientos asimétricos.

ABDOMEN:

- observar abdomen distendido.

MIEMBROS SUPERIORES:

- observar, en especial, la palpación de pulsos distales y perfusión de los miembros; y
- evaluar la fuerza motora, solicitando que el paciente apriete la mano del profesional y/o eleve un brazo cada vez, para descartar así cualquier lesión potencial.

MIEMBROS INFERIORES:

- observar, en especial, la palpación de pulsos distales y perfusión de los miembros (llenado capilar); y
- evaluar la fuerza motora, solicitando que el paciente mueva los pies y/o eleve una pierna cada vez, para descartar así cualquier lesión potencial.

OBSERVACIONES:

- Realizar las 3 «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- La evaluación secundaria es importante; sin embargo, no es obligatoria, principalmente en los pacientes críticos o si su realización implica retraso en el transporte.
- El objetivo específico de la evaluación secundaria es localizar alteraciones en el color de la piel o mucosas, asimetrías morfológicas, inestabilidades hemodinámicas, ruidos anómalos emitidos por el paciente, alteraciones de motricidad y sensibilidad.
- Registrar detalladamente los hallazgos de la evaluación secundaria.



BC3

BC3 – OVACE - OBSTRUCCIÓN DE LAS VÍAS AÉREAS POR CUERPOS EXTRAÑOS

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

Episodio testificado (o referido) de sensación de ahogo con tos y/o señales de sofocación.

Conducta:

1. Evaluar la severidad:

- Obstrucción leve: paciente capaz de responder que se está ahogando. Consigue toser, hablar y respirar.
- Obstrucción grave: paciente consciente y que no consigue hablar. Puede no respirar o presentar respiración ruidosa, tos silenciosa y/o inconsciencia.

2. Realizar abordaje específico.

- Obstrucción leve en pacientes con capacidad de respuesta:
 - no realizar maniobras de desobstrucción (no interferir);
 - calmar al paciente;
 - fomentar la tos vigorosa;
 - monitorear y dar soporte de O₂, si es necesario;
 - observar cuidadosa y constantemente; y
 - si evoluciona para obstrucción grave: ver ítem obstrucción grave.
- Obstrucción grave en paciente con capacidad de respuesta - realizar la maniobra de Heimlich:
 - colóquese detrás del paciente con sus brazos a la altura de la cresta ilíaca;
 - colocar una de las manos cerradas, con la cara del pulgar presionando la pared abdominal, entre el apéndice xifoides y la cicatriz umbilical;
 - con la otra mano abierta sobre la primera, comprimir el abdomen con movimientos rápidos, dirigidos hacia adentro y hacia arriba (en J); y
 - repetir esta maniobra hasta la desobstrucción o hasta que el paciente se torna incapaz de responder.

Observación: en pacientes obesos y en las mujeres embarazadas en el último trimestre, realizar compresiones sobre el esternón (línea intermamilar) y no sobre el abdomen.

- Obstrucción grave en paciente incapaz de responder:
 - colocar el paciente en decúbito dorsal sobre una superficie dura;
 - ante la falta de respuesta y ausencia de respiración con pulso, realizar compresiones torácicas con el fin de remover el cuerpo extraño;
 - abrir las vías aéreas, visualizar la cavidad oral y remover el cuerpo extraño, si está visible y alcanzable (con dedos o pinzas);
 - si no se ha encontrado algo, realizar una insuflación y si el aire no pasa o el tórax no se expande, cambiar la posición de la cabeza e insuflar de nuevo; y
 - realizar el transporte inmediato, manteniendo las maniobras básicas de desobstrucción.
3. Estar atento a la eventualidad de PR (Instrucción BC4) o PCR (Instrucción BC5).
 4. Hacer contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de forma sistematizada.
 5. Aguardar orientación de la Regulación Médica para instrucciones y/o transporte para la unidad de salud.

OBSERVACIÓN:

- Realizar las 3 «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).



BC4

BC4 – PARO RESPIRATORIO EN EL ADULTO

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

Paciente incapaz de responder al estímulo, con respiración agónica o ausente, con pulso central palpable.

Conducta:

1. Comprobar la capacidad de respuesta (tocar los hombros y llamar al paciente en voz alta) y chequear la presencia de respiración.
2. Si no hay respuesta, y la respiración está ausente o hay jadeo (*gaspings*), colocar el paciente en decúbito dorsal sobre superficie plana, rígida y seca.
3. Solicitar ayuda (DEA).
4. Chequear pulso central (carotideo) en 10 segundos.
 - Si el pulso está presente:
 - abrir vía aérea y aplicar 1 insuflación con bolsa-válvula-mascarilla;
 - la insuflación de buena calidad debe ser de 1 segundo y obtener visible elevación del tórax; realizar la elección de la maniobra manual según la presencia de trauma;
 - instalar precozmente suministro de O₂, alto flujo (10 a 15 L/min) en la bolsa-válvula-mascarilla;
 - realizar la instalación de la cánula orofaríngea (COF);
 - en la persistencia del PR, realizar 1 insuflación de buena calidad cada 5 a 6 segundos (10 a 12/min);
 - verificar la presencia de pulso cada 2 minutos. En la ausencia de pulso, iniciar RCP con compresiones torácicas eficientes y seguir Instrucción BC5; y
 - mantener atención en la ocurrencia de PCR (Instrucción BC5).
 - Si el pulso está ausente:
 - iniciar RCP con compresiones torácicas eficientes y seguir Instrucción BC5.
5. Realizar contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de forma sistematizada.

-
6. Aguardar orientación de la Regulación Médica para instrucciones y/o transporte para la unidad de salud.

OBSERVACIONES:

- Realizar las 3 «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- Mantener la reanimación ventilatoria ininterrumpidamente hasta que llegue el apoyo, llegar al hospital, o que el paciente presente ventilación espontánea (respiración, tos y/o movimiento).



BC5

BC5 – PCR Y RCP EN ADULTOS - DIRECTRICES AHA 2015

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

Paciente inconsciente, con respiración ausente o con jadeo (*gasping*), sin pulso central palpable.

Conducta:

1. Comprobar la capacidad de respuesta (tocar los hombros y llamar al paciente en voz alta).
2. Si no hay respuesta:
 - Profesional 1: comunicar inmediatamente a la Regulación Médica para solicitar apoyo de Soporte Vital Avanzado (SVA), proveer desfibrilador externo automático (DEA) y los equipamientos de emergencia.
 - Profesional 2: verificar la respiración y el pulso simultáneamente. Atención: chequear pulso central (carotideo) hasta 10 segundos.
3. Colocar el paciente en decúbito dorsal sobre superficie plana, rígida y seca.
4. Si la respiración está ausente o es jadeante (*gasping*) y:
 - pulso PRESENTE: abrir vía aérea y aplicar una insuflación cada 5 a 6 segundos (10 a 12/min) y verificar la presencia de pulso cada 2 minutos; siga la Instrucción BC4 (paro respiratorio);
 - pulso AUSENTE: informar inmediatamente a la Central de Regulación Médica, solicitando apoyo (si aún no lo ha hecho) e iniciar resucitación cardiopulmonar (RCP).
5. Iniciar RCP por las compresiones torácicas, manteniendo los ciclos de:
 - 30 compresiones eficientes (en la frecuencia de 100 a 120/min, deprimiendo el tórax de 5 a 6 cm con retorno completo);
 - dos insuflaciones eficientes (de 1 segundo cada una y con visible elevación del tórax), con la bolsa-válvula-mascarilla con reservorio y oxígeno adicional.
6. Una vez que el desfibrilador externo automático (DEA) está disponible:
 - instalar los electrodos de adulto del DEA en el tórax desnudo y seco del paciente sin interrumpir las compresiones torácicas;
 - conectar el aparato, e interrumpir las compresiones torácicas solamente cuando el equipamiento solicite análisis;

- seguir las orientaciones del aparato en cuanto a la indicación de *shock*.
7. Si el *shock* es indicado:
 - solicitar que todos se alejen del contacto con el paciente;
 - disparar el *shock* cuando sea indicado por el DEA; y
 - reiniciar inmediatamente la RCP después del *shock*, comenzando por las compresiones torácicas, por 2 minutos.
 8. Después de 2 minutos de compresiones e insuflaciones eficientes, chequear nuevamente el ritmo con el DEA:
 - Si el *shock* es indicado, siga las orientaciones del equipamiento. Reinicie inmediatamente la RCP con ciclos de 30 compresiones para dos insuflaciones.
 - Si el *shock* no es indicado, chequear pulso carotideo y, si el pulso está ausente, reiniciar inmediatamente la RCP con ciclos de 30 compresiones para dos insuflaciones.
 9. Chequear nuevamente el ritmo después de 2 minutos (considerar posibilidades del ítem 8).
 10. Mantener los ciclos de RCP y evaluación del ritmo hasta:
 - la llegada del SVA;
 - la llegada al hospital; o
 - la víctima presente signos de circulación (respiración, tos y/o movimiento).
 11. Si hay retorno a la circulación espontánea, seguir instrucción de cuidados post-RCP (BC7).
 12. En la ausencia de retorno a circulación espontánea u otras condiciones de riesgo, realizar Instrucción de Interrupción de la RCP (BC8).
 13. Hacer contacto con la Regulación Médica para la definición de referimiento y/o la unidad de salud de destino.
 14. Registrar hallazgos e instrucciones en el formulario de eventos.



OBSERVACIONES:

- Realizar las tres «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- Compresiones torácicas eficientes y de buena calidad comprenden:
 - manos entrelazadas;
 - deprimir el tórax por lo menos 5 cm (sin exceder 6 cm) y permitir el retorno completo entre las compresiones;
 - mantener la frecuencia de las compresiones en 100 a 120/minuto;
 - alternar los profesionales que aplican las compresiones cada 2 minutos; y
 - reducir al mínimo las interrupciones de las compresiones.
- Insuflaciones eficaces y de buena calidad comprenden:
 - insuflación de 1 segundo cada una;
 - visible elevación del tórax.
- Utilizar el DEA en cuanto esté disponible, manteniendo las maniobras de reanimación hasta la efectiva instalación y disponibilidad del equipamiento.
- No interrumpir las maniobras de RCP.



BC6

BC6 – INTERRUPCIÓN DE LA RCP

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

- RCP en marcha sin indicación de *shock* por el DEA acompañada de agotamiento del equipo y después de autorización del médico regulador (condición obligatoria).
- RCP en marcha cuando las condiciones ambientales se tornan inseguras y/o muy insalubres.
- RCP en marcha cuando las condiciones de seguridad personal en la escena se tornan comprometidas.

Conducta:

1. En la condición de agotamiento del equipo:
 - Realizar contacto con la Central de Regulación Médica antes de tomar la decisión de interrumpir la RCP, para informar los motivos y recibir orientaciones/definición del referimiento y/o unidad de salud de destino.
2. En la condición de riesgos para el equipo por escena o ambientes inseguros:
 - Si es posible y sin ofrecer mayores riesgos para el equipo: remover el paciente para un lugar más seguro, a la mayor brevedad posible, y continuar con las maniobras de RCP.
 - Si no fuera posible, remover el paciente y realizar contacto con la Central de Regulación Médica, lo antes posible, para informar los motivos que llevaron a la interrupción de la RCP y recibir orientaciones/definición del referimiento y/o unidad de destino.
3. Siempre que sea posible, orientar a los familiares en cuanto a las instrucciones que serán adoptados.

OBSERVACIÓN:

- Realizar las tres «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- Los esfuerzos de resucitación cardiopulmonar deben ser mantenidos mientras se presenta ritmo desfibrilable (*shockable*, ritmo adecuado para *shock*) por el DEA.
- No hay parámetro de tiempo de RCP para la toma de decisión sobre la interrupción de los esfuerzos.
- Los esfuerzos de RCP deben ser más prolongados en pacientes que presentan hipotermia, sobredosis de drogas u otras causas potencialmente reversibles de PCR y en pacientes de ahogamiento.



BC7

BC7 – CUIDADOS POST-RCP EN EL ADULTO

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

Paciente con retorno de la circulación espontánea después de maniobras de resucitación cardiopulmonar (RCP).

Conducta:

1. Mantener los electrodos del DEA instalados en el tórax del paciente.
2. Optimizar la ventilación y oxigenación, con énfasis en:
 - mantener la permeabilidad de la vía aérea;
 - mantener la saturación de oxígeno $\geq 94\%$;
 - no hiperventilar.
3. Evaluar los signos vitales.
4. Realizar un ECG de segunda opinión/telecardio.
5. Controlar la glicemia.
6. Mantener atención en la recurrencia de PCR y la necesidad de reiniciar RCP.
7. Preparar para el transporte.
8. Hacer contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de forma sistematizada.
9. Aguardar orientación de la Regulación Médica para instrucciones y/o transporte para la unidad de salud.

OBSERVACIONES:

- Realizar las tres «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).



BC8

BC8 – DECISIÓN DE NO RESUCITACIÓN

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

- Signos de muerte evidente.
- Riesgo evidente de lesión o de peligro para el personal (escena insegura).
- Orden anticipada de no reanimación.

Conducta:

1. No iniciar las maniobras de RCP.
2. Informar el evento a la Central de Regulación Médica.
3. En las situaciones de riesgo para el personal, observar las consideraciones de la Instrucción PE1.
4. Hacer contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de forma sistematizada.
5. Aguardar orientación de la Regulación Médica para instrucciones y/o transporte para la unidad de salud.

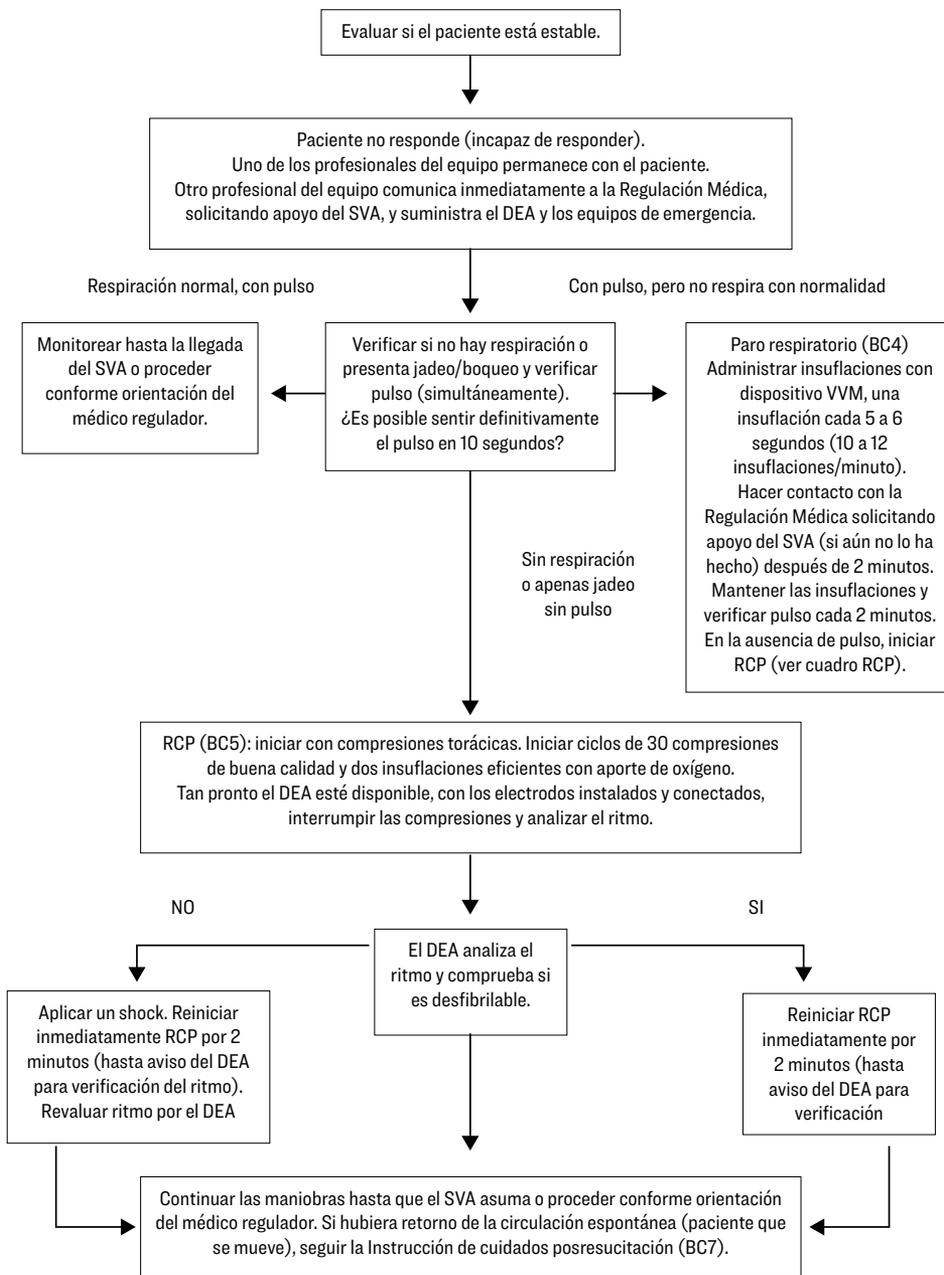
OBSERVACIONES:

- Realizar las tres «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- Signos de muerte evidente: *rigor mortis*, lividez de hipóstasis, decapitación, carbonización, segmentación del tronco.
- Presencia de orden anticipada de no reanimación: manifestación del paciente mayor de 18 años o emancipado, en pleno goce de sus facultades mentales, escritura en prontuario médico o documento registrado ante notario – los familiares no pueden contestar.
- Después de constatación de la muerte por el médico en el lugar, orientar a la familia sobre los procedimientos formales y legales.



BC9

BC9 – ALGORITMO GENERAL DE RCP EN EL ADULTO - (DIRECTRICES AHA2015)



Fuente del gráfico: Algoritmo General de RCP en el adulto (Directrices AHA2015): Adaptado de AHA 2015. Parte 5. Soporte Vital Básico de Adulto y Calidad de Resucitación Cardiopulmonar. Circulación 2015; 132:132: S414-S435.

ELABORACIÓN
Septiembre 2016

BC9 – ALGORITMO GENERAL DE RCP EN EL ADULTO - (DIRECTRICES AHA2015)

Esta instrucción fue pausada por las más recientes evidencias disponibles. Adaptaciones son permitidas de acuerdo con las particularidades de los servicios.



BC10

BC10 – INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN EL ADULTO

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

- Paciente con dificultad respiratoria o alteración de ritmo y/o frecuencia ventilatoria de inicio súbito y de gravedad variable.
- Signos y síntomas de gravedad:
 - alteración del nivel de conciencia (agitación, confusión, somnolencia, inconsciencia);
 - cianosis;
 - uso de musculatura accesoria, retracciones subcostales y/o de clavícula;
 - dificultad en el habla (frases cortas y monosilábicas);
 - alteración en la frecuencia cardíaca (bradicardia o taquicardia [>140 lpm]);
e
 - hipoxemia ($\text{SatO}_2 < 90$).

Conducta:

1. Realizar evaluación primaria (Instrucción BC1), con énfasis en:
 - evaluar el nivel de conciencia;
 - mantener el paciente en decúbito elevado, en grados variables, en consonancia con la intensidad del malestar respiratorio; y
 - considerar la posibilidad de OVACE (Instrucción BC3).
2. Realizar evaluación secundaria (Instrucción BC2) con énfasis en:
 - evaluar el patrón respiratorio (frecuencia, amplitud y asimetría) y ruidos respiratorios;
 - evaluar oximetría; y
 - realizar entrevista SAMPLA.
3. Suministrar O_2 suplementario por mascarilla no reinhalante, 10 a 15 L/min si la $\text{SatO}_2 < 94$ %.
4. Estar atento a la posibilidad de paro respiratorio (Instrucción BC4) o PCR (Instrucción BC5).

-
5. Realizar contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de forma sistematizada.
 6. Aguardar orientación de la Regulación Médica para instrucciones y/o transporte para unidad de salud.

OBSERVACIONES:

- Realizar las tres «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).



BC11

BC11 – SHOCK

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

Reconocimiento de los signos y síntomas.

Temperatura de la piel	:	Fría, húmeda, pegajosa
Coloración de la piel	:	Pálida o cianótica
Presión arterial	:	Disminuida (PAS < 90 mmHg)
Nivel de conciencia	:	Alterado
Llenado capilar	:	> 2 s
Frecuencia cardíaca	:	Aumentada (> 100 lpm)
Frecuencia respiratoria	:	Alterada (< 8 o 28 > mrm)

Conducta:

1. Realizar evaluación primaria (Instrucción BC1), con énfasis en:
 - evaluar capacidad de respuesta;
 - mantener vía aérea permeable;
 - estabilizar columna cervical si sospecha de trauma;
 - suministrar O₂ bajo mascarilla no reinhalante 10 a 15 L/min si SatO₂ < 94 %; e
 - identificar y controlar sangrados, si es pertinente (realizar compresión, torniquete, inmovilización de pelvis y miembros, si es necesario).
2. Realizar evaluación secundaria (Instrucción BC2) con énfasis en:
 - redactar historia SAMPLA;
 - monitorear oximetría de pulso y signos vitales; y
 - realizar la prevención de hipotermia: mantener temperatura adecuada de la ambulancia, remover ropas mojadas y usar manta térmica o cobertor.
3. Realizar contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de forma sistematizada.

-
4. Aguardar orientación de la Regulación Médica para instrucciones y/o transporte para la unidad de salud.

OBSERVACIONES:

- Realizar las 3 «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- En la APH, la conducta más segura delante de un paciente traumatizado en *shock* es considerar la causa del *shock* como hemorrágica, hasta prueba en contrario



BC12

BC12 – DOLOR TORÁCICO NO TRAUMÁTICO

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

- Dolor prolongado, localizado en las regiones retroesternal, epigástrica, abdominal alta o precordial, con irradiación para dorso, cuello, hombro, mandíbula y miembros superiores, principalmente el izquierdo.
- Características del dolor: opresivo, «en aprieto», continuo, con duración de varios minutos, pudiendo estar acompañado de náuseas y vómitos, transpiración fría, disnea, sensación de muerte inminente, ansiedad, desencadenado por estrés emocional o esfuerzo físico, pudiendo también surgir en reposo, durante el sueño o durante el ejercicio leve.

Conducta:

1. Realizar evaluación primaria (Instrucción BC1), con énfasis en:
 - Mantener el paciente con cabecera elevada en torno a 45° y tranquilizarlo.
2. Realizar evaluación secundaria (Instrucción BC2), con énfasis en:
 - monitorear signos vitales y oximetría de pulso; y
 - entrevista SAMPLA y caracterización del dolor (calidad, localización, irradiación).
3. Suministrar O₂ por mascarilla no reinhalante 10 a 15 L/min si SatO₂ < 95 %.
4. Realizar contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de forma sistematizada.
5. Aguardar la orientación de la Regulación Médica para instrucciones y/o transporte para la unidad de salud.

OBSERVACIONES:

- Realizar las 3 «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- Estar preparado para realizar RCP (Instrucción BC5) y desfibrilación, si es necesario.
- Disminuir el estrés del transporte: velocidad moderada, evitar el uso de sirenas -si es posible-, y orientar al paciente sobre su cuadro.



BC13

BC13 – ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL – EVC

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

- Inicio súbito de déficits neurológicos focales, especialmente de un lado del cuerpo:
 - paresia, parálisis o pérdida de expresión facial y/o desvío de la comisura labial; y
 - paresia, plejia y/o parestesia.
- Disturbios del habla.
- Alteración de la conciencia: de confusión a completa falta de respuesta.
- Ocurrencia de crisis convulsiva (primer episodio) sin historia previa de trauma o episodio anterior.
- Cefalea súbita e intensa sin causa conocida.
- Alteración visual súbita (parcial o completa).
- Vértigo o pérdida del equilibrio o de la coordinación motora.
- Dificultad súbita para deambular.

Conducta:

1. Realizar evaluación primaria (Instrucción BC1), con énfasis en:
 - mantener la permeabilidad de las vías aéreas y la ventilación adecuada;
 - evaluar estado neurológico: escala de Cincinnati, escala de coma de Glasgow, reacción pupilar;
 - mantener decúbito elevado; y
 - mantener decúbito lateral en caso de paciente inconsciente y aspirar orofaringe, si es necesario.
2. Realizar evaluación secundaria (Instrucción BC2), con énfasis en:
 - medir la temperatura corporal;
 - monitorear PA y oximetría de pulso;
 - medir la glicemia capilar;

- realizar entrevista SAMPLA; y
 - determinar la hora del inicio de los signos y síntomas.
3. Suministrar O₂ bajo máscara no reinhalante, 10 a 15 L/min si SatO₂ < 94 %.
 4. Realizar contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de forma sistematizada.
 5. Aguardar orientación de la Regulación Médica para instrucciones y/o transporte para la unidad de salud.

OBSERVACIONES:

- Realizar las 3 «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- Escala prehospitalaria de AVC de Cincinnati: la presencia de anomalía en uno de los parámetros evaluados lleva a 72 % de probabilidad de ocurrencia de un AVC. En la presencia de anomalía en los 3 parámetros, la probabilidad es superior a 85 %.
- La determinación del inicio de los síntomas y signos puede ser referida por el paciente (si este está orientado y coherente) o por el acompañante. El horario del inicio de los síntomas es el último momento que el paciente fue visto sin signos y síntomas neurológicos. En el caso de que el inicio de los síntomas sea observado al despertar, será considerado el último momento en que el paciente fue visto sin síntomas, antes de dormir.
- En la crisis convulsiva solo hay sospecha de AVC si el paciente tiene señal focal antes o tras la crisis, de lo contrario la instrucción a ser seguida es la de crisis convulsiva.



BC14

BC14 – INCONSCIENCIA

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

Ausencia de alerta/respuesta después de estímulos externos (verbales, táctiles y/o dolorosos).

Conducta:

1. Realizar la evaluación primaria, con énfasis en:
 - evaluar respuesta/comprobar la inconsciencia;
 - observar expansibilidad torácica y chequear pulso carotídeo o femoral; si no fueran observados movimientos respiratorios ni pulso, iniciar RCP (Instrucción BC5); y
 - en la ausencia de movimientos respiratorios y pulso presente, considerar obstrucción de vías aéreas (Instrucción BC3).
2. En la presencia de movimientos respiratorios y pulso, proseguir la evaluación primaria, con énfasis en:
 - mantener la permeabilidad de la vía aérea y ventilación adecuada;
 - suministrar O₂ bajo mascarilla no reinhalante 10 a 15 L/min si SatO₂ < 94 %; y
 - realizar la escala de coma de Glasgow y la evaluación de las pupilas.
3. Realizar evaluación secundaria, con énfasis en:
 - realizar la entrevista SAMPLA;
 - monitorear signos vitales y oximetría; y
 - medir la glicemia capilar.
4. Realizar contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de forma sistematizada.
5. Aguardar orientación de la Regulación Médica para instrucciones y/o transporte para la unidad de salud.

OBSERVACIONES:

- Realizar las 3 «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- Conceptualmente, la inconsciencia es el estado de desconocimiento de sí mismo y del ambiente (contenido de conciencia), caracterizado por la ausencia de alerta/respuesta después de estímulos externos (grado de alerta).
- Heridas en labios y/o lengua y presencia de liberación de esfínteres pueden sugerir estado posconvulsivo.
- Obtener informaciones de acompañantes u otros testigos.



BC15

BC15 – CRISIS CONVULSIVA EN EL ADULTO

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

- Súbita pérdida de la conciencia, acompañada de contracciones musculares involuntarias,
- cianosis, salivación intensa, labios y dientes cerrados.
- Eventual liberación de esfínteres caracterizada por incontinencia fecal y urinaria.
- En la fase posconvulsiva: somnolencia, confusión mental, agitación, flacidez muscular; y
- cefalea, señales de liberación de esfínteres, información de persona que presenció el evento.

Conducta:

1. Realizar evaluación primaria (Instrucción BC1), con énfasis en:
 - evaluar capacidad de respuesta;
 - aspirar secreciones si es necesario;
 - mantener permeabilidad de vías aéreas; y
 - suministrar O₂ bajo mascarilla no reinhalante, 10 a 15 L/min si SatO₂ < 95 %.
2. Realizar evaluación secundaria (Instrucción BC2), con énfasis en:
 - monitorear oximetría de pulso y signos vitales;
 - medir glicemia capilar;
 - redactar historia SAMPLA; y
 - proteger el paciente para evitar traumas adicionales, principalmente en la cabeza.
3. Realizar contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de forma sistematizada.
4. Aguardar orientación de la Regulación Médica para instrucciones y/o transporte para la unidad de salud.

OBSERVACIONES:

- Realizar las 3 «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- La crisis convulsiva o epiléptica puede ser una manifestación de un proceso patológico sistémico reversible o de una disfunción inherente al Sistema Nervioso Central (SNC).
- El estado de mal epiléptico es la ocurrencia de crisis epilépticas prolongadas (por encima de 5 minutos) o repetitivas, persistiendo por 30 minutos o más, que no permiten la recuperación de la conciencia entre los eventos.
- La «crisis generalizada tónico-clónica» (CGTC) raramente sobrepasa los 5 minutos de duración y es la más común de las manifestaciones.
- Anotar siempre la frecuencia, la duración y las características de la crisis, cuando es presenciada u obtener dicha información de las personas cercanas y/o testigos, cuando la crisis no es presenciada por el equipo. Cuidado, con medidas para evitar la mordedura de la lengua y lesiones dentarias, con consecuente hemorragia potencialmente peligrosa.



BC16

BC16 – HIPERGLICEMIA

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

- Glicemia capilar > 250 mg/dL acompañada de signos y síntomas como fatiga, náuseas, aliento cetónico, vómitos, polidipsia, poliuria y descenso de la conciencia (confusión, inconsciencia y hasta convulsiones).
- Glicemia capilar > 600 mg/dL, acompañada de signos y síntomas como alteración variable en el nivel de conciencia (confusión, inconsciencia y hasta convulsiones) y signos de deshidratación importante (ojos hundidos, piel seca, disminución de la turgencia y alteración de signos vitales).

Conducta:

1. Realizar evaluación primaria (Instrucción BC1), con énfasis en:
 - evaluar la capacidad de respuesta.
2. Realizar evaluación secundaria (Instrucción BC2), con énfasis en:
 - redactar historia SAMPLA;
 - medir glicemia capilar; y
 - monitorear oximetría de pulso y signos vitales.
3. Suministrar O₂ suplementario con mascarilla no reinhalante 10 a 15 L/min, si SatO₂ < 94 %.
4. Realizar contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de forma sistematizada.
5. Aguardar orientación de la Regulación Médica para instrucciones y/o transporte para la unidad de salud.

OBSERVACIONES:

- Realizar las tres «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).



BC17

BC17 – HIPOGLICEMIA

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

Glicemia capilar < 60 mg/dL con signos y síntomas de hipoglucemia como temblores, transpiración, palidez, taquicardia, mareos, cefalea, debilidad, parestesias, alteraciones visuales y alteración de la conciencia (de confusión mental a convulsiones e inconsciencia), entre otros.

Conducta:

1. Realizar evaluación primaria (Instrucción BC1), con énfasis en:
 - evaluar la capacidad de respuesta; y
 - permeabilizar las vías aéreas.
2. Realizar evaluación secundaria (Instrucción BC2), con énfasis en:
 - redactar historia SAMPLA; y
 - medir glicemia capilar y oximetría.
3. Suministrar O₂ con mascarilla no reinhalante 10-15 L/min si SatO₂ < 95 %.
4. Realizar contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de forma sistematizada.
5. Aguardar orientación de la Regulación Médica para instrucciones y/o transporte para la unidad de salud.

OBSERVACIONES:

- Realizar las tres «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).



BC18

BC18 – HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA – HDA

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

- Hematemesis, melena o enterorragia, debilidad o síncope, hipotensión arterial.
- Hipotensión postural y/o taquicardia.

Conducta:

1. Realizar evaluación primaria (Instrucción BC1), con énfasis en:
 - evaluar nivel de conciencia;
 - mantener permeabilidad de la vía aérea; y
 - suministrar O₂ con mascarilla no reinhalante, 10-15 L/minuto si SatO₂ < 94 %.
2. Evaluación secundaria (Instrucción BC2), con énfasis en:
 - monitorear oximetría de pulso y signos vitales.
3. Realizar contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de forma sistematizada.
4. Aguardar orientación de la Regulación Médica para instrucciones y/o transporte para la unidad de salud.

OBSERVACIONES:

- Realizar las tres «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).



BC19

BC19 - REACCIÓN ALÉRGICA: ANAFILAXIA

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

Historia de contacto con un alérgeno reconocido o no, acompañado de signos.

Anafilaxia es altamente probable cuando el cuadro presentado cumple uno cualquiera de los 3 criterios citados a continuación:

- Primer criterio
Enfermedad de inicio agudo, con afectación de la piel y/o mucosas (urticaria, prurito o enrojecimiento, hinchazón de labios, lengua o úvula) y por lo menos una más de las siguientes condiciones:
 - insuficiencia respiratoria (disnea, broncoespasmo, estridor, hipoxemia); y
 - reducción de la presión arterial o síntomas relacionados con la disfunción de órganos diana (síncope, hipotonía, incontinencia). Observación: presentes en el 80 % de los casos.
- Segundo criterio
Dos o más de los siguientes factores (minutos a horas) después de la exposición a un probable alérgeno:
 - afectación de la piel y/o membranas mucosas;
 - vías respiratorias comprometidas;
 - reducción de la presión arterial o síntomas asociados con la disfunción de órganos diana (síncope, hipotonía, incontinencia); y
 - síntomas gastrointestinales persistentes (dolor abdominal, diarrea, vómitos).
- Tercer criterio
Reducción de la presión arterial (minutos a horas) después de la exposición al alérgeno conocido para el paciente: PA sistólica menor de 90 mmHg o caída mayor al 30 % de la presión basal del paciente.

Conducta:

1. Realizar evaluación primaria (Instrucción BC1), con énfasis en:
 - suspender, si es posible, la exposición al probable agente desencadenante;
 - preservar la permeabilidad de la vía aérea;
 - suministrar O₂ con mascarilla no reinhalante, 10-15 L/minuto si SatO₂ < 94 %.

- colocar el paciente en decúbito dorsal y elevar miembros inferiores;
 - si se presentan disnea o vómitos, colocar al paciente en posición de confort; y no permitir que el paciente se siente o se levante bruscamente, ni colocarlo en posición vertical, por el riesgo de muerte súbita.
2. En caso de signos de comprometimiento ventilatorio o presencia de signos de *shock*, comunicar precozmente a la Regulación Médica para obtención de apoyo u orientaciones.
 3. Realizar evaluación secundaria (Instrucción BC2), con énfasis en:
 - evaluar oximetría de pulso, ritmo cardíaco y signos vitales; y
 - entrevista SAMPLA.
 4. Mantener la atención en la aparición de PCR
 5. Realizar contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de forma sistematizada.
 6. Aguardar orientación de la Regulación Médica para instrucciones y/o transporte para la unidad de salud.

OBSERVACIONES:

- Realizar las tres «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).



BC20

BC20 - HEMOPSIS

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

Expectoración sanguinolenta proveniente de las vías aéreas, generalmente de pequeña intensidad, solo con filamentos hemáticos asociados con el esputo. El sangrado puede ser macizo (200 a 600 mL de sangre en 24 horas), necesitando de soporte clínico de emergencia, con elevadas tasas de mortalidad.

Conducta:

1. Realizar evaluación primaria (Instrucción BC1), con énfasis en:
 - garantizar la permeabilidad de las vías aéreas;
 - realizar aspiración de la cavidad oral si es necesario; y
 - suministrar O₂ con mascarilla no reinhalante, 10-15 L/minuto si SatO₂ < 94 %.
2. Realizar evaluación secundaria, con énfasis en:
 - monitorear patrón respiratorio y PA; y
 - entrevista SAMPLA.
3. Realizar contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de forma sistematizada.
4. Aguardar orientación de la Regulación Médica para instrucciones y/o transporte para la unidad de salud.

OBSERVACIONES:

- Realizar las tres «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).



BC21

BC21 - MANEJO DEL DOLOR EN EL ADULTO

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

- Dolor referido derivado de trauma o enfermedad clínica.
- El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o descrita en términos de lesión tisular.
- El dolor agudo es el resultado de una estimulación nociceptiva (inflamación) o de lesiones directas (mecánicas).
- Es causado por una herida o estado patológico agudo, y su duración se restringe al periodo de existencia de la lesión en el tejido.

Conducta:

1. Realizar evaluación primaria (instrucciones específicas BC1, BT1).
2. Realizar evaluación secundaria (instrucciones específicas BC2, BT2), con énfasis en:
 - caracterizar el dolor;
 - obtener datos sobre factores asociados al dolor;
 - evaluar la intensidad del dolor usando una escala numérica y clasificar en leve (1-4), moderada (5-7) e intensa (8-10); y
 - remover el agente causal del dolor, si es posible.
3. Realizar contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de forma sistematizada.
4. Aguardar orientación de la Regulación Médica para instrucciones y/o transporte para la unidad de salud.

OBSERVACIONES:

- La caracterización del dolor incluye:
 - localización;
 - intensidad;
 - tiempo de duración (inicio);
 - periodicidad;
 - tipología: cólico, peso, choque, ardor, entre otros;
 - presencia de irradiación;
 - características de la instalación: explosiva, en segundos; rápida y progresiva, en 1 a 2 h, y gradual, en varias horas; y
 - factores de mejoría y empeoramiento.
- Los factores asociados al dolor con interés en la evaluación son, entre otros:
 - fiebre;
 - vómitos, alteración del ritmo intestinal; y
 - alteraciones urinarias y ginecológicas.
- Aplicación de la escala numérica de dolor:
 - Objetivo: evaluar la intensidad del dolor.
 - Aplicación: solicitar al paciente que caracterice una nota para calificar la intensidad del dolor referido, donde «CERO» es sin dolor y «10» es un dolor máximo imaginable. A partir de la nota referida, clasificar en leve (1-4), moderada (5-7) e intensa (8-10).
- Realizar el abordaje de cada tipo de enfermedad, conforme instrucción específicas.



BC22

BC22 - MANEJO DE LA CRISIS DE SALUD MENTAL

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

Se tratan fundamentalmente de situaciones de conflictos y/o rupturas de vínculos sociales, que implican grave sufrimiento psíquico para el usuario y/o su entorno y generalmente están vinculadas a las dificultades de comunicación, expresión y comprensión entre los involucrados que impiden el establecimiento de consensos, generando perturbaciones en la vida cotidiana.

Alboroto, confusión, agitación, miedo, llanto, tristeza, apatía, inseguridad, alteraciones de la percepción de la realidad son algunas de las expresiones que igualmente denotan que algo no va bien con el sujeto. Tanto aspectos biológicos como de relación están implicados en la génesis de estos desequilibrios.

Conducta:

1. Evaluar medio ambiente, sujetos y seguridad (método ACENA).
2. Definir un mediador teniendo en cuenta la receptividad del paciente.
3. Aproximarse de forma tranquila (no activar la señal sonora de la ambulancia), identificarse (nombre y función) y explicar el motivo de la aproximación (ofrecer ayuda).
4. Disponerse al «buen encuentro», es decir, estar abierto al contacto e intercambio de manera respetuosa y amable.
5. Iniciar la comunicación buscando identificar cual es la emoción presente en la escena (ira, miedo, ansiedad, angustia, tristeza, irritación, indiferencia). Acoger y ayudar a la expresión de la emoción, validándola y buscando establecer una relación de confianza.
6. Iniciar la comunicación manteniendo la atención en el lenguaje verbal y no verbal (gestos, expresiones faciales, actitud corporal) del equipo y de todos los sujetos implicados.
7. Identificar situaciones relacionadas con el contexto de la crisis/urgencia, factores desencadenantes, como eventos adversos, estresantes cotidianos o conflictos con otras personas. Una vez identificados, explicar que reconoce la situación conflictiva, dialogando en busca de otras soluciones, manteniendo el tono de voz normal, sin tomar partido y promoviendo el consenso posible. Tener en cuenta que la aproximación o distanciamiento del cuerpo puede contribuir al alivio en la escena y en las relaciones.
8. Llevar a cabo la evaluación primaria y secundaria observando el estado mental (por ejemplo, lucidez, orientación y noción de la realidad) y teniendo en cuenta las condiciones clínicas específicas de cada situación.

9. Dialogar con miembros de la familia y personas cercanas e identificar parientes, amigos u otros profesionales que puedan facilitar la comprensión y manejo de la situación.
10. En caso de que la persona tenga vínculos con otro punto de atención de la red, utilizar esa información diciendo que va a hacer contacto con el profesional/ servicio de referencia, y posteriormente, comunicar el contacto a la Central de Regulación.
11. Revisar las informaciones pasadas por la regulación y recoger datos relacionados con las condiciones de salud del individuo, como antecedentes relevantes (trastorno mental diagnosticado, uso de sustancias psicoactivas, crisis anteriores, enfermedades clínicas y los tratamientos previos) y la capacidad de autocuidado.
12. Tomar en cuenta solicitar a la Central de Regulación la necesidad de apoyo de profesionales de la salud mental y/o policías/bomberos pueden ser activados en los casos que ponen en peligro la seguridad de la escena.
13. Ofrecer y negociar opciones de conciliación y formas de lidiar con el evento desencadenante, estimulando la tranquilidad y la mejor resolución de la situación.
14. Tomar en cuenta la importancia de acoger a los familiares y/u otras personas involucradas en la escena.
15. Considerar el límite de la mediación si hay la presencia de agravantes de la situación (estrés del equipo y/o del medio ambiente, deterioro clínico del paciente y tiempo excesivo).
16. Considerar la posibilidad de remplazar al mediador.
17. Comunicar la situación clínica actualizada a la Regulación Médica y proceder conforme las orientaciones del médico regulador.



BC23

BC23 – AGITACIÓN Y SITUACIÓN DE VIOLENCIA

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

Paciente con cuadro de hiperactividad, inquietud, angustia, irritabilidad y verborrea o en una actitud hostil (física y/o verbal), amenazadora o en franca agresión. Irritabilidad exacerbada, miedo y estrés son sentimientos que pueden estar en la base de estas situaciones.

Conducta con el paciente armado:

1. Evaluar el medio ambiente, sujetos y seguridad (método ACENA).
2. En caso de presencia de objetos que pueden ser utilizados para la agresión o autoagresión, informar al médico regulador para solicitar el apoyo de la autoridad policial y del SVA (cuando esté disponible).
3. En presencia de apoyo tratar de negociar con el paciente la entrega/abandono del objeto, excepto en la presencia de un arma de fuego.
4. En la presencia de armas de fuego o en los casos de resistencia a la entrega/abandono del objeto, la autoridad policial asumirá la mediación.
5. Después del desarme, no habiendo SVA disponible, contener físicamente el paciente (Instrucción BP27) y evaluar la necesidad de acompañamiento policial dentro de la ambulancia.

Conducta con el paciente sin armas:

1. Evaluar el medio ambiente, sujetos y seguridad (método ACENA).
2. Abordar la escena de acuerdo a la instrucción de manejo de la crisis (Instrucción BC28).
3. Demostrar interés y consideración por la situación, tratando de establecer una relación de confianza y dejando claro que usted está allí para ayudar en la tentativa de tranquilizarlo.
4. Escuchar atentamente lo que el paciente tiene que decir, incluyendo su lenguaje corporal.
5. Utilizar frases cortas y simples y repetir propuestas.
6. Identificar un pariente, amigo o profesional indicado con preferencia por el paciente, que pueda ofrecer soporte y negociar las necesidades de apoyo y las formas de lidiar con la situación.

7. Preguntar lo que está sucediendo que pueda estar causando la agitación, tratando de asociar el estado de agitación a cuatro situaciones:
 - ira – hostilidad, habla exaltada, tensión muscular, y otros;
 - euforia - hiperactividad, verborrea, idea de grandeza, insomnio, y otros;
 - miedo - actitud de desconfianza, sensación de amenaza, entre otros; y
 - confusión mental - desorientación, discurso incoherente, otros.
8. Invertir en la conversación con alguien agitado es una poderosa estrategia para la reducción de la agitación, incluso no habiendo respuesta verbal por parte del paciente.
9. Ofrecer opciones para que el paciente pueda escoger, manteniendo una postura firme y segura para negociar límites, sin desafiarlo ni confrontarlo.
10. Disminuir la tensión en las situaciones de ira, euforia y miedo:
 - ira - explicar que reconoce la ira, más dialogar en busca de otras soluciones;
 - euforia - mantener el diálogo con actitudes claras, indicando límites y posibilidades, proporcionando un ambiente con pocos estímulos, que favorezca la tranquilidad; y
 - miedo - explicar que reconoce el miedo, tener una actitud protectora, escucha y habla acogedoras.
11. No hacer juicios y no prometer algo que no será realizado.
12. En el caso de confusión mental (alteración del nivel de conciencia) realizar Instrucción BC15.
13. Cuándo sea posible, realizar la evaluación primaria y secundaria como una estrategia para cambiar el foco y tranquilizar.
14. En una situación de agresión inminente, buscar el apoyo y aproximación de otras personas en la mediación, con el fin de transmitir un mensaje de superioridad de fuerza.
15. Persistiendo o superado el estado de agitación y/o situación de violencia, entrar en contacto con la Central de Regulación para orientaciones y referimientos.



OBSERVACIONES:

Evaluación ACENA

- **A:** Alrededores. Evaluar alrededores, la casa y la presencia de Armas o Artefactos que indiquen el uso de Alcohol y drogas; Altura y la Apariencia del paciente.
- **C:** Conflictos. Observar la presencia de signos de Conflictos y Crisis en la red social del paciente.
- **E:** Expectativas. Evaluar expectativas y la receptividad de la red social y del propio paciente sobre el Equipo de atención.
- **N:** Nivel de conciencia – Nivel de sufrimiento. Evaluar el Nivel de conciencia, la adecuación a la realidad y la capacidad de escogencia y Nivel de sufrimiento.
- **A:** Autoagresión. Evaluar la presencia de señales de uso de alcohol y drogas, la presencia de Agresividad (actual o anterior) y la presencia de señales de Autoagresión.
- El cuadro generalmente está asociado a alteración metabólica, intoxicación por uso de alcohol y otras drogas, síntomas psicóticos, conflictos y rupturas de vínculos familiares y sociales que generan elevado grado de ansiedad y envuelven grave sufrimiento psíquico para el usuario.
- Recordar que la mediación es la mejor «herramienta» para todos.
- Los pacientes envueltos en situaciones de violencia habitualmente causan emociones intensas. En la mayoría de las veces provocan miedo, pero también pueden provocar rabia en el equipo. Es importante que los profesionales presten atención a las propias emociones y a sus reacciones en relación al paciente.



BC24

BC24 – AUTOAGRESIÓN Y RIESGO DE SUICIDIO

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

- Paciente en condición de sufrimiento intenso, que se manifiesta por medio del deseo, impulso, ideación o planificación de acciones autolesivas comúnmente dirigidas al objetivo de llevar a la muerte.
- Paciente que presenta señales de autonegligencia grave, presencia de sentimiento de desesperanza y/o culpabilidad, conflictos interétnicos o familiares, rupturas o alteraciones significativas en el contexto de la vida del sujeto, como una enfermedad grave o terminal, pérdida de un ser querido, pérdida de poder económico o desempleo.
- Escena que implica una persona en situación de sufrimiento, con signos de desesperación, angustia y/o desesperanza, en lugar de alto riesgo que puede conllevar a lesiones graves o a la muerte, como puentes altos y viaductos, estaciones de tren/metro, vías de tráfico intenso de vehículos y el mar.
- Observación: los aspectos señalados pueden estar presentes en situaciones de autoagresión y riesgo de suicidio. Sin embargo, de forma aislada, esos aspectos no pueden ser considerados criterios de inclusión.

Conducta:

ASPECTOS GENERALES

1. Cuando se aproxime al lugar de la incidencia, desconectar la sirena y mantener solo las señales luminosas sin parpadeo o luz estroboscópica.
2. Evaluar el medio ambiente, sujetos y la seguridad (método ACENA).
3. En caso de presencia de objetos o condiciones que promuevan riesgo de heteroagresión o autoagresión, informar al médico regulador para que solicite apoyo de equipos especializados y/o autoridades policiales. Ejemplos:
 - Objetos: armas de fuego, armas blancas, vidrios rotos, entre otros.
 - Condiciones: altura (riesgo de caída), tráfico intenso (riesgo de ser atropellado), agua (riesgo de ahogamiento), rehén, y otros.
4. Alejar curiosos, prensa o cualquier estímulo que pueda contribuir al aumento del estrés en la escena.
5. Abordar el paciente de acuerdo con los principios previstos en la Instrucción de manejo de la crisis de salud mental (BC28), teniendo en cuenta, en especial, las siguientes medidas:

- Definir un mediador (preferentemente un profesional de la salud adiestrado), teniendo en cuenta la receptividad del paciente en relación con la formación de vínculo.
- Desconectar o bajar el sonido del radio de comunicación y/o del celular.
- Aproximarse de forma tranquila para ser visto por el paciente y mantener la seguridad.
- Identificarse (nombre y función) y explicar el motivo de la aproximación (ofrecer ayuda, escucha, apoyo).
- Iniciar la comunicación directamente con el paciente, garantizando preferentemente la privacidad del contacto y fomentando la expresión de problemas y sentimientos experimentados.
- Preguntar lo qué está aconteciendo y demostrar interés y consideración por la situación, tratando de establecer una relación de confianza y dejando claro que usted está allí para ayudar al paciente. Fraseología: «Me gustaría entender cómo usted se está sintiendo»; «¿Me puedo aproximar?»; «Me quedaré el tiempo que sea necesario para ayudar».
- Identificar y legitimar («Se puede entender»; «Es comprensible»; «Estoy entendiendo») la emoción presente en la escena (ira, desconfianza, miedo, ansiedad, angustia, tristeza, irritación, desesperanza, indiferencia, frustración) y prestar atención a las situaciones descritas por el paciente como insoportables («No aguanto más»; «Soy una carga para los demás»; «Yo preferiría estar muerto»; «Están queriendo acabar con mi vida»).
- Establecer el ritmo de la conversación sin prisa para llegar al desenlace de la atención, transmitiendo al paciente la sensación de que él no está solo.
- Incentivar la reubicación del lugar de conversación a un lugar más seguro solo al evaluar que esta actitud no va a aumentar el estrés o la desconfianza del paciente. Ejemplos: proponga otro lugar para continuar la conversación que pueda tener más comodidad; ofrecer agua o papel y lápiz para escribir.
- Si la situación fuera de riesgo, puede ser preferible no dejar que el paciente se mueva sin ayuda especializada; mantenga el diálogo, negociando para que la persona permanezca inmóvil, mientras se articulan estrategias de intervención (colchón de aire, escalera, u otros).
- Identificar eventos actuales, personas y otros factores estresantes que puedan haber precipitado la crisis de suicidio. Valorar historia de amenazas y tentativas anteriores de autoagresión y/o suicidio.
- Historia psiquiátrica y tratamientos de salud mental (uso abusivo de sustancias psicoactivas, depresión, ansiedad, síntomas psicóticos como delirios de persecución y alucinaciones auditivas de mando).
- Signos de intoxicación por alcohol, otras drogas, pesticidas y/o medicamentos.



- Condiciones biológicas, psicosociales, situacionales y culturales pertinentes (dolorosas, terminales, rechazo de tratamiento de enfermedades, insomnio, sensación de aislamiento o soledad, desempleo o dificultades económicas, ruptura de relación amorosa, fallecimiento de un ser querido, ausencia de perspectivas o proyectos futuros).
 - Abordar el tema relativo a autoagresión y/o riesgo de suicidio demostrando una actitud de cuidado y, sobre todo, evitando adoptar una postura de juicio o presionar al paciente para que suministre detalles sobre la situación experimentada.
 - Fraseología: «Imagino que el tamaño de su sufrimiento (dolor) es tan grande (insoportable) a punto de ya haber deseado morir»; «¿Está considerando que acabar con su propia vida es la mejor solución?»; «¿Los pensamientos o sueños con la muerte han sido frecuentes?»; «¿Escucha voces o ve cosas que traen sensaciones malas o negativas?»; «¿Ha abusado del alcohol y las drogas?»; «¿Ha alimentado ideas de cómo morir?»; «¿Tiene a alguien con quien usted consigue conversar sobre eso?».
 - Ofrecer y negociar formas alternativas de lidiar con el evento desencadenante, estimulando la tranquilidad y la reflexión sobre otras posibilidades de resolución de la situación.
 - No desafiar a la persona y no prometer algo que no será realizado.
 - Respete las reglas propuestas por el paciente que fueran seguras y razonables, como no aproximarse demasiado, llamar a miembros de la familia u otras personas, cambiar el negociador, entre otras.
 - Explique el motivo de la imposibilidad y/o informe que usted necesitará consultar a otras personas antes de efectuar promesas que no puede cumplir.
 - En el caso de la presencia de miembros de la familia o conocidos, evaluar y negociar con el paciente las condiciones de alejamiento o permanencia de tales personas en la escena.
 - Mantener la concentración en la conversación y evitar conversaciones paralelas con otros miembros del equipo.
 - Nunca dejar solo al paciente.
6. Durante el manejo verbal y la negociación, estas son acciones importantes que pueden ser realizadas por el mediador o por otros miembros del equipo de atención:
- Identificar un miembro de la familia, un amigo, una referencia comunitaria o un profesional indicado preferentemente por el paciente que pueda ofrecer soporte y negociar las necesidades de apoyo y formas de lidiar con la situación, así como suministrar informaciones que puedan ayudar en la comprensión de los acontecimientos;

- Comunicar en voz baja y con discreción o por medio de notas entregadas al mediador, las informaciones obtenidas junto a la familia y la comunidad.
7. Evaluar, a partir de la mediación, la presencia de factores de riesgo y factores de protección:
- Intención suicida y/o de autoagresión (hasta qué punto el paciente tiene la intención de actuar con respecto a sus pensamientos autodestructivos. signos de automutilación).
 - Ideación suicida y/o pensamientos de autoagresión (idea, deseo y pensamiento centrados en el acto de cometer suicidio).
 - Planes suicidas (grado de estructuración/detalles, letalidad del método y acceso a los medios para el acto planeado).
 - Nivel de impulsividad y autocontrol del paciente, con atención en la velocidad con la que pasa de idea (pensamiento) al acto, la capacidad de reflexión (ponderación) sobre los deseos y pensamientos, y patrón de respuestas (actitudes).
 - Estado mental (lucidez, juicio crítico, orientación y noción de la realidad).
 - Factores de protección (relación familiar, religiosidad, apoyo social, proyectos de vida, la esperanza y la percepción de que la situación puede mejorar («hay salida»)).
8. Delante de la aceptación de ayuda por parte del paciente, realizar si es posible, la evaluación primaria (Instrucción BC1) y la evaluación secundaria (Instrucción BC2), prestando atención a los signos de intoxicación exógena y automutilación.
- Con el fin de preservar la confianza y mantener al paciente colaborativo en la continuidad del abordaje prehospitalario, no utilizar la contención física antes de agotar todos los recursos de manejo de la crisis o en la tentativa de disciplinar, reprimir o coaccionar al paciente.
9. Verifique todo el tiempo la seguridad de la escena y mantenga su atención replegada sobre cambios de comportamiento del paciente, aunque el mismo aparente estar calmado durante el abordaje. Una comunicación clara sobre la intención, los objetivos, el orden de las instrucciones, entre otras aclaraciones, puede reducir los riesgos.
10. Cuidado durante el transporte del paciente en la ambulancia.
- Negociar con el paciente al menos, la fijación de los cinturones de seguridad de la camilla.
 - Retirar del alcance del paciente todos los objetos sueltos que queden dentro de la ambulancia.



- Mantener a la mano una línea de comunicación con la regulación para solicitar ayuda, si fuera el caso.
 - Mantener la atención en el lenguaje no verbal (gestos, expresiones faciales, actitud corporal) del paciente.
 - Evitar el uso de la sirena y las maniobras bruscas durante el trayecto.
 - Evitar nuevos asuntos dentro de la ambulancia, ya que estos pueden incitar reacciones inesperadas; busque responder solo a las solicitudes del paciente y reitere la postura de ayuda/apoyo. Nunca lo deje sin respuesta.
 - Si la persona está limitada, mantenga la atención en el monitoreo continuo del nivel de conciencia, de los signos vitales, de la perfusión sanguínea y de los miembros limitados (evaluar la ocurrencia de dolor, calor, edema, herida y torniquete).
11. En caso de que el suicidio sea consumado, seguir instrucción específica de trauma.
 12. Realizar contacto con la Central de Despacho para comunicar la situación a partir de la evaluación realizada y para orientaciones y definiciones con respecto a los referimientos.
 13. Registrar acciones y complicaciones en el formulario de atención. Se recomienda el registro de las orientaciones pasadas a la familia, si las hubiera.

CONSIDERACIONES ESPECIALES PARA EL CASO DEL PACIENTE ARMADO

- En la presencia de apoyo especializado o policial, negociar con el paciente la entrega o el abandono del objeto.
- Si la persona tiene un arma de fuego, pídale que coloque el arma en el suelo y se aleje.
- Jamás le solicite que desarme el artefacto. Solo pídale que coloque el arma en el suelo.
- Equipos especializados se responsabilizarán por el desarme del objeto. En casos de resistencia a la entrega o al abandono del objeto, el apoyo especializado y/o autoridad policial tienen prioridad en la mediación.

OBSERVACIONES:

- Evaluar el medio ambiente, sujetos y seguridad (método ACENA).
- Si en la llegada de la ambulancia ya existieran otros equipos en la escena (por ejemplo, policía militar), reportarse al mando para presentarse como recurso y obtener detalles sobre la seguridad del evento.
- Una vez iniciada la mediación con un profesional del Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias (CRUE), el paciente puede no aceptar la sustitución por otro profesional más entrenado, pero que llegó más tarde. En tales casos, el profesional del Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias (CRUE) debe mantener la negociación, pudiendo seguir las instrucciones del negociador más preparado.
- Orientar a la familia y a la red de apoyo social para buscar la red de atención básica, psicosocial y/o de asistencia social para la evaluación y seguimiento.
- Preguntar sobre la autoagresión NO provoca actos de autoagresión ni induce a una persona al suicidio. En general, reduce la ansiedad asociada a los pensamientos o actos de autoagresión y/o suicidio, y ayuda a la persona a sentirse comprendida.
- Tener cuidado con el toque, porque el paciente puede sentirse incómodo y considerar el contacto físico una actitud invasiva, lo que puede precipitar el acto suicida (extender la mano es mejor que «coger»).
- Tomar en serio todas las amenazas de suicidio, incluso cuando parezcan manipuladoras.
- No realizar juicios ni minimizar el sufrimiento basado en la creencia de que el paciente quiere «llamar la atención» o de que la situación vivida es banal.
- Para llevar a cabo la evaluación, el profesional debe estar consciente de sus propios sentimientos (ansiedad, miedo, ira) y no dejar que estos interfieran en el manejo de la situación.
- No acelerar la resolución de la situación. Cuanto más paciente y calmada es la conversación/negociación, más largo es el tiempo para reflexionar, lo que puede ayudar al paciente a cambiar de pensamiento.
- Considerar, en la evaluación, contextos socioculturales específicos y de intérpretes, en caso necesario y si es posible.
- Definir los referimientos, corresponde al Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias (CRUE) el transporte del paciente del lugar de atención para la unidad de salud de referencia.
- Tener en cuenta que la situación de sospecha o confirmación de intento de suicidio constituye agravio de notificación compulsiva obligatoria, conforme a la legislación vigente, bajo la responsabilidad de los profesionales de salud de la red, que deberá realizarse en el momento oportuno, sin perjuicio de la acogida del paciente, que debe ser la prioridad de la atención.
- Es esencial que el Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias (CRUE), en la imposibilidad de iniciar el registro de la notificación, repase de forma sistemática y organizada las informaciones recolectadas en la unidad de salud referenciada para garantizar la continuidad del cuidado y evitar revictimización.



- Las acciones de rescate están indicadas cuando el individuo se encuentra en un ambiente de riesgo, como por ejemplo una calle de gran movimiento, un puente, una ventana, u otro.
- La decisión de efectuar esas acciones debe ser tomada en conjunto con el equipo de rescate, la regulación médica, el negociador y la familia. Corresponde a los bomberos definir el mejor método frente a las circunstancias.
- Los servicios deben realizar acuerdos interinstitucionales para llevar a cabo acciones de salvamento y rescate cuando sea necesario.

INSTRUCCIONES
SVB EMERGENCIAS
TRAUMÁTICAS

BT



BT1

BT1 - EVALUACIÓN PRIMARIA DEL PACIENTE CON SOSPECHA DE TRAUMA O EN SITUACIÓN IGNORADA

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

En todo abordaje de pacientes con sospecha de trauma o en situación ignorada (donde no es posible excluir la posibilidad de trauma).

Conducta:

1. Garantizar la seguridad del lugar (Instrucción PE1).
2. Evaluar la capacidad de respuesta (llamar al paciente) y ejecutar simultáneamente la estabilización manual de la columna cervical e iniciar la verificación de la respiración.
3. Evaluar las vías aéreas:
 - Mantener las vías aéreas permeables mediante maniobras de apertura de las vías aéreas para el trauma, retirar secreciones y cuerpo(s) extraño(s) de la cavidad oral.
 - Uso la cánula orofaríngea.
 - Oximetría y O₂ con mascarilla facial, 10 a 12 L/minuto, si la SatO₂ es < 95 %.
 - Estabilizar manualmente la cabeza con alineación neutra de la columna cervical.
 - Colocar el collar cervical tan pronto como sea posible.
4. Evaluar la presencia de buena respiración y oxigenación:
 - Evaluar la posición de la tráquea y la presencia o ausencia de turgencia (ingurgitación) yugular.
 - Exponer el tórax y evaluar la ventilación.
 - Evaluar la simetría en la expansión torácica.
 - Observar la presencia de signos de esfuerzo respiratorio o el uso de la musculatura accesoria.
 - Evaluar la presencia de lesiones abiertas y/o cerradas en el tórax.
 - En pacientes con ventilación anormal, realizar la palpación de todo el tórax.
 - Realizar ventilación asistida a través de BVM con reservorio, si la frecuencia respiratoria fuera inferior a 8 mrm, o no mantiene la ventilación u oxigenación adecuadas.

5. Evaluar la circulación (presencia de hemorragia y evaluación de perfusión):
 - Controlar sangrados externos con la compresión directa de la lesión y/o torniquete (de acuerdo a lo indicado).
 - Evaluar el llenado capilar (normal hasta 2 segundos).
 - Evaluar las características de la piel (temperatura, humedad y coloración).
 - Evaluar el pulso central y radial:
 - Pulso radial ausente y pulso central presente, seguir la Instrucción de choque (Instrucción BT4).
 - Pulso radial ausente y pulso central ausente, seguir con la Instrucción de PCR (Instrucción BC5).
 - Si es posible, medir la presión arterial precozmente.
6. Evaluar el estado neurológico:
 - Aplicar AVDI (Alerta, Verbo, Dolor, Insensibilidad) o escala de coma Glasgow.
 - Evaluar pupilas.
7. Exponer, con prevención y control de la hipotermia:
 - Cortar las ropas del paciente sin movimientos excesivos y solamente las partes necesarias.
 - Proteger al paciente de la hipotermia con auxilio de manta aluminizada.
 - Utilizar otras medidas para prevenir la hipotermia (por ejemplo, apagar el aire acondicionado de la ambulancia).
8. Realizar contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de forma sistematizada.
9. Aguardar orientación de la Regulación Médica para instrucciones y/o transporte para la unidad de salud.

OBSERVACIONES:

- Realizar las tres «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- Considerar la cinemática del trauma y siempre buscar posibles lesiones asociadas.
- Repetir evaluaciones durante el transporte hasta la llegada al hospital.



BT2

BT2 – EVALUACIÓN SECUNDARIA DEL PACIENTE CON SOSPECHA DE TRAUMA O EN SITUACIÓN IGNORADA

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

En todo abordaje de pacientes con sospecha de trauma o en situación ignorada después de la realización de la evaluación primaria.

Conducta:

1. SIGNOS VITALES y ENTREVISTA SAMPLA (con el paciente, su familia o terceros)

- Nombre y edad.
- Verificación de los signos vitales:
 - respiración (frecuencia, ritmo y amplitud);
 - pulso (frecuencia, ritmo y volumen);
 - presión arterial;
 - piel (temperatura, color, turgencia y humedad).

S Síntomas. Queja principal.

A ¿Tiene alergias? Problema o enfermedad actual.

M Medicamentos y/o tratamientos en uso.

P Pasado médico/embarazo (gravidez) - problemas de salud o enfermedad actual.

L ¿Ha ingerido alimentos o líquidos? ¿Cuál fue la última comida?

A Ambiente del evento.

Observación: en pacientes inconscientes o imposibilitados de responder, buscar informaciones con personas aledañas o con sus familiares.

2. EVALUACIÓN COMPLEMENTARIA

- Oximetría de pulso si está disponible.
- Glicemia capilar si está disponible.

3. EXAMEN DE LA CABEZA A LOS PIES, FRENTE Y DORSO

- Objetivo específico: localizar heridas, sangrados, hundimientos, desviaciones, hematomas, alteraciones en el color de la piel o mucosas, asimetrías,

inestabilidades, alteraciones de la motricidad y sensibilidad.

- Propedéuticas a ser utilizadas: inspección seguida de palpación.

Cabeza y la cara:

- Inspeccionar y palpar el cuero cabelludo, orejas, huesos faciales, ojos, pupilas (verificar diámetro, reacción a la luz y simetría pupilar), nariz y boca.
- Observar alteraciones en la coloración y temperatura de la piel.

Cuello:

- Evaluar región anterior y posterior.
- Evaluar en particular, si hay distensión de las venas y/o desviación de la tráquea.

Tórax:

- Observar sobre todo si hay uso de la musculatura accesoria, tiraje intercostal, movimientos asimétricos, hundimientos, lesiones incluyendo el signo del cinturón de seguridad, entre otras.

Abdomen:

- Observar contusiones o lesiones abiertas, distensión abdominal, dolor a la palpación y al rechazo, abdomen en tabla y signo del cinturón de seguridad.
- Observar sangrados, contusiones o lesiones abiertas, realizar la palpación de las crestas iliacas en busca de dolor y/o inestabilidad realizando compresión latero-medial y antero-posterior.

Miembros:

- Observar especialmente la palpación de pulsos distales y la perfusión de las extremidades (llenado capilar).
- Evaluar fuerza motora, solicitando al paciente que mueva los pies y/o levante una pierna a la vez, que apriete la mano del profesional y/o eleve un brazo a la vez, si no hay sospecha de lesión.
- Evaluar la sensibilidad. Siempre realizar la evaluación comparando una extremidad con la otra.

Dorso (si es posible):

- Inspeccionar la presencia de deformidades, contusiones, hematomas, heridas.
- Palpar las apófisis espinosas durante el posicionamiento en la plancha larga (camilla) en busca de dolor.



OBSERVACIONES:

- Realizar las tres «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- Considerar la cinemática del trauma en busca de lesiones.
- En los pacientes en estado crítico algunos pasos pueden ser suprimidos.
- Reanudar evaluación primaria en cualquier momento si hay deterioro del cuadro clínico del paciente.



BT3

BT3 – EVALUACIÓN DE LA CINEMÁTICA DEL TRAUMA (PATRÓN BÁSICO DE LESIONES)

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

En todo abordaje de pacientes con trauma con el objetivo de relacionar el mecanismo del trauma a la presencia de lesiones específicas, ampliando la capacidad de suspicacia para la presencia de lesiones y la toma de decisión.

Conducta:

1. Evaluar aspectos de cada tipo de trauma.

OBSERVACIONES:

COLISIONES AUTOMOVILÍSTICAS. Evaluar aspectos generales: ¿Cómo se presenta el lugar?

- ¿Número de vehículos?
- ¿Tipo de vehículo?
- ¿Número de pacientes involucrados?
- ¿Adultos?, ¿niños?
- ¿Quién golpeó qué?
- ¿Dirección del impacto?
- ¿Hubo frenado?
- ¿Velocidad aproximada?
- ¿Pacientes utilizaban dispositivos de seguridad? ¿Bolsa de aire activada?
¿Casco?
- ¿Ocupantes fueron expulsados? ¿Chocaron con algo?
- ¿Daños en el carro?

Considerar los patrones de lesiones esperadas según los diferentes tipos de impacto:

Impacto frontal

Lesiones esperadas:

- fractura de la columna cervical;

- tórax inestable anterior;
- contusión miocárdica;
- neumotórax;
- sección de la aorta;
- lesión en el bazo o el hígado;
- fractura o luxación de la cadera y/o rodilla y tobillo;
- eyección.

Observación: tenga en cuenta la posible trayectoria, por encima del volante (cabeza en dirección al parabrisas) o por debajo del volante (cabeza en dirección al panel).

Hallazgos en el vehículo:

- deformidad en la parte anterior;
- deformidad en el volante;
- marcas en el panel;
- parabrisas en «ojo de buey»;
- bolsa de aire activada.

Impacto lateral

Lesiones esperadas:

- fractura de clavícula;
- fractura de costillas;
- contusión pulmonar;
- neumotórax;
- compresión de órganos sólidos;
- esguince cervical contralateral;
- fractura de columna cervical;
- fractura de pelvis o acetábulo.

Hallazgos en el vehículo:

- intrusión de la puerta;



- intrusión del panel lateral.

Impacto trasero

Lesiones esperadas:

- lesión de la columna hiperextensión (látigo).

Hallazgos en el vehículo:

- intrusión de la parte posterior del vehículo.

Observación: evaluar posición del respaldo de cabeza del asiento.

Volcadura

Lesiones esperadas:

- lesiones variadas derivadas de diferentes impactos sufridos;
- lesiones de órganos internos, incluso con el uso de limitadores de seguridad;
- eyección.

Hallazgos en el vehículo:

- impactos de ángulos diferentes.

Observación: la eyección coloca al paciente en el grupo de riesgo de prácticamente todo tipo de lesión, y la mortalidad aumenta considerablemente.

Atropellamiento

Evaluar:

- tres (3) impactos en los adultos:
 - contra MMII y cadera;
 - tronco contra el capó;
 - paciente contra el suelo;
- el peso y la altura del paciente en relación a la altura del vehículo.

Lesiones esperadas:

- traumatismo craneal;
- traumatismo raquimedular;
- lesiones torácicas y abdominales;

- fracturas de las extremidades inferiores;
- eyección.

Hallazgos en el vehículo:

- intrusión de parte anterior;
- parabrisas roto.

Colisiones de motocicleta

Lesiones esperadas:

- traumatismo craneal;
- traumatismo raquímedular;
- lesión de MMII;
- lesiones torácicas y abdominales;
- fracturas de las extremidades inferiores.

Observación: debido a que no hay contención existe alto riesgo de eyección y sus lesiones resultantes.

Hallazgos:

- signos de impacto sobre el casco y en el manubrio.

OBSERVACIONES:

2. CAÍDA:

Valorar aspectos generales:

- estimar la altura de la caída, superficie sobre la cual el paciente cayó y cuál es la primera parte del cuerpo que entró en contacto con la superficie;
- alturas superiores 3 x la altura del paciente son graves.

Lesiones esperadas:

- síndrome de Don Juan: cuando las primeras partes que alcanzan el suelo fueran los pies (lesión de calcáneos, tobillos, tibias, peronés, rótulas, huesos largos y cadera);
- traumatismo craneal;
- lesiones torácicas y abdominales;



- si el paciente cae hacia el frente sobre sus manos abiertas: fractura de extremidades superiores;
- si el paciente cae de cabeza: traumatismo raquímedular.

3. HERIDAS PENETRANTES

Evaluar aspectos generales:

- Tipo de objeto: alta potencia (fusiles y ametralladoras), media potencia (revólveres y rifles) y baja potencia (cuchillo y picahielos).
- Distancia del agresor.
- Armas de baja potencia: sexo del agresor, lesión = trayectoria, ¿el arma fue removida?, ¿órganos cercanos?
- Armas de media potencia: la cavidad temporal es 3 a 5 veces mayor que el proyectil, considerar también perfil desconocido del proyectil, rodamiento y fragmentación.
- Armas de alta potencia: la cavidad temporal es hasta 25 veces mayor que el proyectil, considerar también perfil desconocido del proyectil, rodamiento y fragmentación.
- Lugar de la herida (¿única o múltiple?).
- Características de las heridas externas.

OBSERVACIONES:

4. LESIONES POR EXPLOSIÓN

Evaluar aspectos generales:

LESIONES POR EXPLOSIÓN

Primarias: onda de presión alcanza al paciente con velocidades de hasta tres kilómetros/segundo.

Patrón de lesión: amputación traumática de extremidades, hemorragia pulmonar, neumotórax, embolia gaseosa, laceración de los vasos pequeños, rotura del tímpano, PCR y explosión de pulmón.

Secundaria: paciente es alcanzado por fragmentos primarios, secundarios o ambos, que vuelan y pueden convertirse en proyectiles.

Patrón de lesión: heridas penetrantes, laceraciones y fracturas, heridas cutáneas superficiales, lesiones torácicas y oculares.

Terciarias: cuando el paciente es arrojado contra un objeto (se torna en un proyectil), pudiendo ser tirado contra otros objetos o al suelo.

Patrón de lesión: semejantes a las lesiones que ocurren en pacientes eyectados de un automóvil o que caen de alturas significativas.

Quaternarias: lesiones provocadas por calor y gases provenientes de la explosión

Patrón de lesión: quemaduras, lesiones por inhalación y hasta asfixia.

Quinarias: causadas por aditivos colocados en las bombas, como bacterias, radiación y sustancias químicas y ataque suicida con hombre-bomba.

Patrón de lesión: lesiones por enclavamiento con restos humanos (huesos del hombre bomba), posibles enfermedades infecciosas.

OBSERVACIONES:

5. SOSPECHAR DE TRAUMATISMO GRAVE:

- en caídas > 1.5 veces la altura del paciente;
- atropellamiento;
- colisiones con vehículos a más de 30 km/hora;
- eyección del paciente;
- muerte de un ocupante del vehículo accidentado;
- daños graves en el vehículo;
- volcaduras;
- heridas penetrantes en la cabeza, cuello, tórax, abdomen, pelvis y muslo.



BT4

BT4 – TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

- En la evaluación de la cinemática de trauma hay sospecha de afectación directa de la región craneofacial.
- En la evaluación de la cinemática del trauma hay afectación indirecta de la región craneofacial por mecanismos de aceleración y desaceleración.
- En todos los pacientes traumatizados con alteración del nivel de conciencia.

Conducta:

1. Realizar la evaluación primaria (Instrucción BT1) con énfasis en:
 - asegurar la estabilización manual de la columna cervical;
 - asegurar la permeabilidad de la vía aérea;
 - suministrar O₂ con mascarilla no reinhalante 10-15 L/minuto si SatO₂ < 95 %;
 - monitorear la oximetría de pulso; y
 - evaluar precozmente la escala de coma de Glasgow.
2. Realizar ventilación bajo presión positiva con BVM con reservorio, en el caso en que no se mantenga la ventilación u oxigenación adecuadas.
3. Controlar sangrados externos.
4. Realizar evaluación secundaria (Instrucción BT2), con énfasis en:
 - evaluación de la reacción pupilar;
 - repetición en serie de la escala de coma de Glasgow;
 - evaluación de los signos vitales;
 - examen de la cabeza y la columna vertebral; e
 - Historia SAMPLA.
5. Realizar la movilización cuidadosa y la inmovilización adecuada de la columna cervical, tronco y extremidades, en la camilla con la alineación anatómica, sin demora para el transporte.

6. Realizar contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de forma sistematizada.
7. Aguardar orientación de la Regulación Médica para instrucciones y/o transporte para la unidad de salud.

OBSERVACIONES:

- Realizar las tres «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- Considerar la cinemática del trauma y siempre buscar posibles lesiones asociadas en otros segmentos.
- En el examen de la cabeza y cuello mantener la atención en la aparición de otros signos de gravedad de TCE:
 - señales de pérdida de líquido cefalorraquídeo;
 - presencia de fracturas abiertas;
 - exposición del tejido cerebral;
 - heridas extensas en el cuero cabelludo; y
 - signos de fractura de la base del cráneo.
- Si $\text{SatO}_2 < 94 \%$, si la escala de coma de Glasgow es < 10 , si hay signos vitales alterados, informar precozmente a la Regulación Médica.



BT5

BT5 – TRAUMA FACIAL

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

Traumatismo directo en la cara, con queja de dolor y presencia de edema, heridas, sangrados, deformidades, hematomas, equimosis, alteraciones visuales y de apertura bucal.

Conducta:

1. Realizar evaluación primaria (Instrucción BC1), con énfasis en:
 - mantener la permeabilidad de la vía aérea y la ventilación adecuada.
2. Suministrar O₂ con mascarilla no reinhalante 10-15 L/minuto si SatO₂ < 94 %.
3. Realizar la ventilación bajo presión positiva con BVM con reservorio, en el caso en que no se mantenga la ventilación u oxigenación adecuadas.
4. Controlar hemorragias, cubriendo las heridas con gasas o compresas estériles.
5. Realizar la evaluación secundaria (Instrucción BT2).
6. Inmovilizar con vendajes y bandas, envolviendo la mandíbula y el cráneo.
7. Mantener atención para la aparición de signos y síntomas de *shock* y/o descenso del nivel de conciencia.
8. Realizar la movilización cuidadosa y la inmovilización adecuada de la columna cervical, tronco y extremidades, en camilla con alineación anatómica, sin demora en el transporte.
9. Realizar contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de forma sistematizada.
10. Aguardar orientación de la Regulación Médica para instrucciones y/o transporte para la unidad de salud.

OBSERVACIONES:

- Realizar las tres «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- Considerar la cinemática del trauma y siempre buscar lesiones asociadas, en especial lesiones de la columna cervical y TCE.



BT6

BT6 – TRAUMA OCULAR

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

Trauma en el ojo con herida, quemadura, cuerpo extraño, hematoma, sangrado y/o enucleación.

Conducta:

1. Realizar evaluación primaria (Instrucción BT1) y evaluación secundaria (Instrucción BT2).
2. Establecer la conducta adecuada para cada situación:
 - Herida: cubrir el globo ocular con una gasa humedecida en suero fisiológico y proteger el lugar.
 - Quemadura química: realizar irrigación copiosa con agua o SF, iniciando lo más rápido posible; manteniendo la irrigación durante el trayecto al hospital o durante un tiempo mínimo de 20 minutos; cuidar que el otro ojo no sea alcanzado por el líquido de la irrigación, realizando el lavado del lado nasal hacia el lado auricular.
 - En las lesiones por cualquier producto químico en polvo, realizar limpieza mecánica cuidadosa de los párpados y la cara con una gasa y luego iniciar la irrigación continua de los ojos, manteniéndola durante el trayecto al hospital.
 - Quemadura térmica: enfriar, irrigando con SF; enseguida, cubrir ambos ojos con gasa humedecida en SF.
 - Cuerpo extraño: no remover el cuerpo extraño o solo hacerlo si está suelto, usando irrigación con SF; si el cuerpo extraño está incrustado, estabilizar el objeto (como mínimo en un tercio de la porción externa del objeto); no ejercer presión directa sobre cualquier lesión en el globo ocular; no hacer vendaje compresivo en el ojo con sangrado; cubrir ambos ojos con gasa estéril si fuera necesario impedir el movimiento ocular.
 - Enucleación: no intentar colocar el globo ocular enucleado dentro de la órbita; cubrir el globo con una gasa humedecida con SF y proteger el lugar; realizar vendaje oclusivo en ambos ojos.
3. Realizar la inmovilización adecuada de la columna cervical, tronco y miembros en plancha larga (camilla) con alineación anatómica, sin retraso para el transporte.
4. Realizar contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de forma sistematizada.
5. Aguardar orientación de la Regulación Médica para instrucciones y/o transporte

para la unidad de salud.

OBSERVACIONES:

- Realizar las tres «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- Considerar la cinemática del trauma y siempre buscar lesiones asociadas.



BT7

BT7 – NEUMOTÓRAX ABIERTO – HERIDA ABIERTA EN EL TÓRAX

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

Lesión abierta en el tórax con comunicación franca entre el aire ambiental y la cavidad pleural, evidenciada por el paso visible de aire a través de la herida. Generalmente es producido por objetos punzantes o lesiones por armas de fuego o arma blanca y, ocasionalmente, por trauma contuso.

Conducta:

1. Realizar evaluación primaria (Instrucción BT1) con énfasis en:
 - evaluación de la ventilación: presencia de disnea o malestar respiratorio, taquipnea, presencia de signos de hipoxia (ansiedad y agitación o apatía) o presencia de cianosis;
 - evaluación de la pared torácica anterior y posterior (si es posible) para detección de herida; y
 - cubrir inmediatamente la herida con un vendaje oclusivo con plástico o papel metálico con 3 puntos/lados de fijación.
2. Administrar O₂ en alto flujo para mantener SatO₂ ≥ 94 %.
3. Monitorear la oximetría de pulso.
4. Realizar evaluación secundaria (Instrucción BT2).
5. Mantener atención para la ocurrencia de nuevo esfuerzo respiratorio después de ese abordaje inicial.
6. En caso de empeoramiento del esfuerzo respiratorio, remover el vendaje de 3 puntos para permitir la descompresión de la tensión acumulada, fijándolo nuevamente enseguida.
7. Considerar la posibilidad de ocurrencia de paro respiratorio. En ese caso, iniciar ventilación bajo presión positiva con BVM con reservorio después de aplicación del vendaje plástico (Instrucción BC4).
8. Realizar la movilización cuidadosa y la inmovilización adecuada de la columna cervical, tronco y extremidades, en la camilla con alineación anatómica, sin demora en el transporte.
9. Realizar contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de forma sistematizada.

10. Aguardar orientación de la Regulación Médica para instrucciones y/o transporte para la unidad de salud.

OBSERVACIONES:

- Realizar las tres «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- Considerar la cinemática del trauma y siempre buscar posibles lesiones asociadas.
- Considerar ventilación con presión positiva de manera cuidadosa por el riesgo de neumotórax hipertensivo.



BT8

BT8 – TRAUMA ABDOMINAL ABIERTO - TAA

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

Lesión abierta en el abdomen, con mecanismo de trauma sugerente, como los causados por arma de fuego, arma blanca, accidentes con vehículos de motor, atropellamiento y otros.

Conducta:

1. Realizar evaluación primaria (Instrucción BT1) y secundaria (Instrucción BT2).
2. Suministrar O₂ con mascarilla no reinhalante 10-15 L/minuto si SatO₂ < 94 %.
3. Monitorear la oximetría de pulso.
4. Controlar sangrados externos.
5. Proveer cuidados con las heridas y objetos enclavados o empalados:
 - No deben ser movidos o removidos en la APH.
 - Deben ser fijados e inmovilizados para evitar el movimiento durante el transporte.
 - Si ocurre sangrado alrededor del objeto, hacer presión directa sobre la herida alrededor del objeto (con la propia mano y/o compresas); y
 - No palpar el abdomen para evitar mayor laceración de vísceras.
6. Proveer cuidados en caso de evisceración:
 - no intentar recolocar los órganos de vuelta en la cavidad abdominal; mantenerlos como fueron encontrados; y
 - cubrirlos con compresas estériles humedecidas con SF y plástico especial para evisceración, cuando esté disponible.
7. Realizar la movilización cuidadosa y la inmovilización adecuada de la columna cervical, tronco y extremidades, en camilla con alineación anatómica, sin demora en el transporte.
8. Realizar contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de forma sistematizada.
9. Aguardar orientación de la Regulación Médica para instrucciones y/o transporte para la unidad de salud.

OBSERVACIONES:

- Realizar las tres «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- Considerar la cinemática del trauma y siempre buscar posibles lesiones asociadas a otros segmentos.
- Prestar atención a las lesiones torácicas por debajo de la línea mamaria anterior, en el dorso por debajo de la línea infra-escapular y flanco (definido como área entre las líneas axilar anterior y posterior, del sexto espacio intercostal hasta la cresta ilíaca), pues pueden cursar con lesiones de órganos intraabdominales.



BT9

BT9 – TRAUMA ABDOMINAL CERRADO – TAC

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

Lesión cerrada en el abdomen, con mecanismo de trauma sugerente (accidentes con vehículos de motor, atropellamiento, violencia interpersonal y otros) asociado con algunos de los siguientes signos o síntomas:

- equimosis, contusiones, escoriaciones y otras lesiones en el abdomen;
- equimosis lineal transversal en la pared abdominal (signo del cinturón de seguridad);
- dolor y sensibilidad a la palpación abdominal;
- rigidez o distensión abdominal; y
- signos de *shock* sin causa aparente o más grave del que es explicado por otras lesiones.

Conducta:

1. Realizar evaluación primaria (Instrucción BT1) y secundaria (Instrucción BT2).
2. Suministrar O₂ con mascarilla no reinhalante 10-15 L/minuto si SatO₂ < 94 %.
3. Monitorear la oximetría de pulso.
4. Realizar la movilización cuidadosa y la inmovilización adecuada de la columna cervical, tronco y extremidades, en camilla con alineación anatómica, sin demora en el transporte.
5. Realizar contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de forma sistematizada.
6. Aguardar orientación de la Regulación Médica para instrucciones y/o transporte para la unidad de salud.

OBSERVACIONES:

- Realizar las tres «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- Considerar la cinemática del trauma y siempre buscar posibles lesiones asociadas en otros segmentos.
- No realizar la palpación profunda cuando haya evidencia franca de lesión, ya que esto puede aumentar hemorragias y empeorar otras lesiones.
- Puede haber asociación de trauma raquimedular en el trauma abdominal cerrado.



BT10

BT10 – TRAUMA RAQUIMEDULAR – TRM

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

- Impacto violento en la cabeza, cuello, tronco o en la pelvis por cualquier mecanismo (por ejemplo: agresiones, encarcelamiento en los escombros de un derrumbe).
- Aceleración o desaceleración repentina, inclinación lateral del cuello o tronco (por ejemplo, las colisiones de vehículo de motor a una velocidad de moderada a alta, atropellamiento de peatón, explosión).
- Cualquier tipo de caída, especialmente en los ancianos.
- Eyección o caída de vehículo de motor u otro dispositivo de transporte (patineta, *skate*, bicicleta, moto u otro).
- Accidente en aguas poco profundas (por ejemplo, buceo o surf).
- Lesión en la cabeza, con cualquier alteración del nivel de conciencia.
- Daño significativo en el casco.
- Lesión contusa importante en el tronco.
- Fractura por impacto u otro tipo de desaceleración en las piernas o las caderas.
- Lesión en el área de la columna vertebral.

Conducta:

1. Realizar evaluación primaria (Instrucción BT1) y conductas indicadas.
2. Suministrar O₂ con mascarilla no reinhalante 10-15 L/minuto si SatO₂ < 94 %.
3. Realizar evaluación secundaria (Instrucción BT2) y conductas indicadas.
4. Considerar la posibilidad de *shock* neurogénico (hipotensión sin taquicardia y con vasodilatación periférica y consecuente piel seca y caliente). Seguir instrucción específica (Instrucción BT4).
5. Realizar inmovilizaciones necesarias:
 - En la sospecha de lesión en la columna, inmovilizar en la posición supina (decúbito dorsal), alineada y neutra, sobre camilla rígida (o dispositivo similar de la misma finalidad), iniciando por la estabilización y alineación manual de la cabeza (si no hubiera contraindicación). Esta estabilización debe mantenerse durante todo el tiempo hasta la colocación del fijador de cabeza.

- La alineación de la cabeza está contraindicada y debe interrumpirse cuando ocurre empeoramiento del dolor referido, empeoramiento del patrón respiratorio, resistencia voluntaria al movimiento, inicio o aumento de déficit neurológico y espasmos de los músculos del cuello. En tales casos, inmovilizar la cabeza en la posición encontrada.
 - Paciente que se encuentra en el interior de vehículo:
 - realizar la retirada rápida si el paciente está grave, la escena es insegura o hay la necesidad de acceso a otro paciente con lesiones más graves o en PCR (Instrucción BP5);
 - utilizar equipo de retirada tipo KED cuando esté indicado; y
 - después de la retirada, inmovilizar en la camilla.
6. Realizar contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de forma sistematizada.
7. Aguardar orientación de la Regulación Médica para instrucciones y/o transporte para la unidad de salud.

OBSERVACIONES:

- Realizar las tres «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- Considerar la cinemática del trauma y siempre buscar posibles lesiones asociadas (Instrucción BT3).
- Recordar: la alineación cervical puede no ser posible en casos de tortícolis congénita u otra malformación o en deformidades degenerativas preexistentes.
- Si es necesario, utilizar cojín para mantener la alineación neutra de la cabeza o del tronco (en los niños) y garantizar la permeabilidad de las vías aéreas.
- El paciente que se encuentra de pie en la escena también debe ser inmovilizado, con instalación de camilla con técnica «en pie».



BT11

BT11 – TRAUMA DE EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

Paciente con trauma de extremidades presentando cualquiera de los siguientes signos o síntomas: dolor, herida, deformidad, crepitación, acortamiento, alteraciones sensitivas, vasculares o motoras.

Conducta:

1. Realizar evaluación primaria (Instrucción BT1).
2. Realizar evaluación secundaria (Instrucción BT2).
3. Controlar sangrado externo con vendaje compresivo estéril.
4. Realizar limpieza breve/enjuague de heridas abiertas con solución salina en caso de gran suciedad.
5. Cubrir heridas abiertas con gasa estéril.
6. Evaluar pulso periférico y perfusión, sensibilidad y movilidad.
7. Realizar la inmovilización de la parte afectada de acuerdo a la técnica más adecuada.
8. Realizar la movilización cuidadosa y la inmovilización adecuada de la columna cervical y tronco en camilla con alineación anatómica, sin demora del transporte.
9. Reevaluar pulso periférico y perfusión, la sensibilidad y la movilidad después de la inmovilización.
10. Realizar contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de forma sistematizada.
11. Aguardar orientación de la Regulación Médica para instrucciones y/o transporte para la unidad de salud.

OBSERVACIONES:

- Realizar las tres «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- Considerar la cinemática del trauma y siempre buscar posibles lesiones asociadas.



BT12

BT12 – FRACTURA EXPUESTA DE EXTREMIDADES

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

Paciente con trauma de extremidad que presenta:

- herida con exposición ósea; o
- herida sin exposición ósea, asociada a por lo menos uno de los siguientes signos y síntomas: deformidad, crepitación, acortamiento de miembro, alteraciones sensitivas, vasculares y motoras.

Conducta:

1. Realizar evaluación primaria (Instrucción BT1).
2. Realizar evaluación secundaria (Instrucción BT2).
3. Controlar sangrado externo con vendaje compresivo estéril.
4. Realizar limpieza breve/enjuague de heridas abiertas con solución salina en caso de gran suciedad.
5. Cubrir heridas abiertas y/o extremidades óseas con gasa estéril.
6. Evaluar pulso periférico y perfusión, sensibilidad y movilidad.
7. Realizar la inmovilización del segmento afectado, con énfasis en:
 - retorno a la posición anatómica, excepto si hay dolor significativo y/o resistencia al reposicionamiento; y
 - elección de la técnica más adecuada.
8. Reevaluar pulso periférico y perfusión, sensibilidad y movilidad después de la inmovilización.
9. Realizar la movilización cuidadosa y la inmovilización adecuada de la columna cervical, tronco y extremidades, en camilla con la alineación anatómica, sin demora del transporte.
10. Realizar contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de forma sistematizada.
11. Aguardar orientación de la Regulación Médica para instrucciones y/o transporte para la unidad de salud.

OBSERVACIONES:

- Realizar las tres «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- Considerar la cinemática del trauma y siempre buscar posibles lesiones asociadas.
- El retorno a la posición anatómica puede aliviar la compresión de arterias o nervios y mejorar la perfusión y la función neurológica.
- No vuelva a colocar el hueso expuesto en el interior de la herida.
- Si las extremidades óseas se retraen para dentro de la herida durante la inmovilización, anotar esa información en el formulario de atención que deberá ser pasado al personal del hospital.



BT13

BT13 – AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

Cuando en la evaluación de un miembro traumatizado, el profesional se enfrenta con la pérdida/remoción de una extremidad del cuerpo (total o parcial).

Conducta:

1. Realizar evaluación primaria (Instrucción BT1), con énfasis en el mantenimiento de la permeabilidad de las vías aéreas y de la buena ventilación.
2. Controlar hemorragia en el segmento afectado (iniciar con la compresión directa y considerar el uso de torniquete).
3. Cubrir la herida con vendaje seco.
4. Evitar manipular la lesión que no sangra (se puede romper el coágulo sanguíneo y ocurrir un nuevo sangrado).
5. Suministrar O₂ con mascarilla no reinhalante 10-15 L/minuto si SatO₂ < 94 %.
6. Monitorear la oximetría de pulso.
7. Considerar la posibilidad de *shock* (Instrucción BT4).
8. Realizar evaluación secundaria (Instrucción BT2).
9. Realizar cuidados con la parte amputada:
 - realizar limpieza breve con lactato de Ringer;
 - envolver en gasa estéril humedecida con lactato de Ringer;
 - colocar en bolsa plástica e identificar;
 - colocar la bolsa plástica en otro recipiente con hielo (no colocar la parte amputada en contacto directo con hielo); y
 - transportar el segmento amputado al hospital adecuado junto con el paciente.
10. Realizar la movilización cuidadosa y la inmovilización adecuada de la columna cervical, tronco y extremidades, en camilla con la alineación anatómica, sin demora del transporte.
11. Realizar contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de forma sistematizada.

12. Aguardar orientación de la Regulación Médica para instrucciones y/o transporte para la unidad de salud.

OBSERVACIONES:

- Realizar las tres «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- Considerar la cinemática del trauma y siempre buscar posibles lesiones asociadas en otros segmentos.
- En la identificación debe constar, al menos:
 - nombre del paciente (si está disponible);
 - segmento o parte amputada; y
 - fecha y hora del evento.
- Los cuidados de la parte amputada tienen por objeto aumentar el tiempo de viabilidad del segmento amputado en caso de eventual reimplante.
- No demorar el transporte en la tentativa de localizar la parte amputada. Policía u otros auxiliares deben permanecer en el lugar para buscarla y deben ser orientados en cuanto a los cuidados y la forma de transportarla. Deben ser informados sobre el hospital de destino del paciente.



BT14

BT14 – TRAUMA DE PELVIS

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

Trauma de pelvis asociado con algunos de los signos o síntomas siguientes:

- dolor en la región de la cadera;
- deformidad/crepitación/inestabilidad de la pelvis; y
- presencia de *shock* hipovolémico.

Conducta:

1. Realizar evaluación primaria (Instrucción BT1).
2. Realizar evaluación secundaria (Instrucción BT2).
3. Suministrar O₂ suplementario con mascarilla no reinhalante 10-15 L/minuto si SatO₂ < 94 %.
4. Verificar pulsos distales.
5. Colocar al paciente sobre camilla en posición decúbito supino e inmovilizar adecuadamente con los inmovilizadores y sujetadores de la camilla.
6. Inmovilizar conforme técnica apropiada y complementar con la inmovilización adecuada de la columna cervical, tronco y extremidades, en camilla con alineación anatómica, sin demora del transporte.
7. Realizar contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de forma sistematizada.
8. Aguardar orientación de la Regulación Médica para instrucciones y/o transporte para la unidad de salud.

OBSERVACIONES:

- Realizar las tres «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- Considerar la cinemática del trauma y siempre buscar posibles lesiones asociadas en otros segmentos.
- Ante la deformidad visible de la pelvis, no llevar a cabo el examen de la estabilidad del anillo pélvico o cualquier otra manipulación innecesaria, solo realizar la inmovilización.
- Movilizar cuidadosamente.



BT15

BT15 – QUEMADURA TÉRMICA (CALOR)

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

En la presencia de lesiones de los tejidos orgánicos a consecuencia de trauma de origen térmico resultante de la exposición o contacto con llamas, líquidos o superficies calientes.

Clasificación de las quemaduras de acuerdo con la profundidad (grado de profundidad y signos):

1. Primer Grado: lesiones solo de la epidermis: presencia de eritema.
2. Segundo Grado: lesiones de la epidermis y parte de la dermis: presencia de eritema más ampolla.
3. Tercer Grado: lesiones de la epidermis y de la dermis: presencia de piel blanca nacarada.

Conducta:

1. Alejar el paciente del agente causal o alejar el agente del paciente.
2. Realizar evaluación primaria (Instrucción BT1) y secundaria (Instrucción BT2).
3. En el paciente politraumatizado grave, priorizar la atención al trauma y los efectos sistémicos de la quemadura y después la quemadura.
4. Monitorear la oximetría de pulso.
5. Mantener permeabilidad de la vía aérea.
6. Observar el aspecto general de la cara del paciente: pestañas, cejas, pelos de la nariz y condiciones respiratorias, e informar a la Regulación Médica.
7. Administrar oxígeno en alto flujo.
8. Exponer el área quemada, retirando las ropas que no estén adheridas.
9. Retirar objetos tales como anillos, alianzas, pendientes, pulseras, reloj, cartera, cinturón, siempre que no estén adheridos a la piel.
10. Irrigar con SF en abundancia, con el objetivo de enfriar el área quemada; enseguida cubrir con compresas secas, estériles y no adherentes.
11. Prevenir la hipotermia, preferiblemente con una manta metálica.

12. Realizar la movilización cuidadosa y, si hay otros traumas concomitantes, realizar la inmovilización adecuada de la columna cervical, tronco y extremidades, en camilla con alineación anatómica sin demora del transporte.
13. Realizar contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de forma sistematizada.
14. Aguardar orientación de la Regulación Médica para instrucciones y/o transporte para la unidad de salud.

OBSERVACIONES:

- Realizar las tres «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- Considerar la cinemática del trauma y siempre buscar posibles lesiones asociadas, tales como lesiones traumáticas, quemaduras de vías aéreas, inhalación de humo y residuos tóxicos (ver instrucción específica).
 - No romper o perforar ampollas en la APH.
 - Determinar el área quemada por la Regla de los 9:

ÁREA CORPORAL	% EN EL ADULTO	% EN NIÑO Y LACTANTE
Cabeza y cuello	9	18
MMSS	9 (cada uno)	9 (cada uno)
MMII	18 (cada uno)	13.5 (cada uno)
Tronco anterior	18	18
Tronco posterior	18	18
Genitales	1	1
Total	100	100



BT16

BT16 – AHOGAMIENTO

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

Cuando hubiera tos o dificultad respiratoria o paro respiratorio debido a la inmersión o sumersión en líquido, pudiendo estar asociado a algunos de los siguientes signos y síntomas:

- disnea (malestar respiratorio);
- taquipnea (FR > 28 rpm) o bradipnea (FR < 8 rpm);
- hipoxia o cianosis;
- respiración superficial;
- espuma en cavidad nasal y oral;
- inconsciencia o alteración del nivel de conciencia;
- ausencia de respiración;
- ausencia de circulación.

Conducta:

1. Realizar evaluación primaria (Instrucción BT1) y evaluación secundaria (Instrucción BT2).
2. Monitorear oximetría de pulso.
3. Tranquilizar al paciente consciente.
4. En el paciente en paro respiratorio o cardiorrespiratorio, seguir Instrucciones específicas (instrucciones BC4, BC5).
5. Administrar O₂ en alto flujo con el objetivo de mantener SatO₂ ≥ 94 %.
6. En ausencia de trauma asociado o ante una demora en el transporte, proveer reposo en posición de recuperación.
7. Si hay trauma asociado, realizar la movilización cuidadosa y la inmovilización adecuada de la columna cervical, tronco y miembros, en camilla con alineación anatómica, sin demora del transporte.
8. Controlar la hipotermia: retirada de ropas mojadas, uso de mantas térmicas y/u otros dispositivos para calentamiento pasivo.

-
9. Realizar contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de forma sistematizada.
 10. Aguardar orientación de la Regulación Médica para instrucciones y/o transporte para la unidad de salud.

OBSERVACIONES:

- Realizar las tres «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- Considerar la cinemática del trauma y siempre buscar posibles lesiones asociadas.
- Prestar atención especial a la posibilidad de lesión de la columna cervical.

INSTRUCCIONES
GENERALES
EN SVB
BP



BP1

BP1 - TÉCNICAS BÁSICAS DE MANEJO DE VÍAS AÉREAS: MANIOBRAS MANUALES DE APERTURA

Indicación:

- Paciente inconsciente a consecuencia de lesión clínica o traumática, con posible obstrucción de la vía aérea por la flacidez de la lengua.

Material:

- EPI obligatorio.

Instrucciones:

1. Utilizar EPI.
2. Realizar maniobra de acuerdo a lo indicado:
 - LESIONES CLÍNICAS: maniobra de inclinación de cabeza con elevación del mentón; y
 - LESIONES TRAUMÁTICAS: maniobra de tracción de la mandíbula en el trauma y sus variaciones.

Maniobra de inclinación de la cabeza con elevación del mentón:

Indicada para pacientes con lesiones clínicas en los cuales no hay sospecha de lesión raquímedular o historia de trauma.

- Colocar una de las manos sobre la frente y la otra con los dedos índice y medio tocando el mentón del paciente.
- Realizar movimiento de elevación del mentón del paciente. Simultáneamente, hacer una ligera extensión del cuello.
- Mantener la boca del paciente abierta.

Maniobra de tracción de la mandíbula en el trauma (jaw thrust)

Indicada para pacientes con lesiones traumáticas donde hay sospecha de lesión raquímedular y/o historia de trauma.

- Colocarse en la cabecera del paciente.
- Realizar el control manual de la columna cervical para alineamiento y estabilización en posición neutra, colocando las manos abiertas una de cada lado de la cara del paciente.

- Los dedos índices del socorrista deben inicialmente apuntar en dirección a los pies.
- Colocar los dedos pulgares próximos al mentón y los demás alrededor del ángulo de la mandíbula del paciente.
- Simultáneamente, mientras mantiene la alineación con las manos, aplicar fuerza simétrica para elevar la mandíbula anteriormente (para el frente), mientras promueve la apertura de la boca con los pulgares.

Maniobra de tracción de la mandíbula en el trauma (jaw thrust) – Alternativa

Indicada para pacientes con lesiones traumáticas donde hay sospecha de lesión raquímedular y/o historia de trauma.

- Colocarse al lado del paciente.
- Mantener la inmovilización de la cabeza y del cuello en posición neutra a partir de la colocación de las manos una a cada lado del paciente. Los dedos deben inicialmente apuntar en dirección a la cabeza.
- Posicionar los dedos pulgares en la cara y los demás alrededor del ángulo de la mandíbula del paciente.
- Con los dedos posicionados, aplicar presión simétrica en la mandíbula para moverla anteriormente (para el frente) y levemente para abajo (en dirección a los pies).

Maniobra de elevación del mentón en el trauma (*chin lift in trauma*)

Indicada para pacientes con lesiones traumáticas donde hay sospecha de lesión raquímedular y/o historia de trauma.

- Con los dedos posicionados, el profesional tracciona el mentón anteriormente y levemente para abajo, elevando la mandíbula mientras abre la boca del paciente.
- Son necesarios dos profesionales (lo ideal).
- El primer profesional se coloca en la cabecera del paciente y ejecuta la alineación manual de la cabeza en posición neutra, estabilizando la columna.
- El segundo profesional se coloca al lado del paciente y con la mano pinza la arcada dentaria inferior, usando como base la mandíbula del paciente.



OBSERVACIONES:

- Retirar manualmente, con espátulas o pinzas Maguill, cualquier cuerpo extraño que pueda ser observado en la cavidad oral.
- Aspirar secreciones, preferiblemente con sonda de succión de punta rígida.



BP2

BP2 - TÉCNICAS BÁSICAS DE MANEJO DE VÍAS AÉREAS: CÁNULA OROFARÍNGEA (COF)

Indicación:

- Paciente inconsciente sin reflejo de vómito o tos, incapaz de mantener la vía aérea permeable.
- Para prevenir la mordedura del tubo traqueal en pacientes intubados.

Materiales y equipamiento:

- EPI obligatorio;
- COF de diferentes tamaños para adultos.

Instrucción:

1. Utilizar EPI.
2. Seleccionar el tamaño adecuado de la COF, de acuerdo a la técnica: posicionar el COF próximo a la cara del paciente y realizar la medición de la distancia entre la comisura labial y el lóbulo inferior de la oreja del mismo lado. Es ideal el tamaño que alcanza tales extremidades.
3. Retirar secreciones o sangre de la boca y faringe por medio de la succión.
4. Insertar la COF de acuerdo a la técnica: en el adulto, insertar la COF con la concavidad volteada hacia el paladar duro, hasta alcanzar la pared posterior de la faringe, cuando debe sufrir una rotación de 180° y ser acomodada.
5. Registrar el procedimiento en el formulario de atención.

OBSERVACIONES:

- Equivocaciones en la indicación, medición y posicionamiento pueden desencadenar el reflejo de la tos, causar obstrucción de las vías aéreas o generar laringoespasma y vómitos.
- Si ocurre el reflejo de la tos o vómito, suspenda el procedimiento.
- Observar posible respuesta vagal como laringoespasma, apnea y bradicardia.
- Evaluar la respuesta del paciente para el procedimiento, entre otras formas, por medio de la oximetría.



BP3

BP3 – OXIMETRÍA

Indicación:

- Pacientes que necesiten de evaluación del funcionamiento/comprometimiento ventilatorio y/o cardiovascular.

Material y equipamientos:

- EPI.
- Oxímetro portátil con sensor adecuado.

Instrucción:

1. Utilizar EPI.
2. Comunicar y orientar al paciente sobre el procedimiento prescrito.
3. Escoger y preparar la región en que será colocado el sensor (en adultos, preferir MMSS, dedo índice).
4. Encender el dispositivo.
5. Esperar a que el medidor suministre la lectura digital del valor (aproximadamente 30 segundos).
6. Registrar datos en la historia clínica del paciente.

OBSERVACIONES:

- Es importante que la fuente de luz y el detector estén alineados, secos y limpios.
- Si la lectura de los resultados es sospechosa por incompatibilidad con el cuadro, verifique la condición clínica y los signos vitales del paciente y, enseguida, inspeccione el oxímetro para verificar su funcionamiento.
- Factores de interferencia en la medición de la saturación:
 - baja saturación de oxígeno - inferior a 70 %;
 - movimiento excesivo del paciente;
 - luminosidad excesiva;
 - baja perfusión periférica (hipotensión, hipotermia, y otros);
 - hipoxia local;
 - sospecha de anemia;
 - hiperpigmentación de la piel;
 - edema local;
 - convulsión;
 - interferencia (esmalte de uñas);
 - utilización incorrecta del sensor;
 - oclusión arterial próxima al sensor (oclusión patológica, mecánica y/o traumática);
 - pacientes en PCR o *shock*; y en los casos en que hay dificultad de detección en las extremidades (mala perfusión), optar por el lóbulo de la oreja.
- Informar al médico regulador la evolución/comportamiento de los valores de la oximetría.
- En los casos en que no hay detección de lectura, chequear el cable de energía eléctrica y el cable intermediario. Siendo el oxímetro portátil, chequear las pilas/baterías.



BP4

BP4 - CONTROL DE HEMORRAGIAS: COMPRESIÓN DIRECTA DE LA LESIÓN

Indicación:

Lesiones o heridas con sangrados externos visibles observados durante la evaluación inicial.

Materiales:

- equipo de protección individual (EPI) obligatorio;
- gasa o compresa estéril;
- venda adhesiva o vendaje triangular;
- tijera de punta roma.

Instrucciones:

1. Utilizar EPI.
2. Identificar el lugar del sangrado.
3. Comunicar al paciente sobre el procedimiento necesario.
4. Exponer la herida (cortar las ropas, si es necesario).
5. Verificar rápidamente la presencia del pulso y la perfusión distal.
6. Aplicar gasas o compresa estéril directamente sobre la herida.
7. Aplicar compresión manual directa sobre la herida (la presión debe mantenerse hasta que la hemorragia se detenga).
8. Realizar vendaje compresivo utilizando vendaje triangular, venda adhesiva u otro material disponible para fijación:
 - Heridas en las extremidades pueden recibir ligadura circular.
 - Sangrados en el cuello pueden recibir ligadura circular debajo de la axila contralateral.
9. Después de la aplicación del vendaje compresivo, verificar la presencia del pulso y la perfusión distal.

10. En la persistencia de la hemorragia externa en miembros superiores e inferiores, realizar el uso del torniquete (Instrucción BP9).
11. Registrar el procedimiento realizado en el formulario de atención.

OBSERVACIONES:

- La compresión directa debe ser la primera opción técnica en el control de las hemorragias externas.
- En caso de que haya indicios de sangrado bajo el vendaje, no quite la venda o vendaje empapado, aplicar un nuevo vendaje sobre el primero ejerciendo mayor presión manual. En caso de que no se controle la hemorragia con esta técnica, considerar el uso del torniquete.
- No retirar objetos enclavados. En este caso, la presión debe ser aplicada en uno de los lados del objeto.
- Lesiones en el cuero cabelludo requieren compresión a lo largo de los bordes de la herida. En presencia de fracturas abiertas o hundimiento craneal, la compresión debe llevarse a cabo con cuidado, seguida de ligadura apropiada.



BP5

BP5 – ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Indicación:

Instrumento utilizado en la evaluación neurológica para determinar el nivel de conciencia y detectar precozmente alteraciones. Permite evaluación objetiva de la función cerebral, principalmente en evaluaciones neurológicas seriadas.

Materiales:

- Equipamiento de protección individual (EPI) obligatorio.

Instrucción:

1. Iniciar la evaluación por la apertura ocular y anotar (otorgar puntos) de acuerdo con la mejor respuesta obtenida:
 - Si la apertura ocular es espontánea: 4 puntos.
 - En la ausencia de apertura ocular espontánea, utilizar un estímulo verbal solicitando la apertura de los ojos o simplemente llamando al paciente. Si el paciente atiende al estímulo verbal: 3 puntos.
 - En la ausencia de apertura ocular al estímulo verbal, utilizar un estímulo doloroso, preferentemente compresión del lecho ungueal, pinzamiento digital del músculo trapecio o pinzamiento digital del músculo esternocleidomastoideo. Si el paciente abre los ojos después del estímulo doloroso: 2 puntos.
 - En la ausencia de apertura ocular aún después de estímulo doloroso: 1 punto.

Observación: Si hubiera algún impedimento para esa evaluación, se debe otorgar un (1) punto y presentar justificación. Ejemplo: A0:1 (edema periorbitario bilateral).

2. Evaluar la respuesta verbal y otorgar puntos según la mejor respuesta obtenida posible. Utilizar preguntas simples para evaluación de la orientación en tiempo, espacio y persona:
 - «¿Cuál es su nombre?» o «¿Qué aconteció con usted?».
 - Considerar «orientado» el paciente que responde coherentemente a las preguntas: 5 puntos.
 - Considerar «confuso» el paciente que, aunque responda a las preguntas, demuestra desorientación en el tiempo y en el espacio y/o incomprensión de la situación actual y/o incoherencia con la realidad: 4 puntos.
 - Considerar el uso de palabras inapropiadas: 3 puntos.

- Considerar el uso de sonidos incomprensibles: 2 puntos.
- En la ausencia de respuesta verbal: 1 punto.

Observación: Si hubiera algún impedimento para esa evaluación, se debe otorgar un (1) punto y presentar justificación. Ejemplo: MRV:1 (intubación) o MRV:1 (T).

3. Evaluar la respuesta motora y otorgar puntos según la mejor respuesta obtenida posible. Dar un mando claro y simple para una acción motora: «Muestre el dedo», «Abra las manos», u otro.

Si el paciente obedece al mando: 6 puntos.

- En la ausencia de respuesta al mando, utilizar un estímulo doloroso para la evaluación de la respuesta. Preferir los siguientes estímulos: compresión del lecho ungueal, pinzamiento digital del músculo trapecio o pinzamiento digital del músculo esternocleidomastoideo.
- Considerar respuesta de «localización» si el paciente localiza e intenta alejar el estímulo doloroso: 5 puntos.
- Considerar respuesta de «retirada» si el paciente intenta alejar el estímulo doloroso mediante flexión del miembro estimulado: 4 puntos.
- Considerar respuesta de «flexión anormal (postura de decorticación)» si el paciente responde con aducción del hombro y flexión del codo, acompañadas de flexión de puño y dedos asociada a hiperextensión, flexión plantar y rotación interna del miembro inferior (unilateral o bilateral): 3 puntos.
- Considerar respuesta de «extensión anormal (postura de descerebración)» si el paciente responde con hiperextensión de los miembros, rotación de miembro superior y flexión de puños: 2 puntos.
- Considerar «respuesta ausente» si el paciente no presenta ninguna respuesta, aún mediante estímulo doloroso: 1 punto.



ESCALA DE COMA DE GLASGOW EN ADULTOS Y NIÑOS POR ENCIMA DE 4 AÑOS

Parámetro	Respuesta observada	Puntuación
Apertura ocular	Apertura ocular espontánea	4
	Apertura ocular bajo mando verbal	3
	Apertura ocular bajo estímulo doloroso	2
	Sin apertura ocular	1
Mejor respuesta verbal	Respuesta adecuada (orientada)	5
	Respuesta confusa	4
	Respuestas inapropiadas	3
	Sonidos incomprensibles	2
	Sin respuesta verbal	1
Mejor respuesta motora	Obedece mandos	6
	Localiza estímulos dolorosos	5
	Retira el estímulo doloroso	4
	Flexión anormal (decorticación)	3
	Extensión anormal (descerebración)	2
	Sin respuesta motora	1

OBSERVACIONES:

- Cada indicador debe ser evaluado de forma independiente de los demás.
- El puntaje varía de 3 (ausencia de reacción) a 15 (paciente con capacidad de respuesta y alerta), sumándose los tres ítems evaluados (apertura ocular, mejor respuesta verbal y mejor respuesta motora).
- Es importante descartar causas clínicas y estados mórbidos previos que alteren la función neurológica y puedan afectar su evaluación.
- De acuerdo con el puntaje obtenido en la escala de coma de Glasgow, los traumas craneoencefálicos (TCE) pueden ser clasificados en TCE leve: 13 a 15 puntos; TCE moderado: 9 a 12 puntos; TCE severo: 3 a 8 puntos.



BP6

BP6 – ESCALA PREHOSPITALARIA PARA AVC DE CINCINNATI

Indicación:

En todas las situaciones de sospecha clínica de enfermedad vascular cerebral (EVC):

1. Signos de alerta de EVC isquémica:
 - Inicio súbito de déficits neurológicos focales: plejía o paresia facial súbita (desvío de la comisura labial y alteración de la expresión facial); plejía o paresia en miembros superiores (MMSS), miembros inferiores (MMII) o en hemicuerpo; parestesia o hipoestesia en cara, MMSS o MMII.
 - Disfasia o afasia súbita.
 - Disturbio visual súbito, unilateral o bilateral.
 - Alteración de la marcha, coordinación y equilibrio.
 - Pérdida súbita de memoria.
 - Vértigo, síncope o convulsión.
 - Cefalea de causa desconocida.
2. EVC hemorrágica: generalmente sin signos de alerta. Sospechar cuando estén presentes:
 - Cefalea súbita e intensa, sin causa conocida.
 - Náuseas y vómitos.
 - Diplopía.
 - Alteración del nivel de conciencia (de confusión mental a incapacidad de respuesta).

Materiales:

- Equipamiento de protección individual (EPI) obligatorio.

Instrucciones:

1. Aplicar la escala de Cincinnati – evaluación rápida de tres parámetros:

PARÁMETROS CÓMO PROBAR		CÓMO EVALUAR	
		NORMAL	ALTERADO
Presencia de plejía, paresia o asimetría facial súbita.	Pedir al paciente sonreír o mostrar los dientes.	Movimiento simétrico de cara.	Movimiento asimétrico de cara.
Presencia de debilidad de las extremidades superiores.	Se pide al paciente cerrar los ojos y elevar los MMSS, manteniéndolos en la posición por 10 segundos.	Ambos miembros son sustentados igualmente.	Ausencia de movimiento o extensión parcial de un miembro.
Presencia de alteración del habla.	Se pide al paciente decir una frase. Sugerencia: «El ratón roe la ropa del rey de Roma»	Habla correcta con pronunciación clara.	Habla incomprensible o inadecuada, o el paciente es incapaz de hablar.

OBSERVACIONES:

- Delante de la sospecha de EVC, realizar evaluación primaria (Instrucción BC1) y evaluación secundaria (Instrucción BC2) e implementar medidas básicas de soporte conforme Instrucción BC14.



BP7

BP7 - EVALUACIÓN DE LA GLICEMIA CAPILAR

Indicación:

Evaluación del nivel glicémico del paciente con:

- alteración del nivel de conciencia (instrucciones BC14, BC15);
- convulsiones (Instrucción BC16);
- otros signos de hipo o hiperglicemia (instrucciones BC18 y BC19);
- historia clínica de patología metabólica (diabetes, hipoglicemia, hiperglicemia) con o sin el uso de insulina; cualesquiera otras situaciones según lo indicado por la Instrucción y/o bajo la orden del médico regulador o médico en la escena.

Materiales y equipamiento:

- equipo de protección individual (EPI) obligatorio;
- material para antisepsia: algodón/gasa y aplicador con alcohol al 70 %;
- glucómetro (de acuerdo modelo estandarizado en servicio);
- lancetas estériles y/o disparador de lancetas adecuado;
- cintas reactivas compatibles con el modelo de glucómetro disponible;
- colector de residuos perforantes-cortantes.

Instrucción:

1. Uso EPI.
2. Seleccionar el material adecuado.
3. Orientar al paciente con respecto a la realización del procedimiento, si es posible.
4. Elegir el sitio de la punción; dar preferencia a la parte lateral de la extremidad de las yemas de los dedos.
5. Limpiar el área con un algodón humedecido con alcohol al 70 % y dejar secar.
6. Encender el aparato (glucómetro) y colocar la cinta reactiva en el aparato.
7. Realizar una ligera presión en la punta del dedo para estimular el llenado capilar.

8. Realizar punción con la lanceta y/o disparador de lancetas en el borde lateral de la yema del dedo.
9. Obtener volumen de sangre suficiente para llenar el campo reactivo de la cinta (superficie absorbente de la cinta reactiva).
10. Después de la absorción de la gota, presionar el lugar de la punción con un algodón empapado en alcohol al 70 %.
11. Esperar la lectura digital del valor de la glucosa sanguínea.
12. Comunicar el resultado al paciente y al personal.
13. Desechar la lanceta en el colector de residuos perforantes-cortantes y demás materiales en la basura contaminada.
14. Realizar la desinfección del glucómetro de conformidad con las directrices del fabricante.
15. Retirar los guantes e higienizar las manos.
16. Registrar los valores medidos en el formulario de atención.
17. Comunicar el resultado y seguir orientación de la Regulación Médica o del médico en la escena.

OBSERVACIONES:

- Realizar las 3S (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- Enfermeros, técnicos y auxiliares de enfermería pueden realizar este procedimiento desde que estén capacitados.
- Los servicios deben garantizar que sus profesionales sean capacitados para usar el glucómetro disponible.
- Considerar:
 - La realización de prueba o calibración del glucómetro de acuerdo con las recomendaciones del fabricante; la verificación de la compatibilidad del código del glucómetro y de la cinta reactiva.
 - El secado posterior a la antisepsia (antes de la punción) es fundamental para evitar alteración en el resultado.
 - Algunos modelos de glucómetro encienden automáticamente al insertarse la cinta reactiva.
 - Debido a la posición anatómica de las terminaciones nerviosas, la punción en la parte lateral de la extremidad de las yemas de los dedos puede reducir la percepción del dolor.



- La cantidad de material sanguíneo debe ser suficiente para el llenado del área capilar; si no es adecuado, realizar nueva punción.
- Pacientes con baja perfusión pueden requerir calentamiento de la extremidad o su posicionamiento por debajo de la línea del corazón.
- En caso de necesidad de repetir el procedimiento, prestar atención a la importancia de la rotación del lugar de la punción.
 - Se recomienda repetir la evaluación en el caso de valores alterados: la glicemia elevada (o HI-high) y por debajo de 60 mg/dL (LOW), y después del abordaje con medicamentos (si está indicado).
 - Mantenga la caja de tiras reactivas en un lugar fresco y seco (< 40 °C).



BP8

BP8 - AVDI

Indicación:

Evaluación neurológica simplificada con el objetivo de describir rápidamente el estado de conciencia y detectar alteraciones precoces.

Material:

- Equipamiento de protección individual (EPI) obligatorio.

Instrucciones:

1. Utilizar EPI.
2. Observar la apertura ocular para determinar si el paciente está alerta o no (A).
3. En la ausencia de apertura ocular, utilizar un estímulo verbal para evaluar la presencia o no de respuesta (V):
 - Utilizar las preguntas: «¿Cuál es su nombre?» o «¿Qué aconteció con usted?».
4. En la ausencia de respuesta al estímulo verbal, promover un estímulo doloroso para evaluar si el paciente responde (D):
 - Las opciones de estímulo doloroso más adecuadas son: compresión del lecho ungueal, pinzamiento digital del músculo trapecio o pinzamiento digital del músculo esternocleidomastoideo.
5. Considerar, después de la detección de la ausencia de apertura ocular y de respuesta al estímulo verbal y doloroso, que el paciente está inconsciente (I).

OBSERVACIONES:

- El acrónimo AVDI significa A (alerta), V (responde a estímulos verbales), D (responde a estímulos dolorosos), I (inconsciente).
- La escala no permite evaluación de cómo el paciente responde específicamente a los estímulos aplicados. Es evaluado solo si responde (sí o no).
- Es un abordaje poco preciso y debe ser utilizado solo como evaluación rápida del estado neurológico, no sustituyendo otras estrategias de evaluación neurológica existentes, como la escala de coma de Glasgow.

INSTRUCCIONES
ESPECIALES
EN SVB
PE



PE1

PE1 – ASPECTOS GENERALES DE EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DE ESCENA

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

Esta instrucción es una parte integral de las 3 «S» para la seguridad y se aplica a todas las atenciones. La evaluación de la seguridad de la escena debe ser la primera prioridad del profesional y debe anteceder al inicio del abordaje del paciente.

Conducta:

1. Realizar los tres pasos para evaluación de la escena:

Paso 1:

- Considerar informaciones pasadas por la Central de Regulación (¿Cuál es la situación?), y por otros equipos en el lugar o testigos:
 - tipo/naturaleza del evento;
 - solicitante;
 - número de pacientes;
 - vehículos implicados;
 - situación en curso, otros.
- Al llegar a la escena, observar:
 - tipo/naturaleza del evento;
 - acceso (¿difícil?);
 - situación general: personas en el entorno;
 - presencia de otros servicios;
 - presencia de agentes de riesgo que ponen en peligro la seguridad: animales, fuego, productos peligrosos, estructuras inestables, cables eléctricos, acceso difícil, tránsito intenso, armamento, aglomeración de personas y riesgo de pánico en masa, fluidos corporales, múltiples pacientes, otros.

Paso 2:

Considerar las posibilidades de evolución de la situación:

- ¿Hacia dónde la situación puede evolucionar en los próximos minutos u horas?:
 - ¿cables energizados y sueltos?, ¿choque eléctrico?;
 - ¿explosión?;
 - ¿intoxicación con humo?;
 - ¿colapso de estructuras?;
 - ¿hostilidad y/o violencia interpersonal?;
 - ¿escape de productos?;
 - ¿contaminación?;
 - ¿vías intransitables?;
 - aumento del número de pacientes?, otros.

Paso 3:

¿Cómo controlar la situación?

- Considerar el accionamiento de recursos de apoyo y/o especializados como los siguientes:
 - equipos adicionales del CRUE;
 - cuerpo de bomberos;
 - cuerpo de policía;
 - departamento de tránsito;
 - compañía de agua o de energía eléctrica;
 - servicio médico aéreo;
 - concesionaria de carreteras, otros.
- Los accionamientos deben ser realizados por la Central de Regulación Médica.

2. Después de evaluar los tres pasos, definir:

- «ESCENA SEGURA»: iniciar las instrucciones de aproximación y abordaje del paciente (instrucciones PE7, PE2, PE3).



- «ESCENA INSEGURA»:
 - posicionarse en un lugar seguro y próximo (considerar medidas de seguridad ya realizadas o señalizadas por otros servicios ya presentes en la escena);
 - comunicarse inmediatamente con la Central de Regulación para informar detalles y definir solicitud de apoyo;
 - considerar las acciones básicas de seguridad y el control de la escena;
 - esperar orientación y apoyo en un lugar seguro.
- 3. Considerar las acciones de seguridad y control de la escena INSEGURA utilizando reglas básicas de posicionamiento delante de riesgos, como son las siguientes:
 - Red eléctrica afectada, posicionarse al lado de los postes que aún estuvieran intactos.
 - Presencia (o sospecha) de materiales tóxicos inhalables o humo, tomar en consideración la dirección del viento y/o del humo antes de posicionarse. Posicionarse siempre a favor del viento.
 - Fuego y humo en la escena, además de la dirección del viento, posicionarse por lo menos a 50 m de distancia del lugar.
 - Escape de combustible, posicionarse en la dirección opuesta al sentido del escape.
 - Riesgo de inundación, posicionarse en lugar alto y distante.
 - Riesgo de colapso de estructuras (edificios o carreteras), considerar la posibilidad de extensión y propagación de los daños y posicionarse en un lugar seguro.
 - Escenarios hostiles con posibilidad de violencia contra el personal (presencia de armas, individuos hostiles, animales, u otros), mantenerse a distancia en lugar seguro hasta la llegada de apoyo.
 - Si hubiera evolución hacia un escenario hostil con el equipo ya en la escena, considerar la salida estratégica delante de amenaza percibida o potencial, con inmediata comunicación a la Central de Regulación.
 - Si la escena ya cuenta con la presencia de otros equipos o servicios (bomberos, policía, u otros), considerar la señalización y las acciones de seguridad ya realizadas y presentarse al mando de la escena para disponibilidad de recursos y orientaciones de seguridad.
- 4. Reevaluar la escena con frecuencia, pues los factores se pueden alterar con rapidez.

OBSERVACIONES:

- Objetivo: identificar rápidamente los diferentes factores de riesgo que están relacionados con la ocurrencia de los hechos con miras a la toma de decisión para su control e inicio del abordaje.
- La primera prioridad del equipo debe ser su seguridad. El deseo de ayudar no debe sobreponerse a la propia seguridad del equipo.
- En los escenarios hostiles, es útil el uso de señales o palabras previamente establecidas para situaciones que exijan salida estratégica.



PE2

PE2 – REGLAS GENERALES DE BIOSEGURIDAD

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

Esta instrucción es una parte integral de las 3 «S» para la seguridad y se aplica a todas las atenciones. Bioseguridad comprende un conjunto de acciones destinadas a prevenir, controlar, mitigar o eliminar los riesgos inherentes a las actividades que puedan interferir o comprometer la calidad de vida, la salud humana y el medio ambiente.

Conducta:

1. Reglas generales de bioseguridad durante la atención médica:

- Utilizar EPI obligatorio:
 - uniforme completo presentable, con rayas reflectantes y mangas largas;
 - calzado cerrado impermeable adecuado;
 - guantes de examen;
 - anteojos de protección;
 - máscara facial;
 - casco (para el caso de conductores de motocicletas para servicios de prestación de socorro).
- Aplicar prácticas apropiadas:
 - mantener uñas cortas y limpias (no usar uñas postizas);
 - mantener el cabello recogido (si es aplicable);
 - no utilizar adornos en exceso como cadenas, pulseras, anillos y pendientes grandes y pequeños, si del tipo anillo;
 - no hacer uso de perfume de aromas fuertes durante el horario de trabajo;
 - cambiar los guantes durante la atención si hay contacto con materiales con alta concentración de microorganismos (por ejemplo, materia fecal) o en caso de realización de procedimientos invasivos diferentes en un mismo paciente;
 - con las manos enguantadas, evitar tocar cerraduras, manubrios, teléfonos y otros y, si ocurre, garantizar la realización de la limpieza concurrente de esos elementos al final de la atención.

2. Reglas generales de bioseguridad para el período posterior a la atención médica:

- Higiene personal:
 - Lavar cuidadosamente las manos y los antebrazos con agua y jabón después de quitarse los guantes y, en la imposibilidad de lavar las manos, utilizar alcohol gel o similar.
 - Cambiar el uniforme siempre que este se encuentre húmedo o reciba salpicaduras de fluidos corporales de un paciente.
- Cuidados con la eliminación de residuos y de material contaminado:
 - Recoger de la escena, de la ambulancia, todos los residuos producidos durante la atención (guantes, gasas, etc.) para descartarlos en el recipiente propio de la ambulancia.
 - Desechar la bolsa de desperdicios de la ambulancia cuando esta alcance 3/4 de la capacidad; el descarte debe ser realizado exclusivamente en el colector de basura hospitalario adecuado y previamente pactado.
- Cuidados con el descarte del material perforante-cortante:
 - Utilizar colector de material perforante-cortante (de pared rígida, impermeable y con tapa) para descarte de estos materiales.
 - Realizar el descarte cuando el colector de objetos perforantes-cortantes alcance 2/3 de la capacidad.
 - No dejar el colector de material perforante-cortante en el suelo o suelto sobre el mostrador de la ambulancia.
 - Para descartar cuando está lleno, seguir las recomendaciones del fabricante para el cierre.
- Realizar la limpieza simultánea de la ambulancia y de los materiales y equipamientos al final de cada atención.

3. Prácticas generales de bioseguridad aplicadas al ambiente prehospitalario:

- Lavarse las manos siempre:
 - después de las funciones fisiológicas y/o personales, como usar el baño, alimentarse, peinar los cabellos, sonarse la nariz, fumar.
 - después de procedimientos, al final de cada atención, después de quitarse los guantes, contacto con objetos, mobiliario y documentos de la ambulancia y siempre que se encuentre con suciedad.
- Para la limpieza de las manos, dar preferencia al uso de dispensadores de pared con accionamiento manual y secar usando papel de toalla.



- Utilizar bolsa de basura blanco lechoso para descarte de basura en la ambulancia.
 - No permitir comer, beber, fumar o utilizar/aplicar cosméticos dentro de la ambulancia.
 - Utilizar el uniforme exclusivamente durante el horario de trabajo, evitándose su uso en el desplazamiento por transporte público o privado, lugares de alimentación y otros ambientes.
 - La limpieza de gafas de protección puede ser realizada con agua, jabón e hipoclorito de sodio.
 - No utilizar alcohol al 70 %.
4. Medidas de prevención contra accidentes que implican sangre y otros fluidos orgánicos:
- Tener sumo cuidado durante la realización de procedimientos invasivos.
 - Nunca utilizar los dedos como mampara durante la realización de procedimientos que involucren material perforante-cortante.
 - Nunca volver a tapar, doblar, romper o desconectar la aguja de la jeringa.
 - No utilizar agujas para fijar documentos.
 - Desechar agujas, escalpes, cuchillas de bisturí y cristal, aunque estériles, en recipiente propio.
 - No descartar material perforante-cortante en saco de basura común, aunque sea blanco.
 - Usar zapatos cerrados (no tejidos) para protección de los pies en lugares húmedos, con presencia de material biológico o cuando existe riesgo de lesión percutánea.

OBSERVACIONES:

- Los profesionales con lesiones cutáneas secretoras o exudativas deben evitar actividades de intervención y cuidado del paciente.
- Cualquier accidente que involucre al profesional del CRUE con o sin la implicación de riesgos biológicos, se debe informar inmediatamente a la Regulación Médica y a la gerencia del servicio, tan pronto como sea posible.
- Los servicios deben establecer rutinas para los casos de accidentes de trabajo de cualquier naturaleza.
- El uso de máscaras faciales individuales del tipo N95 (o PFF2), con o sin válvula de exhalación, debe ser limitado a la atención de pacientes con alta sospecha o confirmación de patología transmitida por microorganismos menores o iguales a 5 micras en forma de aerosol, como, tales como, tuberculosis pulmonar bacilífera, influenza A (H1N1), síndrome respiratorio agudo grave (SRAG o SARS), sarampión o varicela. Otras circunstancias o condiciones epidémicas pueden indicar su necesidad de uso. Estas máscaras son reutilizables y su tiempo de uso es evaluado para su integridad.
- Considerar las orientaciones sobre accidentes con material biológico en el procedimiento correspondiente.



PE3

PE3 – PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

Esta instrucción es una parte integral de las 3 «S» de seguridad y se aplica a todas las atenciones.

Conducta:

1. Prácticas para la identificación del paciente:

- Identificar al paciente en el formulario de atención con dos o más informaciones, entre ellas: nombre completo sin abreviaturas, acompañado de dirección completa, fecha de nacimiento y/o registro de un documento.
- Para pacientes inconscientes, confusos o sin condiciones de informar y sin acompañantes:
 - realizar búsqueda activa de documentos en las pertenencias y hacer la identificación como se indicó anteriormente; y
 - en ausencia de documentos, describir detalladamente en el formulario de atención dos o más características personales (sexo, etnia, ropas y lugar donde el paciente fue encontrado).
- Se recomienda la utilización de una cinta de identificación simple en la muñeca derecha del paciente con los datos disponible y la dirección en donde él fue encontrado.
- En la ocurrencia de parto en el ambiente prehospitalario, utilizar las fichas de identificación en la madre y en el recién nacido.

2. Prácticas para una atención médica limpia y segura:

- Lavar las manos antes y después de procedimientos o del contacto con el paciente y/o del contacto con material biológico.
- En la falta de disponibilidad de agua y jabón, utilizar solución a base de alcohol.
- Usar siempre guantes durante la atención.
- Garantizar buenas prácticas en la realización de procedimientos invasivos, lo mismo en situaciones de urgencia.
- Realizar los procedimientos de lavado y desinfección interna de la ambulancia, de acuerdo a las instrucciones establecidas.
- Descartar material perforante-cortante en el lugar adecuado.

- Recoger envoltentes y otros artefactos de la escena para su correcta eliminación.
3. Prácticas para la utilización de catéteres y sondas:
 - Verificar adecuación y permeabilidad de los dispositivos y conexiones antes de iniciar la perfusión.
 4. Prácticas para un procedimiento seguro:
 - Realizar el chequeo diario de los materiales, medicamentos y equipamiento y realizar la reposición de los elementos faltantes.
 - Prestar atención al almacenamiento correcto, plazo de vigencia e integridad de las envolturas.
 - Prever y comunicar etapas críticas y/o posibles eventos críticos durante la realización del procedimiento.
 - Registrar la realización de procedimientos, número de intentos y complicaciones, si las hubiera.
 5. Prácticas para la administración segura de medicamentos y soluciones:
 - Identificar adecuadamente los elementos de la mochila de medicamentos para facilitar la localización.
 - Asegurarse de los «5 correctos» de la administración de medicamentos: paciente correcto, medicamento correcto, vía correcta, hora correcta, dosis correcta.
 - Utilizar materiales y técnicas asépticos en la administración de medicamentos parenterales.
 - Utilizar recursos de comunicación en circuito cerrado para confirmar la prescripción verbal en situación de emergencia y también después de la administración de medicamentos.
 - Destacar en el formulario de atención la información positiva sobre alergias a algún medicamento.
 - Mantener una lista de los medicamentos utilizados en el servicio con su respectiva presentación, dosis utilizada y principales cuidados para permitir una consulta rápida.
 - Registrar en el formulario de atención: droga, dosis, diluyente, tiempo/velocidad de perfusión y demás informaciones concernientes a la administración.
 - Notificar al servicio la aparición de reacciones o efectos adversos resultantes del uso de medicamentos.
 6. Prácticas para promover la participación del paciente en su propia seguridad:



- Incentivar y valorizar la presencia del acompañante.
- Utilizar un lenguaje comprensible para la comunicación con el paciente.
- Comunicar al paciente y/o sus familiares todos los procedimientos y los referimientos a ser realizados.

7. Prácticas para la comunicación efectiva:

- Utilizar recursos de comunicación en circuito cerrado durante la atención.
- Realizar el pasaje sistematizado del cuadro clínico del paciente durante la transición del cuidado del paciente para la unidad de destino.
- Llenar adecuadamente el formulario de atención y entregar una copia para la unidad de destino.
- Registrar el nombre del profesional que recibió el paciente en la unidad de destino.
- Escribir con letra legible.

8. Prevención de caídas y accidentes:

- En la escena, aproximar al máximo la camilla retráctil del lugar donde está el paciente para evitar desplazamiento largo en la plancha.
- En la camilla, arreglar al paciente con, como mínimo, 3 cinturones de seguridad (3 puntos diferentes).
- En la camilla, realizar la fijación del paciente con los cinturones de seguridad.
- Transportar pacientes agitados, físicamente restringidos o con alto riesgo de caída siempre con la camilla a baja altura.
- Anotar en el formulario si hay riesgo de caída.
- Transporte de niños con < de 6 meses:
 - Siempre en el regazo de la persona responsable y en la ausencia de esta, en el regazo del profesional de la salud, excepto si hay indicación de uso de incubadora de transporte.
 - Los adultos deben estar con los cinturones apropiadamente abrochados. El profesional de enfermería debe permanecer cerca para mantener la atención en el paciente y velar por la seguridad de este.
- El transporte de niños mayores de 6 meses:
 - En la camilla, acompañados de la persona responsable. Si esta actitud provoca ansiedad en los niños menores, ellos pueden ser transportados en el regazo por el responsable o por el profesional de enfermería.

- Todos deberán estar con los cinturones de seguridad abrochados.
- El profesional de enfermería debe permanecer cerca para mantener la atención en el paciente y velar por la seguridad de este.
- Seguir las reglas de conducción de vehículos de emergencia.

9. Prevención de úlceras por presión:

- En la camilla, utilizar cojines en los puntos más susceptibles a la presión.
- En el transporte a larga distancia, si es posible, promover el cambio de la posición decúbito y utilizar cojines o protección en las áreas corpóreas de riesgo.

10. Seguridad en el uso de la tecnología:

- Tener habilidades en el uso de los equipamientos de la ambulancia.
- Prestar atención a la condición de las baterías recargables.
- Asegurar una buena fijación/guardia de los equipamientos y materiales dentro de la ambulancia.
- Comunicar al jefe cualquier problema relacionado con el uso de los equipamientos y materiales.

OBSERVACIONES:

FACTORES DE RIESGO DE CAÍDA

- Niños < 5 años y adultos > 65 años.
- Pacientes con deterioro cognitivo, con depresión o ansiedad.
- Pacientes con necesidad de auxilio en la marcha (persona o dispositivo), amputaciones, con discapacidad sensorial (vista, audición o tacto).
- Pacientes con EVC, hipotensión postural, mareos, convulsiones, dolor intenso, bajo índice de masa corporal u obesidad severa, incontinencia o urgencia miccional o para evacuación, artritis, osteoporosis, hipoglicemia.
- Pacientes que utilizan medicamentos depresores, antiarrítmicos, antihistamínicos y otros.



PE4

PE4 – ATRIBUCIONES Y RESPONSABILIDADES DEL EQUIPO DEL CRUE

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

Se aplica a todos los profesionales del equipo de intervención.

Conducta:

1. Aspectos fundamentales:

- Asegurar asistencia prehospitalaria libre de daños resultantes de impericia, negligencia e imprudencia.
- Asegurar asistencia prehospitalaria libre de discriminación de cualquier naturaleza.
- Asegurar la privacidad y respetar el pudor del paciente.
- Proporcionar informaciones adecuadas al paciente, familiares y/o solicitante sobre la atención en términos de opciones, riesgos y beneficios.
- Mantener, mejorar y actualizar conocimientos para el beneficio del paciente.
- Cumplir con los preceptos éticos y legales de su categoría profesional.
- Velar por el cumplimiento de las instrucciones .
- Velar y contribuir a la armonía de las relaciones interinstitucionales.
- Velar por la imagen del servicio.

2. Sobre la conducta personal:

- Ser puntual y asiduo en su trabajo.
- Presentarse aseado.
- Utilizar uniforme completo, exclusivamente, en actividades del CRUE.
- Mantener identificación funcional y nominal en el uniforme.
- Permanecer a disposición durante el servicio, atendiendo a los llamados con presteza y agilidad.
- Adecuar hábitos personales, lenguaje y actitudes al ambiente de trabajo.
- Basar las relaciones con otros miembros del equipo en los principios éticos, en el respeto mutuo, en la libertad e independencia profesional, buscando

siempre el interés y el bienestar del paciente.

- Tratar con urbanidad a los pacientes, familiares y ciudadanos en general.
- No fumar en las dependencias de la institución (base descentralizada y Central de Regulación) y/o dentro de la ambulancia, de acuerdo con la legislación.

3. En la base:

- Velar por el orden.
- Realizar el chequeo del vehículo, materiales, medicamentos y equipamientos en el inicio y término de cada servicio, incluyendo el chequeo del equipamiento de oxigenoterapia fijo y portátil y equipamientos de comunicación, con el debido registro.
- Proporcionar la reposición de los materiales de consumo al inicio del servicio y/o de cada atención.
- Realizar la limpieza de la ambulancia y de los equipamientos.

4. En la comunicación:

- Mantener atención permanente al sistema de comunicación disponible y atender la solicitud inmediatamente.
- Utilizar el lenguaje de la «Q» y el alfabeto fonético en las comunicaciones con la Central de Regulación.
- Recibir y registrar los datos de la solicitud, con énfasis en la dirección y puntos de referencia, motivo de la solicitud y gravedad, edad, nombre de la víctima.

Observaciones: Nada debe retrasar el inicio del desplazamiento. Otras informaciones pueden ser transmitidas durante el trayecto: horario y origen de la solicitud, detalles sobre el evento, informaciones del solicitante, servicios en la escena de atención, y otras informaciones disponibles y de interés para la atención y la seguridad del personal.

- Notificar al Centro de Regulación cada fase del desplazamiento: inicio del desplazamiento para un evento, llegada al evento/escena, salida de la escena, llegada al hospital, salida del hospital y estar disponible para nuevo evento.
- Durante la atención, utilizar estrategias de comunicación en circuito cerrado con el equipo.
- Informar al médico regulador acerca de las condiciones del paciente, de acuerdo con la instrucción de sistematización del pasaje del caso a la Regulación Médica.



5. Durante el desplazamiento al lugar del evento:

- Iniciar el desplazamiento inmediatamente después de la recepción de la solicitud.
- Ayudar, si es necesario, en el establecimiento de la ruta mejor y más segura al lugar del suceso.
- Velar por el respeto de las normas de conducción y estacionamiento de vehículos de emergencia de acuerdo a las instrucciones PE6 y PE7.

6. En la escena de atención médica:

- Garantizar su seguridad y la del equipo, además de los cercanos y de la víctima (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- Utilizar el equipamiento de protección individual (EPI) en toda la labor de asistencia.
- Realizar evaluación primaria y secundaria de la víctima y proceder a las intervenciones necesarias, previstas en las instrucciones específicas para la modalidad y categoría profesional, dentro de los límites éticos y profesionales.
- Entrar en contacto con la Regulación Médica para:
 - SVA: decisión sobre la unidad de salud de destino y/o sobre cualquier otra situación atípica;
 - SVB: definición de las intervenciones y las acciones adicionales previstas en la instrucción y para la definición del hospital de destino o cualquier otra situación atípica.

7. En la comunicación con el paciente y sus familiares:

- Identificarse siempre.
- Buscar la identificación del paciente, familiar, tutor legal o solicitante y llamarlos por su nombre.
- Comunicar todas las acciones que serán realizadas.
- Utilizar expresiones simples, evitando términos técnicos e informaciones innecesarias.
- Apoyar, orientar y calmar al paciente y familiares.
- Mantener la atención en la comunicación verbal y no verbal durante toda la atención médica.
- Prestar atención a la existencia de condiciones especiales en la comunicación: lengua extranjera, portadores de deficiencias y otras.

8. Durante el transporte de la víctima a la unidad de salud de destino:
 - Velar por el respeto de las normas de conducción y estacionamiento de vehículos de emergencia de acuerdo a instrucciones PE6 y PE7.
 - Transportar al acompañante preferiblemente en el asiento delantero.
 - Mantener observación y cuidados constantes en la víctima.
 - Llenar de forma completa el formulario de atención prehospitalaria, dos veces (dos ejemplares), y con letra legible.

9. En la unidad de salud de destino:
 - Transmitir informaciones verbales sobre la atención al profesional de la unidad de salud de destino, de forma completa y sistematizada, con el fin de favorecer la continuidad del cuidado.
 - Proporcionar el segundo ejemplar del formulario de atención al profesional que recibe al paciente en la unidad de salud de destino, anotando en el 1er. y 2do. ejemplar de el formulario el nombre completo y el registro del consejo.
 - Enumerar las pertenencias de la víctima de acuerdo a la Instrucción PE18.
 - Realizar la limpieza concurrente al final de cada atención y, si es necesario, la limpieza terminal.
 - Comunicar a la Central de Regulación que está disponible para atender nuevos eventos tan pronto como esté liberado.
 - Transmitir a la Central de Regulación los datos referentes a la atención, utilizando el recurso de la comunicación portátil disponible.

10. En la documentación:
 - Llenar un formulario del evento para todo y cualquier paciente incluyendo (pero no limitándose) a:
 - pacientes que rechazan el tratamiento y/o transporte;
 - pacientes transportados para cualquier recurso/unidad de salud;
 - pacientes atendidos por un servicio y/o modalidad y transportado por otro;
 - pacientes no encontrados en la escena o que se han escapado;
 - pacientes atendidos durante eventos de múltiples víctimas;
 - pacientes encontrados muertos en la escena.



- Registrar en el formulario de atención toda la información disponible sobre la asistencia brindada.
- Velar por la confidencialidad de las informaciones a que tenga acceso, así como de las anotadas en el formulario.
- Relatar y registrar posibles eventos adversos, impedimentos para la realización y desvíos de procedimientos y/o situaciones no especificadas, con el objetivo de mejorar las acciones y el desenvolvimiento del servicio.

OBSERVACIONES:

- La responsabilidad profesional es el conjunto de deberes, compromisos y obligaciones atribuidos a toda persona que ejerce una profesión. En caso de inobservancia, queda el profesional pasible de responder por los actos perjudiciales resultantes de sus actividades.
- Ningún miembro del equipo podrá divulgar, sin autorización previa, datos sobre la atención prestada, con o sin imagen, en los medios de comunicación o redes sociales.
- Las condiciones de aseo incluyen, más no se limitan a:
 - Para los profesionales del sexo masculino: barba afeitada, uniforme completo y adecuadamente cerrado, uñas cortas, cabello recogido (si está indicado).
 - Para los profesionales del sexo femenino: cabello recogido, uñas cortas y con colores que no sean fuertes, maquillaje discreto, uniforme completo y adecuadamente cerrado.
 - El uniforme debe ser utilizado como EPI y como identidad visual del servicio. La identificación funcional y nominal debe seguir la estandarización visual prevista en el Manual.
 - La comunicación en circuito cerrado es una estrategia que busca mayor efectividad en las comunicaciones durante situaciones de emergencia y la consiguiente reducción de errores.
 - En la práctica, se basa en la formulación de órdenes precisas, claras y nominales dadas por un líder (o jefe del equipo), haciendo que cada miembro del equipo, cuando le es solicitado, repita verbalmente la orden antes de ejecutarla, caracterizando que comprendió el mensaje, y hace lo mismo después de la ejecución, señalando que la orden fue cumplida.
 - IMPERICIA: ignorancia, inhabilidad, inexperiencia, ineptitud, falta de calificación técnica, teórica o práctica, o ausencia de conocimientos elementales y básicos de una profesión.
 - IMPRUDENCIA: falta de atención, cuidado o cautela, imprevisión, descuido.
 - NEGLIGENCIA: dejadez, descuido, desatención, menosprecio, indolencia, omisión o incumplimiento del deber de realizar determinado procedimiento con las debidas precauciones.
 - La sistematización de las informaciones sobre la atención médica a ser transmitidas al profesional de la unidad de salud de destino debe incluir:

- identificación del personal y modalidad de atención;
 - edad y sexo del paciente;
 - hallazgos de la evaluación primaria y secundaria;
 - historia breve (mecanismo de la lesión, signos vitales, alergias, medicamentos en uso, historial médico, ingesta de líquidos y alimentos, medio ambiente [SAMPLA], y otros);
 - procedimientos efectuados y resultados obtenidos;
 - otras informaciones relevantes para la continuidad de la atención.
- La documentación de la atención es parte esencial y su objetivo primordial es registrar toda la información disponible durante la fase prehospitalaria para permitir la continuidad de la asistencia.
 - Se considera registro completo aquel que contiene: identificación y evaluación del paciente, intervenciones realizadas, complicaciones y respuesta del paciente al tratamiento durante la fase prehospitalaria, unidad de destino, datos del equipo de atención y del profesional responsable de la recepción en el hospital.
 - La unidad de salud de destino y la modalidad de transporte deben ser determinados por el médico regulador.



PE5

PE5 – RESPONSABILIDADES ADICIONALES DEL CONDUCTOR DE AMBULANCIA

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

Se aplica a los conductores de ambulancia del Sistema de Emergencias Médicas.

Conducta:

EN EL TRASPASO DEL SERVICIO

1. Verificar con el conductor que le precedió, las condiciones del vehículo que está recibiendo.

EN EL CHEQUEO DEL VEHÍCULO EN EL INICIO DE SERVICIO

1. Mantener el vehículo siempre listo para actuar en caso de emergencias.
2. Chequear:
 - cambio de nivel de aceite del motor y el kilometraje del cambio;
 - nivel y estado del líquido del radiador;
 - líquido de frenos;
 - tensión de la correa del motor;
 - estado general de la batería;
 - posibles fugas;
 - presencia de humo anormal en el sistema de escape;
 - fijación y estado del tubo de escape;
 - ruidos anormales;
 - eventuales piezas sueltas dentro y fuera de la ambulancia;
 - fijación y estado de los parachoques;
 - funcionamiento de los limpiadores del parabrisas, sistemas eléctricos, luminosos y sonoros, incluyendo prueba de la luz de freno, de la luz parpadeante (flecha indicadora de dirección) y de la luz de viraje;
 - calibración y estado de conservación de los neumáticos y del neumático de repuesto;

- existencia del triángulo de señalización, el gato y llave de rueda;
- arañazos y abolladuras en la cabina y carrocería;
- limpieza general externa de la ambulancia.
- nivel de combustible;
- marcador de temperatura del motor;
- ajuste del asiento del conductor y chequeo de todos los cinturones de seguridad;
- ajuste de los espejos retrovisores;
- estado, carga y fijación del extintor de incendios;
- linterna portátil (si está disponible en el servicio);
- sistema de radiocomunicación;
- carga de la batería de los equipamientos de comunicación;
- impresos que puedan ser utilizados por el conductor;
- bolígrafo y papel para anotaciones generales.

DURANTE EL DESPLAZAMIENTO DEL VEHÍCULO

1. Mantener la atención sobre:
 - ruidos anormales;
 - eventuales piezas sueltas;
 - estado de los frenos.
2. Utilizar el sistema de comunicación disponible en el servicio.
3. Utilizar la señalización sonora de la ambulancia con criterio, teniendo en cuenta sus efectos estresantes para el equipo de socorro y el paciente (PE6).
4. Utilizar las luces e iluminación de emergencia del vehículo, atendiendo estrictamente al cumplimiento de la legislación específica (PE6).
5. Seguir las reglas generales para estacionamiento y señalización de la vía (PE6).
6. Portar durante todo el servicio los siguientes documentos:
 - licencia de conducir con la autorización para conducir vehículos de emergencia;



- documentos de la ambulancia.
7. Conocer el sistema de carreteras y las principales referencias de la región en la que trabaja.

OBSERVACIONES:

- Los servicios deben desarrollar rutina de chequeo de vehículos con lista de chequeo, añadiendo elementos a la rutina sugerida anteriormente, si es necesario.



PE6

PE6 – REGLAS GENERALES EN LA CONDUCCIÓN DE AMBULANCIA

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

Se aplica al profesional responsable por la conducción de una ambulancia.

Conducta:

1. Aspectos fundamentales:

- «La seguridad es la prioridad máxima»: sea para el propio conductor, el personal, el paciente o para los peatones y demás vehículos en la carretera.
- En cuanto al número de pasajeros permitidos en la ambulancia, este debe ser igual al número de asientos con cinturones de seguridad en condiciones de uso, más el paciente en la camilla también con cinturón.
- En cuanto al uso de dispositivos de sonido (sirena):
 - Utilizar solamente en la efectiva prestación de servicios de urgencia y cuando hubiera la necesidad momentánea de aumentar la seguridad, como por ejemplo en los adelantamientos (sobrepasar a los demás) e intercepciones.
 - Alternar el tipo de sonido producido por la sirena para facilitar la percepción de otros conductores sobre la presencia y localización de la ambulancia.
 - Evitar el uso continuo si el paciente está en la ambulancia, ya que aumenta el estrés, dificulta la comunicación y parte de la evaluación del paciente.
- En cuanto a la utilización de dispositivos de iluminación intermitentes de emergencia :
 - Utilizar solamente en la efectiva prestación de servicio de urgencia.
 - Desconectar cuando la ambulancia está en desplazamiento que no se caracterice como de urgencia (prestación de servicio), por ejemplo, para retornar a la base o desplazamientos administrativos.
- Sobre el uso del farol encendido:
 - Circular siempre con el farol bajo encendido, incluso durante el día y en desplazamientos que no se caractericen como urgencia. Esto torna más rápido su visión por otros conductores y peatones, reduciendo significativamente la probabilidad de accidentes.

- Acerca de adelantamientos (sobrepasar a los demás):
 - La ambulancia en efectiva acción de urgencia debe sobrepasar (adelantarse) por la izquierda.
 - En el caso de sobrepasar (adelantamiento), el conductor debe posicionar la ambulancia en la franja de rodamiento (carril) de la izquierda.

Utilizar los recursos sonoros y de iluminación, incluyendo los faros, para alertar a otros conductores de su aproximación.

Observación: la ambulancia no debe ser conducida en el espacio entre las franjas de rodamiento (carriles) y no debe hacer zigzag en el tránsito. Solo está permitido el uso de otros carriles cuando hubiera señalización específica en la vía indicando otra franja de rodamiento para el vehículo de emergencia.

- Sobre el uso de la luz de viraje:
 - Nunca se debe utilizar con el vehículo en movimiento, ya que dificulta la percepción por los otros conductores, no identificando para qué lado la ambulancia va a virar y, por consiguiente, interrumpiendo un mejor posicionamiento de los otros vehículos en la vía.
- En cuanto a las instrucciones y límites de velocidad permitidos:
 - El desplazamiento de la ambulancia debe ocurrir de modo que permita que el personal actúe con seguridad y con efectividad en el cuidado del paciente.
 - La velocidad puede ser extremadamente reducida para permitir la realización segura de procedimientos como masaje cardíaco, acceso venoso, intubación, y otros.
 - La interacción verbal del personal/conductor es esencial para el éxito de esta actitud en el tránsito.
- En cuanto a frenar, acelerar y tomar las curvas:
 - Evitar frenar, acelerar o cambiar la dirección del vehículo bruscamente.
 - Mantener la atención en los movimientos de los otros vehículos y anticipar la necesidad de frenado o aceleración para conducir la ambulancia con la máxima suavidad.
- Preferencia sobre peatones:
 - La ambulancia con sus señales sonoras y luminosas de emergencia activadas tiene preferencia sobre los peatones. Se recomienda que esa preferencia sea ejercida solo si el peatón está en posición segura y estable, no moviéndose en situación de riesgo.

2. Prerrogativas y privilegios en la prestación efectiva del servicio de urgencia:



- Pasar un semáforo en rojo, siempre que estén garantizadas todas las cuestiones de seguridad.
- Transitar en la dirección opuesta, siempre que estén garantizadas todas las cuestiones de seguridad.
- Estacionar en lugar prohibido, siempre que estén garantizadas todas las cuestiones de seguridad.

3. Impedimentos:

- No está permitido exceder el límite de velocidad máxima establecido para una carretera.

OBSERVACIONES:

- Ambulancias en la prestación efectiva de servicio de urgencia pueden transitar o estacionar de forma distinta de los otros vehículos o actuar de forma contraria a las normas establecidas para los demás vehículos, siempre que la legislación lo especifique.
- Si la legislación no lo especifica, la ambulancia debe seguir las normas generales de tránsito, aun estando en efectiva prestación de servicios de urgencia.
- El frenado o aceleración bruscos pueden causar daño a la salud del equipo y de los pasajeros, en especial para aquellos sentados lateralmente a la dirección de desplazamiento de la ambulancia. Pueden ocurrir lesiones músculo-esqueléticas, náuseas y vómitos. Para el paciente, puede haber el agravamiento de hemorragias internas, especialmente las abdominales. El conductor no tiene la percepción de malestar, debido a que su cuerpo y sus músculos anticipan los movimientos de frenado, aceleración y curva, lo que no ocurre con los otros pasajeros.
- A pesar de que la ambulancia debidamente señalizada tiene preferencia sobre los peatones, se debe considerar que el peatón puede tener limitaciones en los movimientos y discapacidad auditiva y/o visual, entre muchas otras situaciones.
- El límite de velocidad de una carretera es establecido teniendo en cuenta las múltiples características técnicas y las condiciones del tránsito, como el tipo de pavimento, número de carriles y su anchura, conformidad, inclinación, características del área, proximidad de escuelas, frecuencia de peatones y distancia de frenado de los vehículos.
- Considerando que la seguridad es una prioridad máxima, no es posible garantizar la seguridad cuando se conduce a una velocidad por encima de lo permitido. Vehículo en velocidad superior a la permitida puede sufrir las sanciones punitivas previstas por la ley, incluso en caso de ser comprobada la efectiva prestación de servicios de urgencia.



PE7

PE7 – REGLAS GENERALES PARA ESTACIONAMIENTO DE AMBULANCIA Y SEÑALIZACIÓN DE LA VÍA

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

Al aproximarse al lugar de una emergencia conduciendo una ambulancia y necesitar estacionarla para la prestación del socorro.

Conducta

CORRESPONDE AL CONDUCTOR DE LA AMBULANCIA:

1. Seguir las reglas generales para estacionamiento y señalización de la vía.
2. Velar por la seguridad del vehículo y del personal, evitando causar o involucrarse en un accidente.
3. No permitir que el personal desembarque de la ambulancia con ella aún en movimiento.
4. Informar al equipo el momento adecuado del desembarque y la puerta de salida más adecuada (pasajero en la cabina, lateral o trasera).
5. Evitar la obstrucción innecesaria de la carretera: el congestionamiento causado puede dificultar la llegada de otros equipos u otros servicios necesarios para las acciones de socorro.
6. Señalizar la vía inmediatamente después de estacionar, teniendo en cuenta las reglas básicas de señalización, garantizando la seguridad de todos y permitiendo las acciones de socorro del equipo.
7. Auxiliar al equipo de atención después de estacionar y señalar el lugar.

REGLAS GENERALES PARA ESTACIONAMIENTO Y SEÑALIZACION DE LA VÍA

- Posicionar la ambulancia en el sentido de la carretera, con las señales luminosas y luz de viraje (luz intermitente) conectadas y a una distancia segura del evento.
- Decidir la distancia segura, considerando la existencia de fuga de aceite, combustible, gases, humo, fuego, y otros.
- Si fuera el primer vehículo en llegar a la escena de asistencia, estacionar antes del evento. Si hubiera obstáculo o riesgo, estacionar en el mejor lugar posible para garantizar la distancia de seguridad.
- Si la escena ya está señalizada y /o con otros vehículos de servicio en el lugar, estacionar después del evento. Si hubiera impedimento para el desplazamiento hasta la zona posterior al evento, estacionar antes o en el

mejor lugar posible y revisar las señalizaciones existentes para garantizar la distancia de seguridad.

- En las carreteras de baja velocidad y/o flujo de vehículos y en lugares seguros y adecuados para estacionamiento, solo delimitar el área de trabajo del equipo de atención.
- En vías de flujo elevado de vehículos y/o alta velocidad y en los lugares poco apropiados para estacionamiento de vehículos o inseguros, realizar la señalización para canalización del tránsito y garantizar la seguridad para los equipos de asistencia.
- Para señalización y canalización del tránsito:
 - Establecer la distancia entre a 1ª barrera en la escena y la primera señalización (1º cono), considerando la velocidad máxima permitida en la vía:

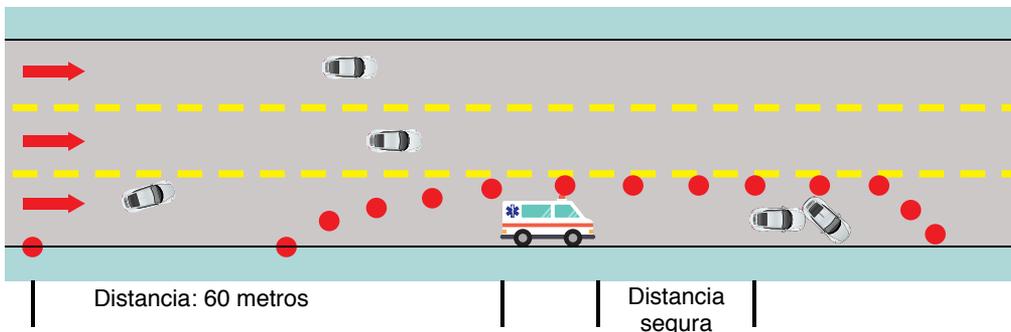
VELOCIDAD MÁXIMA PERMITIDA	NÚMERO DE PASOS PARA LA PRIMERA SEÑALIZACIÓN
80 km/h	80 pasos
70 km/h	70 pasos
60 km/h	60 pasos
50 km/h	50 pasos
40 km/h	40 pasos

Observación: esta distancia permite un tiempo adecuado de frenado y reposicionamiento en la vía de los vehículos que se aproximan. En ambiente con lluvia, neblina o baja visibilidad, la distancia de la primera señalización debe ser aumentada e incluso duplicada. Si el accidente ocurre en una curva, la distancia debe ser calculada totalmente antes de la curva;

Proceder a la canalización con los conos disponibles idealmente 1 cada 10 pasos, si están disponibles. Los conos deben progresivamente envolver y delimitar el área de trabajo a uno o más carriles, a depender de la posición del vehículo en relación con el costado del camino.



Velocidad máxima de la vía: 60 km/hora



- Si no hubieran condiciones para realizar la señalización adecuadamente, solicitar auxilio inmediato a otros órganos como policía, bomberos u órgano de tránsito, por medio de la Regulación Médica.

OBSERVACIONES:

- La información de la puerta adecuada para desembarque del equipo es factor importante para la seguridad, pues las puertas pueden quedar en posición peligrosa en relación a la vía o pueden existir irregularidades en el suelo.



PE8

PE8 – INSTRUCCIONES INICIALES EN CASO DE ACCIDENTES CON LA AMBULANCIA

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

En cualquier situación de accidente que involucre la ambulancia.

INCLUYE:

- Accidentes durante desplazamientos de emergencia o administrativos.
- Accidentes en la presencia o ausencia de pacientes a bordo.
- Accidentes con o sin víctimas.

Conducta:

ACCIDENTE SIN VÍCTIMA:

1. Garantizar la seguridad del lugar conforme a lo estipulado en las instrucciones PE1 y PE7.
2. Confirmar ausencia de víctimas en el accidente.
3. Entrar en contacto con la Regulación Médica e informar:
 - sobre la ocurrencia de accidente sin víctimas, con énfasis en la localización del evento;
 - sobre la condición de la ambulancia: accidente en desplazamiento con o sin paciente a bordo;
 - sobre la necesidad de apoyo y providencias legales apropiadas.
4. Si hubiera paciente a bordo en la ambulancia, reevaluar y realizar cuidados necesarios.
5. En la presencia de terceros implicados en el accidente, anotar nombre, identificación y dirección de los implicados y placa de los otros vehículos.
6. Informar a la Regulación Médica sobre la posibilidad de proseguir o no para la unidad de destino previamente establecida y la condición del paciente (si hubiera).
 - En la imposibilidad de proseguir en la misma ambulancia, solicitar apoyo vía Regulación Médica y aguardar en el lugar
 - En la presencia de víctima a bordo, garantizar soporte vital hasta la llegada del nuevo equipo.

- En la posibilidad de proseguir después del contacto con la Regulación Médica, seguir hacia el destino previamente establecido o informado por la Regulación Médica.

7. Considerar la orientación de la Regulación Médica sobre el momento oportuno para la realización del formulario del evento.

ACCIDENTE CON VÍCTIMA:

Considerando al equipo del Servicio de Emergencias Médicas físicamente apto para las acciones, seguir las siguientes reglas generales:

1. Garantizar la seguridad del lugar de acuerdo a lo recomendado en las instrucciones PE1 y PE7.
2. Entrar en contacto con la Regulación Médica e informar:
 - sobre la ocurrencia de accidente con víctima, con énfasis en localización, número de víctimas y presencia de víctimas entre los profesionales del equipo;
 - acerca de la condición: accidente en desplazamiento con o sin paciente a bordo;
 - acerca de la necesidad de apoyo y medidas legales apropiadas.
3. Realizar la asistencia a la(s) víctima(s), considerando las instrucciones indicadas.
4. Realizar evaluación y/o atención del paciente a bordo (si lo hubiera).
5. Tan pronto como sea posible, informar a la Regulación Médica sobre:
 - víctimas ya en atención y sus condiciones;
 - llegada de equipos de apoyo;
 - llegada de equipos especializados (policía y otros);
 - posibilidad de proseguimiento o no para el destino.
 - En la imposibilidad de proseguir, aguardar apoyo en el lugar. En la presencia de víctima a bordo asegurar, soporte vital hasta la llegada de otra ambulancia para el transporte.
 - En la posibilidad de proseguir, aguardar autorización de la Regulación Médica para proseguir al destino previamente establecido o informado.
6. Considerar la orientación de la Regulación Médica sobre el momento oportuno para la realización del formulario del evento.

Considerando al equipo del CRUE físicamente inepto para las acciones, si es posible:

- entrar en contacto con la Regulación Médica e informar sobre la ocurrencia de



accidente con víctimas entre los profesionales del equipo y aguardar apoyo; o

- solicitar a un ciudadano que entre en contacto con el 9.1.1 e informe de lo ocurrido con el personal de la ambulancia.

OBSERVACIONES:

- En caso de que el accidente haya ocurrido durante desplazamiento para atención, es importante identificar ese hecho para la Regulación Médica, a fin de permitir el envío de otro equipo para esa asistencia.
- Cabe a la Regulación Médica la toma de decisión y accionamiento de los recursos adicionales o especializados para hacer frente a las necesidades en el lugar del accidente, incluyendo levantamientos y disposiciones legales.
- En la evaluación de la posibilidad de proseguir con la ambulancia, incluso después de la ocurrencia de un accidente, deben ser considerados: las condiciones generales de seguridad, la capacidad de movimiento del vehículo y los riesgos de empeoramiento de los daños.
- Corresponde a la Regulación Médica decidir si la ambulancia, estando en condiciones proseguir aún después de involucrarse en un accidente, deberá salir de la escena del accidente para socorrer víctima en estado grave. Ejemplo: víctima de atropellamiento por la ambulancia.
- Los servicios deben establecer rutinas adicionales para apoyar a los profesionales en caso de accidentes con las ambulancias, así como en relación a la confección del formulario del evento.
- Se sugiere el registro sistemático, seguimiento y evaluación de los accidentes que involucren ambulancias con el fin de comprender y actuar sobre los factores que pueden estar asociados con la ocurrencia del accidente por medio de acciones educativas y de gestión.



PE9

PE9 – CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE PACIENTE MENOR DE EDAD

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

Paciente menor de edad, de acuerdo a la legislación vigente.

Conducta/acciones:

1. Reglas generales del abordaje:

- identificarse;
- ser paciente;
- transmitir seguridad;
- solicitar la presencia del familiar o responsable durante la atención médica;
- explicar al paciente, si es aplicable, y a los familiares todos los procedimientos que serán realizados;
- usar palabras simples y de fácil comprensión;
- repetir las informaciones cuantas veces sea necesario.

2. Abordaje inicial:

- Realizar evaluación primaria, secundaria y las medidas básicas de soporte previstas conforme a la Instrucción indicada.
- Verificar la presencia del posible responsable legal:
 - En la presencia del responsable, indagar acerca de su relación con el paciente menor y pasar al ítem 3.
 - En la ausencia de responsable legal, realizar Instrucción PE11.

3. Paciente menor acompañado por el responsable:

- En cada procedimiento de evaluación, informar a los responsables lo que está siendo realizado.
- Habiendo la necesidad de procedimiento de intervención, informar a los responsables sin interrumpir la secuencia.
- Solo interrumpir la secuencia si hubiera alguna clara manifestación de los responsables para que el procedimiento no sea realizado, momento en el que el equipo debe usar toda su capacidad de argumentación para obtener la autorización.

-
- En la negativa de autorización y habiendo riesgo de muerte o lesión importante para el paciente, realizar los procedimientos necesarios, de acuerdo al Código de Ética Médica del país.
 - Tan pronto como sea posible, informar a la Regulación Médica sobre la atención médica y lo que sucedió.
 - En el transporte, solicitar que los padres o tutores, al menos uno, acompañen al paciente.
 - Si ha habido dificultad en la obtención de autorización para los procedimientos, aun habiendo sido ellos realizados, informar al médico en el hospital de destino.



PE10

PE10 – ATENCIÓN A PACIENTES CON NECESIDADES ESPECIALES

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

Pacientes con deficiencia auditiva, visual, déficit de desenvolvimiento intelectual, ancianos, niños y niñas.

Reglas generales de abordaje:

- identificarse;
- ser paciente;
- transmitir seguridad;
- solicitar la presencia de familiar o responsable durante el servicio;
- explicar al paciente y a sus familiares todos los procedimientos que serán realizados;
- usar palabras simples y de fácil comprensión;
- repetir las informaciones cuantas veces sea necesario;
- considerar los factores de riesgo para caída (Instrucción PE3).

Paciente con deficiencia auditiva

- Hablar pausadamente y mirando directamente a los ojos del paciente para que él pueda usar la lectura de labios.
- Utilizar la escritura, si es necesario.

Paciente con deficiencia visual

- Describir los procedimientos realizados.
- Mantener el contacto físico constante (con los brazos del paciente).

Paciente con déficit de desenvolvimiento intelectual

- Mantener comunicación constante.
- Respetar pausas y el tiempo necesario para que el paciente responda a las preguntas.

Paciente anciano

- Tratar con respeto.

- Respetar sus limitaciones, angustias, miedos y pudor.

Paciente pediátrico

- Permitir que los padres acompañen al niño.
- Permitir que el niño lleve un objeto de estimación para sentirse más seguro.
- Garantizar la seguridad del niño durante el transporte.



PE11

PE11 – ATENCIÓN AL PACIENTE MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD (NO ACOMPAÑADO)

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

En toda atención de paciente menor de 18 años no acompañado.

Normas generales de abordaje:

- Seguir las normas generales del abordaje de pacientes con necesidades especiales (Instrucción PE10).
- Tan pronto como sea posible, comunicarse con la Regulación Médica sobre la atención.
- Solicitar que los vecinos o conocidos acompañen al paciente hasta el hospital, registrando nombre, dirección y teléfono.
- En la ausencia de acompañante, informar a los vecinos o personas allegadas sobre el hospital de destino y solicitar que, si es posible, se lo comuniquen a los familiares del paciente.
- Todos los datos obtenidos y orientaciones dadas deben ser anotados en el formulario de atención.
- En caso de ausencia de acompañante, el médico del hospital de destino debe ser informado para evaluación de la necesidad de activar el servicio social del hospital para:
 - localización de los familiares en el caso de pacientes sin condiciones de decidir.
- Al final de la atención, actualizar la Regulación Médica sobre la conclusión de esta.

OBSERVACIÓN:

- Es común la búsqueda de informaciones sobre esas atenciones. La Regulación Médica deberá estar lista para suministrarlas y los datos deberán haber sido pasados por el equipo de intervención.



PE12

PE12 – ATENCIÓN AL PACIENTE SIN CONDICIÓN DE DECIDIR ESTANDO SIN COMPAÑÍA O ACOMPAÑADO DE MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

- Se considera paciente sin condiciones de decidir aquel que es encontrado solo, inconsciente y/o alcoholizado, intoxicado por drogas o que tiene un padecimiento mental, entre otras situaciones.
- El paciente en las condiciones citadas arriba puede estar solo o acompañado de persona menor de 18 años.

Conducta:

- Seguir las normas generales de abordaje de pacientes portadores de necesidades especiales (Instrucción PE10).
- Tan pronto como sea posible, comunicar a la Regulación Médica sobre la atención.
- Solicitar que vecinos o conocidos acompañen al paciente hasta el hospital, registrando el nombre, dirección y número de teléfono.
- Si hubiera condición segura, como atención en la residencia con vecinos o amigos presentes, verificar si pueden cuidar del menor. Anotar nombres, direcciones, teléfono y pasar a la Regulación Médica, la que otorgará o negará la autorización final.
- Informar a los vecinos o personas allegadas sobre el hospital de destino y solicitar que, si es posible, se lo comuniquen a los familiares del paciente.
- Todos los datos obtenidos y orientaciones dadas deben ser anotados en el formulario de atención.
- En caso de ausencia del acompañante, el médico del hospital de destino debe ser informado para evaluación de la necesidad de activar el servicio social del hospital para:
 - localización de los miembros de la familia en el caso de pacientes sin condiciones de decidir.

OBSERVACIÓN:

- Es común la búsqueda de informaciones sobre esas atenciones. La Regulación Médica deberá estar lista para suministrarlas y los datos deberán haber sido pasados por el equipo de intervención.



PE13

PE13 – ATENCIÓN AL PACIENTE SIN CONDICIÓN DE DECIDIR Y ACOMPAÑADO DE ANIMALES (PERRO GUÍA U OTROS)

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

- Paciente sin condiciones de decidir y aquel que es encontrado inconsciente, alcoholizado o intoxicado por drogas, entre otras circunstancias.
- Acompañados de animales (perros guía u otros).

Conducta:

- Seguir las normas generales de abordaje de pacientes con necesidades especiales (Instrucción PE10).
- Atención a los animales agresivos que pueden ofrecer un riesgo para el equipo.
- En los accidentes que involucran animales y sus dueños, el animal no debe ser abandonado.
- En tales casos, solicitar auxilio para que alguien cuide del animal y anotar los datos del responsable (familiares, vecinos, acompañantes, u otro).
- En caso de que perro guía sea acompañante de personas con discapacidad visual:
 - se debe considerar que el perro guía es un animal altamente entrenado, y que el equipo debe esforzarse para mantener al paciente y al animal reunidos hasta su llegada al destino;
 - el animal deberá acompañar al paciente en la ambulancia a menos que su presencia en la ambulancia dificulte la realización de procedimientos o traiga riesgos para la seguridad del personal o para los equipamientos;
 - se pueden considerar medios de transporte alternativos para el animal, como en el caso de la presencia de equipos de la policía, los bomberos u otras instituciones que pueden transportar al animal hasta el destino del paciente; y
 - documentar en el formulario de atención todos los detalles relacionados con este tipo de animales.
- Informar a la Regulación Médica sobre la presencia del animal y los datos de quien quedó con el mismo.

OBSERVACIÓN:

- Es común la búsqueda de informaciones sobre esas atenciones. La Regulación Médica deberá estar lista para suministrarlas y los datos deberán haber sido pasados por el equipo de intervención.



PE14

PE14 – ATENCIÓN A PACIENTES QUE RECHAZAN ATENCIÓN Y/O TRANSPORTE

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

- Todo paciente que rechaza atención.
- Todo paciente que fue atendido, más rechaza el transporte.

Conducta:

- Seguir las normas generales del abordaje de pacientes portadores de necesidades especiales (Instrucción PE10).
- Esclarecer sobre la importancia de la atención y/o referimiento para el hospital.
- Si es posible, llevar a cabo la evaluación primaria y secundaria para la obtención de datos que permitan evaluar el riesgo.
- Identificar y anotar situaciones que indiquen que el paciente se encontraba afectado en su capacidad de decisión, tales como alteraciones del nivel de conciencia, intoxicación etílica o por drogas, y alteraciones del comportamiento.
- En la persistencia del rechazo, informar al médico regulador sobre la situación y las condiciones del paciente.
- Relatar detalladamente la ocurrencia en el formulario de atención, incluyendo las orientaciones dadas.
- Anotar «Rechazó atención» o «Rechazó ser transportado» y solicitar al paciente y a un testigo que firmen el formulario de atención.
- En caso de que no sea posible atender al ítem anterior, utilizar como testigo a sus compañeros de equipo. Acuérdesse de que la firma del propio paciente y/o de testigos posee mayor respaldo legal.



PE15

PE15 – RECIBIMIENTO DE ÓRDENES DE AUTORIDADES POLICIALES U OTRAS AUTORIDADES EN LA ESCENA

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

Determinaciones u órdenes emanadas de bomberos, policías u otras autoridades presentes en el lugar del suceso caracterizan el recibimiento de órdenes por autoridades.

Conducta:

Órdenes correspondientes a las establecidas en las rutinas operacionales o a las instrucciones asistenciales:

- acatar las determinaciones solamente si las órdenes no fueran contrarias a la Instrucción vigente y estuvieran enfocadas al mantenimiento de la seguridad del equipo y/o de los pacientes;
- registrar detalladamente los incidentes y decisiones en el formulario de atención; e
- informar a la Regulación Médica.

Órdenes contrarias a las establecidas en las rutinas operacionales o procedimientos asistenciales:

- esclarecer a las autoridades que las órdenes atentan contra los reglamentos establecidos por el MSP;
- informar a la Regulación Médica y aguardar las orientaciones sobre cómo proceder; y
- registrar detalladamente los incidente y decisiones en el formulario de atención.

OBSERVACIÓN:

- Si el equipo fuera de Soporte Vital Básico, solamente el médico regulador podrá autorizar la realización de procedimientos no protocolares.



PE16

PE16 – ATENCIÓN EN LA PRESENCIA DE MÉDICOS Y ENFERMEROS EXTRAÑOS AL SERVICIO

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

La presencia de los médicos o enfermeros en el lugar del evento, que no sean médicos o enfermeros del sistema de emergencias médicas y que estén dispuestos a prestar atención al paciente, caracteriza la intervención externa.

Conducta:

En el caso de la intervención externa de profesionales médicos (especialmente si el médico del sistema de emergencias no estuviera presente en la escena):

- Comunicar a la Regulación Médica.
- En caso de duda, solicitar la presentación de pruebas documentales.
- Posibilitar el contacto vía radio del médico externo con la Regulación Médica, para el intercambio de informaciones relativas a la situación del paciente.
- Aguardar orientación de la Regulación Médica para seguir con las orientaciones del médico externo.
- Registrar detalladamente los hechos en el Formulario de Atención:
 - anotar nombre y ejecutur del profesional; y
 - solicitar al profesional que registre su intervención en la casilla correspondiente y que firme el formulario, si es posible, con sello.

OBSERVACIÓN:

- Cualquier duda en cuanto a la conducta tomada por el médico que está asistiendo el paciente en el lugar debe ser informada al médico regulador, para que haga contacto con el médico del lugar.
- En el caso de intervención externa de profesionales enfermeros:
 - Comunicar a la Regulación Médica.
 - En la duda, solicitar la presentación de documento comprobatorio.
 - Orientar el profesional en las acciones que pueden ser realizadas por él.
 - Registrar detalladamente los hechos en el formulario de Atención y anotar nombre y registro del profesional.



PE17

PE17 – REGLAS GENERALES DE ABORDAJE EN SUCESOS CON INDICIOS DE CRIMEN

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

Deberán ser considerados indicios de crimen toda atención con algunas de las siguientes características:

- Accidentes (tránsito, caída, incendios, entre otros).
- Agresiones interpersonales o autoagresión (intoxicación, múltiples lesiones por objetos contundentes, quemaduras extensas, abortos sin causa justificable aparente, entre otros).
- Paro cardiorrespiratorio en pacientes sin acompañante y/o sin informaciones adicionales.
- Historia incompatible con las lesiones encontradas y/o con la situación de la escena.
- Accionamiento en apoyo a acciones policiales.

Conducta:

1. Prestar atención a la seguridad del equipo.
2. Informar precozmente a la Regulación Médica.
3. Considerar necesidad de apoyo policial, a ser solicitado por la Regulación Médica.
4. Si la escena estuviera segura, iniciar el abordaje del paciente.
5. Si la escena fuera insegura, alejarse y comunicarse con la Central de Operaciones para las medidas necesarias de accionamiento de los recursos especializados (policía, bomberos, u otros), observando y anotando personas que se adentren al lugar, así como eventos que ocurran en la escena mientras aguarda el apoyo (siempre en lugar seguro y alejado, con margen de seguridad).
6. La escena no debe ser alterada, a menos que sea absolutamente necesario, para las acciones de socorro al paciente, como en los casos de:
 - necesidad de RCP;
 - riesgo para el (los) paciente(s);
 - riesgo para el equipo;
 - riesgo para otras personas o riesgo de nuevos accidentes;

- imposibilidad física de acceso al (los) paciente(s); e
- imposibilidad de otra forma de atención.

7. Adoptar algunas reglas generales para abordaje de escenas con indicios de crimen.

En relación al paciente:

- Solamente mover el paciente si fuera necesario para evaluación y procedimientos.
- Después de haber movido el paciente y constatado la muerte, jamás intentar retornarlo a la posición inicial, solo describir en el formulario la posición en que él fue encontrado.
- Si es necesario, retirar las ropas del paciente.
- Agrupar y colocar en saco plástico todos los objetos y ropas retirados del paciente y entregar a la policía.
- Estar atento a todas las informaciones suministradas por el paciente durante la atención y transporte, anotándolas y transmitiéndolas a la policía.

En relación a la escena:

- Informar a la policía si fuera necesario:
 - mover mesas, sillas u otros mobiliarios para acceder al paciente o ejecutar procedimientos, describiendo su posición inicial; encender luces en la escena; y tocar en algún objeto sin guantes.
- Recoger de la escena todo el material médico-hospitalario utilizado en la atención, como guantes, envoltentes, gasas y otros residuos, dando a ellos el destino protocolar.
- No limpiar ni retirar o recoger objetos o suciedades que ya se encontraban en el lugar.
- No circular mucho en la escena, buscando evitar borrar marcas de zapatos, neumáticos y otras.
- Evitar pisar en charcos de sangre.
- No tocar objetos de la escena con los guantes sucios con sangre.
- No mover objetos en la escena, excepto si colocaren la seguridad del equipo en riesgo (ejemplo: arma muy próxima o vidrios quebrados).

En relación al tipo de lesión:

- En caso de herida penetrante, durante la retirada de ropas y exposición del



paciente, preservar el área perforada de la ropa, no haciendo cortes en el lugar de la perforación.

- En caso de ahorcamiento, si no hubiera señales de muerte obvia, mover el paciente para permitir su atención, preservando el instrumento utilizado en la acción, incluyendo el nudo, cuando esté presente.

Delante de la presencia de armas de fuego o armas blancas en la escena:

- No tocar, a menos que haya riesgo para el equipo como, por ejemplo, la posibilidad de accionamiento inadvertido o utilización por otra persona en la escena.
- Si hubiera riesgo, alejar el arma, manoseándola solo por el mango y con las manos enguantadas, colocándola en un lugar que sea seguro para el equipo y para terceros.
- JAMÁS intentar manipular un arma de fuego, buscando desarmarla, destrabarla o quitarle las balas.
- Evitar tocar, manosear o limpiar las manos del paciente.
- Informar al policía si fuera necesario remover el arma del lugar, describiendo la dinámica de ese desplazamiento.

En la presencia de señales de muerte obvia:

- No tocar o mover el paciente.
- Salir de la escena exactamente por el mismo lugar en que entró, procurando no alterar los vestigios de la escena.
- No permitir la entrada de otras personas en la escena hasta la llegada de la policía.

Tener preocupación redoblada con las anotaciones en el formulario de Atención:

- Anotar todos los horarios con exactitud.
- Anotar nombres e instituciones presentes en la escena, incluyendo prefijos (fichas) de vehículos y de ambulancias.
- Describir con exactitud la posición en que el paciente fue encontrado y si fue necesario moverlo informando la razón que hubo para moverlo.
- Describir con exactitud las lesiones provocadas por el equipo en el cuerpo del paciente en función de la necesidad de atención. Ejemplos: punción para acceso venoso (detallar lugares y número de punciones), punción por agujas para bloqueos anestésicos, sospecha de fractura del esternón y/o costillas debido a la realización de RCP, cricotiroidotomía (por punción o quirúrgica).

- Anotar el nombre del policía para el cual fueron pasadas las informaciones sobre la atención y/o fueron entregadas las ropas y/u objetos, o pasadas informaciones dadas por el paciente, entre otros detalles de interés en el caso.

OBSERVACIONES:

- Realizar las 3 «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- Esta instrucción tiene por objetivo describir conductas asertivas para los equipos, con la finalidad de preservar evidencias periciales, sin comprometer la atención al paciente.



PE18

PE18 – CUIDADOS CON PERTENENCIAS DE PACIENTES

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

Presencia junto al paciente de ropas, prótesis, adornos, dinero, carteras, bolsa y/o maletas, documentos, equipamientos electrónicos y otras pertenencias de uso personal.

Conducta:

1. Realizar búsqueda activa por pertenencias en ropas, bolsas, carteras, mochilas, maletas, y otros que estén próximas al paciente.
2. Enumerar y registrar las pertenencias encontradas en dos originales, ítem a ítem, con énfasis en la descripción adecuada y legible de los siguientes aspectos:
 - identificación del paciente, fecha, horario, número del evento;
 - valores en dinero y cheques: identificar en cifras y valor por extenso (en letras);
 - documentos: identificar tipo;
 - objetos de adorno: describir apariencia (p.ej.: metal dorado, plateado, piedra azul u otro.);
 - equipamientos electrónicos: describir tipo (p.ej.: celular, computadora u otro);
 - identificación del profesional responsable por el allanamiento: nombre, categoría, identificación de la vehículo, fecha y horario;
 - testigo identificado en la escena.
3. Realizar acondicionamiento y lacrar si es posible:
 - en saco plástico o similar, incluyendo la propia bolsa, mochila o maleta del paciente;
 - en sobres o similar, en el caso de valores en dinero y/o cheques, adornos y documentos;
 - se recomienda proteger lentes y prótesis con ayuda de atadura, plástico o similar para evitar quiebra.
4. En cuanto al transporte de las pertenencias:

VÍCTIMAS SIN COMPAÑÍA

Pertenencias menores deben ser transportadas acondicionadas, junto con la víctima.

Pertenencias mayores deben ser transportadas acondicionadas, dentro de la ambulancia.

Si la víctima puede comprender, explicar los procedimientos.

VÍCTIMAS ACOMPAÑADAS DE ADULTO

- Incentivar la presencia de un acompañante durante toda la atención.
 - Entregar las pertenencias enumeradas y acondicionadas al acompañante.
 - Registrar la entrega con la identificación y firma de la persona que recibió.
 - Si la víctima puede comprender, explicar los procedimientos.
5. En cuanto a la entrega de las pertenencias en la unidad de destino del paciente:
 - Entregar las pertenencias al profesional del servicio mediante chequeo ítem a ítem.
 - Recolectar firma del profesional del servicio en los dos originales del registro.
 6. Anexar un original del registro en el formulario de atención/evento que permanece con el paciente y el otro en la copia de el formulario de atención/evento que queda bajo la guardia del equipo.

OBSERVACIONES:

- Enumerar: poner en lista; inventariar. Describir en inventario los bienes.
- Se sugiere que los servicios desarrollen normativa para:
 - registro de ítems enumerados de forma simple y clara, donde consten, como mínimo:
 - identificación del paciente y del equipo, número del evento, hospital de destino y firmas de los responsables de la enumeración (con sello), testigo y responsable del recibimiento (con sello);
 - guarda de pertenencias dejadas en la ambulancia que incluya registro de entrada y salida del ítem (descarte o devolución);
 - descarte de piezas de ropas y otros ítems cuyo propietario no pueda ser localizado (se sugiere considerar la donación) o estén dañados;
 - devolución de documentos dejados en el vehículo, utilizando recursos disponibles en el sistema de correos.
- Para minimizar retrasos en la escena, la enumeración y el registro pueden ser realizados en el hospital de destino.



- En caso de pequeñas pertenencias y/o pocos ítems, la enumeración puede ser realizada en el propio formulario de atención/evento, si hubiera espacio adecuado.
- Esta instrucción no se aplica a alimentos, armas o pertenencias dejadas en el interior de vehículos:
 - armas deben ser transportados por los profesionales de la policía;
 - pertenencias dejadas en el interior de vehículos deben ser transportadas por los profesionales de la policía;
 - alimentos no deben ser una preocupación del equipo ni transportados en la ambulancia.



PE19

PE19 – DISPENSA DE PACIENTE EN LA ESCENA

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

- Cuando, después de evaluación cuidadosa y/o atención del paciente, no hubiera necesidad o indicación, en aquel momento, de proseguir la atención en una unidad de salud.

Conducta:

La liberación de pacientes del lugar del evento, en la ausencia de médico interaccionista en la escena es de competencia exclusiva de la Regulación Médica. Delante de esa posibilidad el equipo sin médico debe:

- ejecutar la evaluación primaria y la secundaria;
- informar a la Regulación Médica sobre la situación y las condiciones del paciente;
- aguardar orientaciones de la Regulación Médica;
- asegurarse de que el paciente o responsable están bien orientados sobre la necesidad de buscar atención médica en otro momento, cuando sea el caso; y registrar los hechos en el formulario de Atención.



PE20

PE20 – REGLAS GENERALES PARA ABORDAJE DE EVENTOS QUE INVOLUCREN PRENSA Y TUMULTO

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

- En toda atención en vía pública.
- En toda atención en la presencia de órganos de prensa.
- En toda atención en área de tumulto.

Conducta:

ATENCIÓN EN VÍAS PÚBLICAS:

- Observar las reglas generales de evaluación de la seguridad de la escena.
- Actuar siempre con discreción.
- No exponer el paciente a la observación pública (atención en la retirada de ropas).
- En la presencia de policía en la escena, solicitar el aislamiento del área, si lo juzga necesario.
- Terminar los procedimientos dentro de la ambulancia, con las puertas cerradas, siempre que sea posible.

PRESENCIA DE LA PRENSA EN LA ESCENA:

- Observar las reglas generales de evaluación de la seguridad de la escena.
- Actuar siempre con discreción y con urbanidad con los compañeros.
- Tratar los profesionales de la prensa con urbanidad y educación, dejando claro su papel.
- No preocuparse en impedir la filmación. Cumplir con su papel en la atención al paciente.
- Preocuparse en seguir al pie de la letra las instrucciones.
- No exponer el paciente, respetando su privacidad:
 - no suministrar datos personales, informaciones sobre el cuadro o sobre el caso;

- atención en la retirada de ropas del paciente; y
- no facilitar la toma de imágenes, perjudicando la atención.
- En la presencia de policía en la escena, solicitar el aislamiento del área de atención, si lo juzga necesario, delante de escena de riesgo o de escena con dificultades para la realización de procedimientos.
- Terminar los procedimientos dentro de la ambulancia, con las puertas cerradas, siempre que sea posible.
- Se recomienda que no sean concedidas entrevistas, excepto en casos previamente acordados.

PRESENCIA DE TUMULTO O AGITACIÓN SOCIAL CON RIESGO PARA EL EQUIPO:

- Comunicar a la Regulación Médica sobre la situación y la necesidad de apoyo.
- Observar las reglas generales de evaluación de la seguridad de la escena.
- En la presencia de policía en la escena, considerar las orientaciones sobre mantenimiento de distancias seguras, aproximación y aparcamiento de la ambulancia.
- El equipo debe permanecer reunido en el área segura determinada por la policía. No circular por la escena.
- Normalmente, en estas situaciones, los pacientes serán traídos hasta la ambulancia.
- Mantener total atención, pues situaciones como esta son muy dinámicas y pueden cambiar con facilidad.
- No manifestar opiniones sobre los hechos del conflicto. Mantener discreción.

OBSERVACIONES:

- Realizar las 3 «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).



PE21

PE21 – CONSTATAción DE FALLECIMIENTO POR EL MÉDICO DEL MSP

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

- Al encontrar un cuerpo con signos de muerte evidente o muerte obvia, tales como rigidez cadavérica (*rigor mortis*), lividez de hipostasis (*livor mortis*), decapitación, aplastamiento de cráneo con pérdida de masa encefálica y ausencia de pulso central, carbonización, segmentación del tronco, o señales evidentes de descomposición.
- Después de maniobras de RCP por el equipo de soporte avanzado, con inclusión de drogas y vía aérea avanzada, sin retorno a la circulación espontánea y con ASISTOLIA persistente, y habiendo atendido lo determinado por la Instrucción AC11 - INTERRUPCIÓN DE RCP - que también trata de la interrupción de la RCP en la ASISTOLIA.
- Al encontrar un paciente en PCR y con manifestación previa del paciente de no ser reanimado.
- Cuando al encontrar un paciente en paro cardiorrespiratorio, el médico del equipo de intervención tiene conocimiento previo sobre el caso, sabe que se trata de paciente con enfermedad en fase terminal y hay consenso entre familiares o responsables en no reanimar.

Conducta/acciones

1. No alterar la escena más allá de lo necesario para las acciones de atención.
2. Entrar en contacto con el médico regulador, acordando con él la conducta y las orientaciones a ser pasadas a los familiares o responsables, correspondiendo al médico regulador el contacto con autoridades locales competentes, cuando sea indicado.
3. Orientar los familiares o responsables, cuando sea el caso, sobre las acciones legales.
4. En la imposibilidad de contacto con la Regulación Médica, el médico intervencionista podrá decidir las orientaciones, o aún, accionar las autoridades locales competentes.
5. Los servicios podrán desarrollar y suministrar, a su criterio, un documento escrito con orientaciones a los familiares o responsables. Las orientaciones podrán variar de un servicio a otro, conforme las características de los recursos disponibles en el municipio como IML, SVO, médico responsable por el paciente, muerte por causas externas o no, entre otros.

OBSERVACIONES:

- Muerte evidente o muerte obvia son situaciones en las que el cuerpo presenta signos que indirectamente aseguran la condición de muerte encefálica, tales como rigidez cadavérica (*rigor mortis*), lividez de hipostasis (*livor mortis*), decapitación, aplastamiento de cráneo con pérdida de masa encefálica y ausencia de pulso central, carbonización, segmentación del tronco, o signos evidentes de descomposición.
- *Rigor mortis* o rigidez cadavérica: generalmente se inicia entre 1 y 6 horas después de la muerte, por los músculos de la masticación y avanza en el sentido cráneo-caudal.
- *Livor mortis*: es la estasis sanguínea por la acción de la gravedad, depende de la posición del cuerpo y generalmente se inicia en 1 hora y 30 minutos a 2 horas, alcanzando su máximo entre 8 y 12 horas.
- No es responsabilidad del equipo de la atención prehospitalaria móvil de urgencia y emergencia, el encaminamiento o acompañamiento del paciente a otros sectores del hospital fuera del servicio hospitalario de urgencia y emergencia, para la realización de exámenes complementarios, dictámenes, u otros procedimientos; en situación de fallecimiento no asistido, deberá obligatoriamente constatarlo, pero no testificarlo. En este caso, deberá comunicar el hecho al médico regulador, que accionará la Policía y el INACIF para que tomen las acciones legales.
- Párrafo único. Paciente con muerte natural asistida por el médico intervencionista deberá tener el certificado de defunción suministrado por el mismo, desde que haya la causa mortis definida.
- Después de la identificación del fallecimiento, la remoción del cuerpo del lugar donde se encuentra para otro no deberá ser realizada por el personal del sistema de emergencias, sin embargo, hay excepciones posibles, dependiendo de diversos factores, que deberán ser previamente pactados entre el gestor del CRUE local o regional con los gestores de otras instituciones públicas, en especial las policiales.
- Declaración de Defunción o Certificado de Defunción es un documento estandarizado por el Ministerio de la Salud para todo el territorio nacional, a ser llenado por el médico según las normas vigentes, con descripción de la causa de la muerte y otros detalles del fallecido, siendo un documento exigido para el enterramiento.
- Instrucciones y tratamientos que prolonguen la vida del paciente, garantizándole los cuidados necesarios para aliviar los síntomas que llevan al sufrimiento, en la perspectiva de una asistencia integral, respetando la voluntad del paciente o de su representante legal.



PE22

PE22 – IDENTIFICACIÓN DE FALLECIMIENTO POR EQUIPOS DEL SISTEMA DE EMERGENCIAS

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

- Al encontrar un cuerpo con signos de muerte evidente o muerte obvia, tales como rigidez cadavérica (*rigor mortis*), lividez de hipostasis (*livor mortis*), decapitación, aplastamiento de cráneo con pérdida de masa encefálica y ausencia de pulso central, carbonización, segmentación del tronco, o aún, signos evidentes de descomposición.
- Al encontrar un paciente en paro cardiorrespiratorio, con manifestación previa del paciente de no ser reanimado, conforme normas establecidas.
- Cuando al encontrar un paciente en paro cardiorrespiratorio, el profesional de enfermería tiene conocimiento previo sobre el caso, sabe que se trata de paciente con enfermedad en fase terminal y hay consenso entre familiares o responsables en no reanimar, conforme a normas establecidas en el país.

Conducta:

1. No alterar la escena más allá de lo necesario para las acciones de atención.
2. Entrar en contacto con el médico regulador, acordando con él la conducta y las orientaciones a ser transmitidas a los familiares o responsables, correspondiendo al médico regulador el contacto con autoridades locales competentes, cuando sea indicado.
3. Contactar inmediatamente al médico regulador al encontrar un paciente en paro cardiorrespiratorio, con manifestación previa del paciente de no ser reanimado; pasar a él las informaciones disponibles y seguir sus orientaciones.
4. Contactar inmediatamente al médico regulador al encontrar un paciente en paro cardiorrespiratorio y el profesional de enfermería tiene conocimiento previo sobre el caso, sabe que se trata de paciente con enfermedad en fase terminal y hay consenso entre familiares o responsables en no reanimar, pasar a él las informaciones disponibles y seguir sus orientaciones.
5. Los servicios podrán desarrollar y suministrar, a su criterio, documento escrito con orientaciones a los familiares o responsables. Las orientaciones podrán variar de un servicio a otro, conforme características de los recursos disponibles en el municipio como IML, SVO, médico responsable por el paciente, muerte por causas externas o no, entre otros.

OBSERVACIONES:

- La parada total e irreversible de las funciones encefálicas equivale a muerte, conforme a criterios ya bien establecidos por la comunidad científica mundial. El encéfalo está compuesto por el cerebro, cerebelo y tronco cerebral.
- Muerte evidente o muerte obvia son situaciones en las que el cuerpo presenta signos que indirectamente aseguran la condición de muerte encefálica, tales como rigidez cadavérica (*rigor mortis*), lividez de hipostasis (*livor mortis*), decapitación, aplastamiento de cráneo con pérdida de masa encefálica y ausencia de pulso central, carbonización, segmentación del tronco, o signos evidentes de descomposición.
- *Rigor mortis* o rigidez cadavérica: generalmente se inicia entre 1 y 6 horas después de la muerte, por los músculos de la masticación y avanza en el sentido cráneo-caudal.
- *Livor mortis* o lividez de hipostasis: es la estasis sanguínea por la acción de la gravedad, depende de la posición del cuerpo y generalmente se inicia en 1 hora y 30 minutos a 2 horas, alcanzando su máximo entre 8 y 12 horas.
- Las disposiciones legales después del fallecimiento y el suministro de la Declaración de Defunción por un médico, incluyendo el médico intervencionista del CRUE, pueden variar de una localidad a otra o de una situación a otra, dependiendo de la existencia de médico asistente del paciente, IML, SVO y otros servicios médicos, derivada de ahí la necesidad de que las rutinas y normas sean establecidas por cada servicio.
- Después de la identificación del fallecimiento, la remoción del cuerpo del lugar donde se encuentra para otro no deberá ser realizada por el personal del sistema habiendo, sin embargo, excepciones posibles, dependiendo de diversos factores, que deberán ser previamente pactados entre el gestor del Sistema local o regional con los gestores de otras instituciones públicas, en especial las policiales.

INSTRUCCIONES SVB EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

BG



BG01

BG01- ASISTENCIA AL TRABAJO DE PARTO NO EXPULSIVO

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

- gestación \geq 37 semanas; y
- presencia de contracciones regulares en intervalos de 3 a 5 minutos, con duración mayor de 30 segundos; y
- ausencia de partes fetales en la vulva; y
- dilatación cervical $>$ 3 cm y $<$ 10 cm.

Conducta:

1. Garantizar privacidad para la paciente.
2. Solicitar la presencia de un acompañante autorizado por la paciente, siempre que sea posible.
3. Informar y solicitar el consentimiento de la paciente para la realización de todos los procedimientos.
4. Realizar evaluación primaria (Instrucción BC1).
5. Realizar evaluación secundaria (Instrucción BC2), con énfasis en:
 - signos vitales;
 - inspección de la vulva (sangrados, pérdidas líquidas y presencia de partes fetales);
 - entrevista dirigida:
 - realización de prenatal;
 - edad gestacional y/o fecha probable de parto;
 - historia de paridad: número de hijos y partos anteriores;
 - pérdida vaginal actual: mucosidad, líquido o sangre;
 - presencia de contracción uterina, frecuencia y duración;
 - presencia de comorbilidades: preguntar por enfermedades en tratamiento.
6. Delante de la caracterización del trabajo de parto no expulsivo, comunicarlo a la paciente y los familiares.

7. Preparar para el transporte, posicionando a la paciente en decúbito lateral izquierdo o posición más confortable, bajo calentamiento.
8. Realizar contacto con la Regulación Médica para definición del referimiento y/o unidad de salud de destino.
9. Mantener atención en la evolución del parto y la necesidad de asistencia (Instrucción BG02).
10. Registrar hallazgos y procedimientos en el formulario del evento.

OBSERVACIONES:

- Realizar las 3 «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- El objetivo de las evaluaciones primaria y secundaria es identificar y corregir situaciones de riesgo inmediato de morbilidad materno-fetal.
- Considerar la presencia de: presentaciones fetales distócicas, síndrome hipertensivo, hemorragia y *shock*.



BG02

BG02 - ASISTENCIA AL PARTO INMINENTE

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

- Edad gestacional \geq 22 semanas.
- Presencia de contracciones fuertes y frecuentes (dos o más en 10 minutos).
- Presencia de pujos espontáneos.
- Sensación de presión en el periné.
- Visualización de la distensión perineal o de la presentación fetal en la vulva.

Conducta:

EVALUACIÓN Y PREPARACIÓN PARA EL PARTO

1. Garantizar privacidad para la paciente.
2. Solicitar la presencia de un acompañante autorizado por la paciente, siempre que sea posible.
3. Informar y solicitar el consentimiento de la paciente para la realización de todos los procedimientos.
4. Realizar evaluación primaria (Instrucción BC1).
5. Realizar evaluación secundaria (Instrucción BC2), con énfasis en:
 - signos vitales;
 - inspección de la vulva (presencia de hemorragias, pérdidas líquidas y presencia de partes fetales);
 - entrevista dirigida:
 - realización de prenatal;
 - edad gestacional y/o fecha probable de parto;
 - historia de paridad: número de hijos y tipo de partos;
 - pérdida vaginal actual;
 - presencia de contracción uterina, frecuencia y duración;
 - presencia de comorbilidades.

6. Delante de la caracterización del parto inminente:
 - Realizar contacto inmediato con la Regulación Médica para pasar las informaciones de forma sistematizada y recibir orientaciones.
 - Considerar la realización del parto en ambiente domiciliar o, cuando es en transporte, estacionar el vehículo y realizar los procedimientos de asistencia.
7. Reunir material mínimo necesario para la realización del parto:
 - 2 clamps (sujetadores o pinzas);
 - 1 cuchilla de bisturí o tijera estéril;
 - 2 paquetes de gasa estéril;
 - 5 compresas;
 - 2 sacos de plástico;
 - 1 par de pulseras de identificación (madre y recién-nacido [RN]);
 - 2 mantas aluminizadas;
 - 3 campos como mínimo (campos son sábanas estériles);
 - equipamientos de protección individual (EPI): 2 pares de guantes estériles, 2 pares de guantes de procedimiento, 1 delantal desechable, máscara facial, guantes desechables y gafas de protección.

ASISTENCIA AL PARTO INMINENTE

1. Utilizar EPI, iniciar con guantes de procedimiento.
2. Posicionar a la paciente, adoptando la posición que ofrezca mayor confort:
 - Posición horizontal: decúbito dorsal horizontal con piernas y rodillas flexionados y alejados.
 - Posiciones no horizontales: cuclillas o Laborie-Duncan (decúbito dorsal elevado con camilla verticalizada al máximo, flexión y abducción de los miembros inferiores).
 - Posición para pacientes con insuficiencia cardíaca: decúbito lateral izquierdo con pierna derecha ligeramente más flexionada que la izquierda y apoyada sobre la cama o camilla (posición de Sims).
3. Higienizar periné con suero fisiológico (SF) 0.9 %, gasas y compresas estériles si están disponibles.
4. Intercambiar guantes de procedimiento por guantes estériles.



5. Posicionar los campos (sábanas estériles) bajo los glúteos y abdomen de la paciente.
6. Durante el avance de la presentación:
 - proteger el periné con una de las manos con ayuda de una compresa;
 - controlar el desprendimiento súbito del polo cefálico con la otra mano.
7. Evaluar la región del cuello del RN para detectar la presencia de circular del cordón umbilical. En caso de presencia de circular:
 - si es holgada, liberar y deshacer con el dedo índice;
 - si es tensa, pinzar en dos puntos y cortar entre ellos.
8. Acompañar el desprendimiento de los hombros. En la presencia de distocia de hombro, realizar Instrucción BGO5.
9. Apoyar al RN lateralizado sobre el abdomen de la madre, cubriéndolo con el campo (sábana), inclusive la cabeza (excepto la cara) sin tirar del cordón umbilical.
10. Esperar cerca de 1 a 3 minutos para pinzar el cordón, excepto en caso de sufrimiento fetal, isoimmunización o comorbilidades (como VIH positivo), cuando la ligadura precoz del cordón umbilical debe ser realizada hasta en 30 segundos.
11. Realizar el pinzamiento del cordón umbilical:
 - 1.^a pinza (clamp): 15 a 20 cm a partir del abdomen del RN.
 - 2.^a pinza (clamp): 3 a 4 cm al frente de la 1er pinza (clamp).
 - Cortar con cuchilla de bisturí estéril entre las dos pinzas (clamps) umbilicales.
12. Realizar la asistencia al RN (Instrucción BPed 10).
13. Realizar identificación de la madre y del RN con pulsera con nombre de la madre, sexo del lactante, hora de nacimiento y fecha.
14. Realizar nuevo contacto con Regulación Médica y pasar informaciones de forma sistematizada.
15. Esperar orientaciones de la Regulación Médica para procedimientos y/o transporte para la unidad de salud.
16. Preparar para el transporte posicionando a la paciente en decúbito dorsal o posición más confortable bajo calentamiento. Considerar las condiciones del RN para el transporte.
17. Si hubiera la expulsión de la placenta, acondicionar la placenta en saco plástico y encaminar junto con la paciente.

18. Registrar hallazgos, procedimientos y condiciones del parto y RN en el formulario del evento. Llenar un formulario de atención para la madre y otro para el RN.

OBSERVACIONES:

- Realizar las 3 «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- Los servicios pueden considerar la disponibilidad de kits comerciales conteniendo materiales para la realización del parto y/o recepción del RN.
- Los campos (sábanas estériles) pueden ser quirúrgicos o de TNT, de acuerdo con la disponibilidad del servicio.
- En caso de sufrimiento fetal, isoimmunización o comorbilidades como VIH positivo, realizar ligadura precoz del cordón umbilical hasta en 30 segundos.
- Garantizar contacto piel a piel inmediato y continuo en situaciones de buenas condiciones clínicas del RN.
- No recomendar amamantar al RN hasta la llegada al hospital.
- Considerar la presencia de: presentaciones distócicas, síndrome hipertensivo, hemorragias y *shock*.



BG03

BG03 - ASISTENCIA AL PARTO CONSUMADO

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

Expulsión completa del recién nacido (RN) con edad gestacional ≥ 22 semanas.

Conducta:

1. Garantizar privacidad para la paciente.
2. Solicitar la presencia de acompañante autorizado por la paciente, siempre que sea posible.
3. Informar y solicitar el consentimiento de la paciente para la realización de todos los procedimientos.
4. Realizar la evaluación primaria de la madre (Instrucción BC1) y del RN (Instrucción BPed 10 o BPed 11), con énfasis en:
 - patrón respiratorio;
 - presencia de hemorragias externas.
5. Realizar entrevista dirigida:
 - prenatal;
 - edad gestacional y/o fecha probable del parto;
 - historia de paridad;
 - presencia de comorbilidades;
 - tiempo transcurrido desde el nacimiento.
6. Asistencia al parto consumado:
 - Apoyar al RN lateralizado sobre el abdomen de la madre, cubriéndolo con el campo (sábana), inclusive la cabeza (excepto cara) sin tirar del cordón umbilical.
 - Aguardar cerca de 1 a 3 minutos para pinzar (clampear) el cordón, excepto en caso de sufrimiento fetal, isoimmunización o comorbilidades (como VIH positivo), cuando la ligadura precoz del cordón umbilical debe ser realizada hasta en 30 segundos.
 - Realizar el pinzamiento del cordón umbilical:
 - 1.ª pinza (clamp): 15 a 20 cm a partir del abdomen de RN;

- 2.^a pinza (clamp): 3 a 4 cm al frente de la 1.^a pinza (clamp).
 - Cortar con cuchilla de bisturí estéril entre las dos pinzas (clamps) umbilicales.
 - Realizar la asistencia al RN (Instrucción BPed 10 o BPed 11).
 - Realizar identificación de la madre y del RN con pulsera con nombre de la madre, sexo del lactante, hora de nacimiento y fecha.
 - Observar la expulsión espontánea de la placenta y la presencia de hemorragias vaginales (Instrucción BGO7).
7. Preparar para el transporte posicionando a la paciente en decúbito dorsal o posición más confortable bajo calentamiento. Considerar las condiciones del RN para el transporte.
 8. Realizar contacto con la Regulación Médica para definición de referimiento y o unidad de salud.
 9. Registrar hallazgos, procedimientos y condiciones del parto y RN en el formulario del evento. Llenar un formulario de atención para la madre y otro para el RN.

OBSERVACIONES:

- Realizar las 3 «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- Considerar la presencia de síndrome hipertensivo, hemorragia, *shock*.
- Garantizar contacto piel a piel inmediato y continuo en situaciones de buenas condiciones clínicas del RN.
- No recomendar amamantar al RN hasta la llegada al hospital.
- Los servicios pueden considerar la disponibilidad de kits comerciales conteniendo materiales para la realización del parto y/o recepción de RN.
- Los campos (sábanas estériles) pueden ser quirúrgicos o de TNT, de acuerdo con la disponibilidad del servicio.



BG04

BG04 - ASISTENCIA AL TRABAJO DE PARTO PREMATURO

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

- Edad gestacional a partir de 22 semanas y menor de 37 semanas.
- Presencia de contracciones regulares con intervalo de por lo menos 5 a 8 minutos.

Conducta:

1. Garantizar privacidad para la paciente.
2. Solicitar la presencia de un acompañante autorizado por la paciente, siempre que sea posible.
3. Informar y solicitar el consentimiento de la paciente para la realización de todos los procedimientos.
4. Realizar evaluación primaria (Instrucción BC1).
5. Realizar evaluación secundaria (Instrucción BC2), con énfasis en:
 - signos vitales;
 - inspección de la vulva (presencia de hemorragias, pérdidas líquidas y presencia de partes fetales);
 - entrevista dirigida:
 - realización de prenatal;
 - edad gestacional y/o fecha probable de parto;
 - historia de paridad;
 - pérdida vaginal actual;
 - presencia de contracción uterina, frecuencia y duración;
 - presencia de comorbilidades.
6. Delante de la caracterización del trabajo de parto prematuro, comunicarlo a la paciente y a los familiares.
7. Realizar contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de manera sistematizada.

-
8. Aguardar orientación de la Regulación Médica para procedimientos y/o transporte para la unidad de salud de referencia.
 9. Preparar para el transporte posicionando la paciente en decúbito lateral izquierdo bajo calentamiento.
 10. Registrar hallazgos y procedimientos en el formulario de evento.
 11. Estar atento a la evolución del parto y a la necesidad de asistencia (Instrucción BGO 2).

OBSERVACIONES:

- Realizar las 3 «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- Realizar la presencia de presentaciones distócicas, síndrome hipertensivo, hemorragia, *shock*.



BG05

BG05 - ASISTENCIA AL PARTO INMINENTE DISTÓCICO (PRESENTACIÓN NO CEFÁLICA)

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

- Edad gestacional \geq 22 semanas.
- Presencia de contracciones fuertes y frecuentes (dos o más en 10 minutos).
- Presencia de pujos espontáneos.
- Sensación de presión en el periné.
- Visualización de la distensión perineal o de la presentación fetal no cefálica (hombro, pelvis, cordón umbilical o miembros).

Conducta

1. Garantizar privacidad para la paciente.
2. Solicitar la presencia de un acompañante autorizado por la paciente, siempre que sea posible.
3. Informar y solicitar el consentimiento de la paciente para la realización de todos los procedimientos.
4. Realizar evaluación primaria (Instrucción BC1).
5. Realizar evaluación secundaria (Instrucción BC2), con énfasis en:
 - signos vitales;
 - inspección de la vulva (presencia de hemorragias, pérdidas líquidas y presencia de partes fetales);
 - entrevista dirigida:
 - realización de prenatal;
 - edad gestacional y/o fecha probable de parto;
 - historia de paridad: número de hijos y tipo de partos;
 - pérdida vaginal actual;
 - presencia de contracción uterina, frecuencia y duración;
 - presencia de comorbilidades.

6. Delante de la caracterización del trabajo de parto inminente con presentación distócica (no cefálica), comunicarlo a la paciente y los familiares.
7. Realizar contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de manera sistematizada.
8. Aguardar orientación de la Regulación Médica para procedimientos y/o transporte para la unidad de salud de referencia.
9. Preparar para el transporte posicionando la paciente en decúbito lateral izquierdo bajo calentamiento.
10. Registrar hallazgos y procedimientos en el formulario de evento.
11. Estar atento a la evolución del parto y a la necesidad de asistencia (Instrucción BGO 2).

OBSERVACIONES:

- Realizar las 3 «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- Los servicios pueden considerar la disponibilidad de kits comerciales conteniendo materiales para la realización del parto y/o recepción del RN.



BG06

BG06 - HEMORRAGIA GESTACIONAL

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

- Embarazo sospechado.
- Pérdida sanguínea transvaginal.
- Dolor pélvico y/o signos de irritación peritoneal.
- Signos de *shock*: palidez mucocutánea, taquicardia materna, hipotensión materna, descenso del nivel de conciencia.

Conducta:

1. Garantizar privacidad para la paciente.
2. Solicitar la presencia de un acompañante autorizado por la paciente, siempre que sea posible.
3. Informar y solicitar el consentimiento de la paciente para la realización de todos los procedimientos.
4. Colocar la paciente en decúbito dorsal.
5. Realizar evaluación primaria (Instrucción BC1), con énfasis en:
 - evaluación del nivel de conciencia;
 - evaluación y garantía de la permeabilidad de las vías aéreas;
 - suministrar oxígeno suplementario bajo máscara no reinhalante si $\text{SatO}_2 < 94\%$;
 - evaluación en cuanto a la presencia de hemorragias externas (pérdidas vaginales).
6. Realizar evaluación secundaria (Instrucción BC2), con énfasis en:
 - signos vitales;
 - inspección de la vulva (presencia de hemorragias, pérdidas líquidas y presencia de partes fetales);

- entrevista dirigida:
 - realización de prenatal;
 - edad gestacional y/o fecha probable de parto;
 - historia de paridad;
 - pérdida vaginal actual;
 - presencia de contracción uterina, frecuencia y duración;
 - presencia de comorbilidades.
- 7. En la presencia de *shock*, realizar Instrucción BC11.
- 8. Realizar contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de manera sistematizada.
- 9. Aguardar orientación de la Regulación Médica para procedimientos y/o transporte para la unidad de salud de referencia.
- 10. Preparar para el transporte posicionando la paciente en decúbito lateral izquierdo bajo calentamiento.
- 11. Registrar hallazgos y procedimientos en el formulario de evento.
- 12. Estar atento a la evolución del parto y a la necesidad de asistencia (Instrucción BGO 2).

OBSERVACIONES:

- Realizar las 3 «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- En la presencia de síndromes hipertensivos o paro cardiorrespiratorio (PCR) de la gestante, realizar instrucciones correspondientes.



BG07

BG07 - HEMORRAGIA PUERPERAL

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

- pérdida sanguínea excesiva, transvaginal, en el postparto;
- pérdida sanguínea transvaginal;
- dolor pélvico y/o signos de irritación peritoneal;
- signos de *shock*: palidez mucocutánea; taquicardia materna; hipotensión materna; descenso del nivel de conciencia.

Conducta:

1. Garantizar privacidad para la paciente.
2. Solicitar la presencia de un acompañante autorizado por la paciente, siempre que sea posible.
3. Informar y solicitar el consentimiento de la paciente para la realización de todos los procedimientos.
4. Colocar la paciente en decúbito dorsal.
5. Realizar evaluación primaria (Instrucción BC1), con énfasis en:
 - evaluación del nivel de conciencia;
 - evaluación y garantía de la permeabilidad de las vías aéreas;
 - suministrar oxígeno suplementario bajo máscara no reinhalante si $\text{SatO}_2 < 94\%$;
 - evaluación en cuanto a la presencia de hemorragias externas (pérdidas vaginales).
6. Realizar evaluación secundaria (Instrucción BC2), con énfasis en:
 - signos vitales;
 - inspección de la vulva (presencia de hemorragias, pérdidas líquidas y otros);
 - entrevista dirigida:
 - realización de prenatal;
 - historia de paridad;

-
- presencia de comorbilidades;
 - tiempo transcurrido desde el parto.
7. En la presencia de *shock*, realizar Instrucción BC11.
 8. Realizar contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de manera sistematizada.
 9. Aguardar orientación de la Regulación Médica para procedimientos y/o transporte para la unidad de salud de referencia.
 10. Preparar para el transporte colocando la paciente en la posición más confortable bajo calentamiento.
 11. Registrar hallazgos y procedimientos en el formulario de evento.

OBSERVACIONES:

- Realizar las 3 «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- En la presencia de síndromes hipertensivos o paro cardiorrespiratorio (PCR), realizar instrucciones correspondientes.

INSTRUCCIONES SVB EN PEDIATRÍA

BPed



BPed1

BPed 1 - PARÁMETROS PEDIÁTRICOS

Parámetros de edad

Período neonatal	:	de 0 hasta 28 días de vida.
Lactante	:	de 29 días hasta 11 meses y 29 días (< 1 año).
Niño	:	1 año hasta inicio de la pubertad: (Niñas: brote mamario. Niños: pelos axilares).
Adolescente	:	10 a 19 años (Organización Mundial de la Salud): reportarse a las instrucciones de adultos si está iniciada la pubertad.

Parámetros de peso

Cuando no haya información sobre el peso actual del paciente pediátrico, pueden ser utilizados los siguientes criterios para un cálculo rápido y aproximado del peso:

Primeros días de vida	:	pérdida del 10 % del peso de nacimiento en los primeros días de vida, que debe ser recuperado hasta el décimo día de vida.
Peso de nacimiento	:	dobra en el 4 ^o mes de vida; triplica con 1 año; cuadruplica con 2 años.
3 a los 12 meses	:	$\text{peso} = (0.5 \times \text{edad en meses}) + 4.5$
2 a 8 años	:	$\text{peso} = (2 \times \text{edad en años}) + 8$

Frecuencia respiratoria (incursiones por minuto):

< 1 año	:	30 a 60
1 a 3 años	:	24 a 40
Preescolar (4 a 5 años)	:	22 a 34
Escolar (6 a 12 años)	:	18 a 30
Adolescente (13 a 18 años)	:	12 a 16

BPed1 -Parámetros pediátricos Frecuencia cardiaca (latidos por minutos)

EDAD	DESPIERTO	MEDIA	DURANTE EL SUEÑO
Recién nacido (RN) hasta 3 meses	85 a 205	140	80 a 160
3 meses a 2 años	100 a 190	130	75 a 160
2 a 10 años	60 a 140	80	60 a 90
> 10 años	60 a 100	75	50 a 90

Definición de hipotensión por presión arterial sistólica y edad:

EDAD	PRESION ARTERIAL SISTÓLICA (mmHg)
Neonatos a término (0 a 28 días)	< 60
Lactantes (1 a 12 meses)	< 70
Niños (1 a 10 años)	< 70 + (edad en años x 2)
Niños > 10 años	< 90

BPed 1 – Parámetros pediátricos

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Parámetro	Respuesta observada	Respuesta observada	Respuesta observada	Puntuación
Apertura Ocular	Espontánea	Espontánea	Espontánea	4
	Al estímulo verbal	Al estímulo verbal	Al estímulo verbal	3
	Al estímulo doloroso	Al estímulo doloroso	Al estímulo doloroso	2
	Ausencia de respuesta	Ausencia de respuesta	Ausencia de respuesta	1
Mejor Respuesta Verbal	Orientada	Palabras apropiadas, orientadas	Murmullo o balbuceo	5
	Confusa	Confusa	Inquieta, irritada, llorosa	4
	Palabras inapropiadas	Palabras inapropiadas	Llora en respuesta al dolor	3
	Sonidos incomprensibles	Palabras incomprensibles o sonidos inespecíficos	Gime en respuesta al dolor	2



Parámetro	Respuesta observada	Respuesta observada	Respuesta observada	Puntuación
Mejor Respuesta Motora	Ausencia de respuesta	Ausencia de respuesta	Ausencia de respuesta	1
	Obedece a comandos	Obedece a comandos verbales simples	Se mueve espontánea e intencionalmente	6
	Localiza estímulos dolorosos	Localiza estímulos dolorosos	Retira el miembro al toque	5
	Retira el miembro al estímulo doloroso	Retira el miembro al estímulo doloroso	Retira el miembro al estímulo doloroso	4
	Flexión de los brazos y extensión de las piernas (decorticación) al estímulo doloroso	Flexión de los brazos y extensión de las piernas (decorticación) al estímulo doloroso	Flexión de los brazos y extensión de las piernas (decorticación) al estímulo doloroso	3
	Extensión de brazos y extensión de las piernas (descerebración) al estímulo doloroso	Extensión de brazos y extensión de las piernas (descerebración) al estímulo doloroso	Extensión de brazos y extensión de las piernas (descerebración) al estímulo doloroso	2
	Ausencia de respuesta	Ausencia de respuesta	Ausencia de respuesta	1

BPed 1 – Parámetros pediátricos
Puntaje de trauma pediátrico

CARACTERÍSTICAS	Puntos		
	+2	+ 1	-1
Peso (kg)	> 20	10 a 20	< 10
Vías aéreas	Normal	Asistida por máscara o cánula de oxígeno (O2)	Vía aérea avanzada intubación orotraqueal o cricotiroidotomía
Presión arterial sistólica (mmHg)	> 90 o pulsos periféricos buenos, buena perfusión	50 a 90 pulsos centrales palpables (carotideo o femoral)	< 50 o pulsos débiles o ausentes
Conciencia	Despierto	Obnubilado, pérdida de conciencia	Coma, incapaz de responder
piel	Ninguna lesión visible	Contusión, abrasión, laceración < 7 cm, sin alcanzar fascia	Pérdida de tejido, lesión por armas de fuego o blanca, alcanza la fascia
Fractura	Ninguna	Fractura cerrada única, en cualquier lugar	Facturas expuestas o múltiples

La mayor puntuación posible es + 12 y la menor posible es 6 (más grave). Puntuación < 8: transportar para hospital terciario

BPed 1 – Parámetros pediátricos

Parámetros de los equipamientos pediátricos

Equipamiento	RN/ Lactante (3-5 kg)	< 1 año (6-9 kg)	1-2 años (10-11 kg)	Niño Pequeño (3-4 años) (12-14 kg)	Niño (5-6 años) (15-18 kg)	Niño (7-8 años) (19-23 kg)	Niño (9-10 años) (24-29 kg)	Adolescente (>10 años) (30-36 kg)
DBMV (1)	Neonatal/ lactante	Infantil	Infantil	Infantil	Infantil	Infantil	Infantil	Adulto
Máscara de O2	Neonatal	Pediátrica	Pediátrica	Pediátrica	Pediátrica	Pediátrica	Pediátrica	Pediátrica/ Adulto
Sonda de succión	8	8	10	10	10	10	10	12
Jelco (catéter)	22-24	22-24	20-24	18-22	18-22	18-20	18-20	16-20

Fuente: Adaptado de Soporte Vital Avanzado en Pediatría (PALS). Manual Profesional. Edición en portugués, 2012, pp. 111 (adaptado de la Grabación de Resucitación Pediátrica de Broselow, 2007), (1) DBVM - dispositivo bolsa-válvula-mascarilla



BPed 2

BPed 2 – EVALUACIÓN PRIMARIA DEL PACIENTE PEDIÁTRICO

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

En el abordaje de pacientes pediátricos con padecimiento clínico.

Conducta:

1. Realizar impresión inicial: observación rápida (evaluación visual y auditiva del paciente pediátrico en los primeros segundos de atención), considerando:
 - conciencia: alerta, irritable o no responde;
 - respiración: esfuerzo respiratorio, sonidos anormales (estridor, sibilancia, quejidos) o ausencia de movimientos respiratorios;
 - coloración anormal de la piel: palidez, cianosis o aspecto marmóreo.
2. Si el paciente no responde: un miembro del equipo debe comunicarlo inmediatamente a la Regulación Médica y solicitar apoyo del soporte vital avanzado (SVA), mientras el otro profesional continúa evaluando el paciente.
3. Si el paciente no responde y no respira o presenta jadeo, chequear pulso simultáneamente y:
 - si el pulso está ausente: consultar la Instrucción de PCR (BPed 7);
 - si el pulso está presente, pero permanece con frecuencia ≤ 60 latidos por minuto (latidos por minuto) y con signos de perfusión insuficiente, a pesar de la oxigenación y ventilación adecuadas: consultar la Instrucción de PCR (BPed 7);
 - si el pulso está presente, y es > 60 latidos por minuto (lpm): consultar la Instrucción de Paro Respiratorio (BPed 6).
4. Si el paciente no responde, pero respira, solicitar apoyo del SVA y realizar la evaluación primaria.
5. Si el paciente responde, realizar la evaluación primaria.

Evaluación primaria (A, B, C, D, E)

1. Evaluar la permeabilidad de la vía aérea y, si es indicado, corregir situaciones de riesgo con las siguientes acciones:
 - Permitir que el paciente adopte una posición confortable espontáneamente.
 - Realizar la maniobra de inclinación de la cabeza y elevación del mentón o de anteriorización de la mandíbula.

- Inspeccionar la cavidad oral: aspirar secreciones y retirar cuerpos extraños.
- Instalar cánula orofaríngea (solamente en paciente inconsciente).

2. Evaluar ventilación:

- Frecuencia respiratoria (taquipnea, bradipnea o apnea): frecuencia menor de 10 o mayor de 60 incursiones por minuto (ipm), en cualquier edad pediátrica, sugiere problema potencialmente grave.
- Signos de esfuerzo respiratorio: aleteo nasal, retracciones en el tórax (intercostales y otras), movimiento toracoabdominal (tórax retraído y abdomen que se expande durante la inspiración), movimientos de la cabeza al respirar, quejido.
- Expansión y simetría torácica.
- Oximetría de pulso: realizar la administración de oxígeno (O₂) si saturación de O₂ es < 94 %.
- Realizar soporte ventilatorio: máscara con reservorio o ventilación asistida con dispositivo bolsa-válvula-mascarilla (BVM) (si es orientado por la Regulación Médica).
- Si fuera necesaria la ventilación asistida con BVM: ventilar con volumen suficiente solo para garantizar la elevación visible del tórax, monitorizando oximetría de pulso (mantener saturación de O₂ entre 94 y 99 %); tener cuidado para no hiperventilar (ver Instrucción BPed 30 - Técnica de ventilación con BVM).

3. Evaluar estado circulatorio:

- Frecuencia cardíaca.
- Pulsos periféricos o centrales: amplitud y simetría.
- Tiempo de llenado capilar.
- Piel: coloración, humedad y temperatura.
- Presión arterial.
- En la presencia de sangrado activo visible, realizar compresión directa.
- En la presencia de signos de *shock*, realizar contacto con la Regulación Médica inmediatamente (Instrucción BPed 12).

ATENCIÓN: considerar los parámetros vitales de acuerdo con el rango etario (BPed 1).

4. Evaluar estado neurológico:

- AVDI (alerta, verbal, dolor e incapaz de responder).



- Escala de coma de Glasgow (BPed 1).
- Evaluación pupilar: tamaño, fotorreactividad y simetría.

5. Exposición:

- Mantener el paciente confortable y calentado.
- Buscar manchas y lesiones en piel, deformidades, entre otros.
- Buscar evidencias de trauma o señales de malos tratos.
- Evitar hipotermia.

OBSERVACIONES:

- Realizar las 3 «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- Estar atento al derecho del niño de tener un acompañante (responsable legal u otro).
- El objetivo de la evaluación primaria es identificar y corregir situaciones de riesgo inmediato de muerte. Se considera crítico todo paciente que presenta alteraciones significativas en cualquier etapa de la evaluación.
- Si el paciente fuera considerado crítico, el tiempo de permanencia en la escena debe ser el mínimo posible.
- Para mantener la permeabilidad de la vía aérea: utilizar maniobras manuales y dispositivos de apertura de vía aérea, con atención para la técnica adecuada de inserción de la cánula orofaríngea en pediatría (Instrucción BPed 32).
- Para determinar la frecuencia respiratoria en el paciente pediátrico, se debe contar por lo menos 30 segundos y multiplicar por dos, para evitar imprecisiones.
- Recordar que la ventilación del paciente pediátrico debe ser realizada con técnica y equipamiento adecuados a la edad y peso (BPed 1).
- Cuidado al ventilar el paciente pediátrico: la ventilación muy agresiva o con grandes volúmenes corrientes puede causar hiperinsuflación y barotrauma, además de llevar a la distensión gástrica, resultando en regurgitación, aspiración e impedimento de la ventilación adecuada por la limitación del movimiento del diafragma.
- Repetir evaluación primaria durante el transporte.



BPed 3

BPed 3 – EVALUACIÓN SECUNDARIA DEL PACIENTE PEDIÁTRICO

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

En el abordaje de pacientes pediátricos con enfermedad clínica.

Conducta:

1. Realizar entrevista SAMPLE (con el paciente, familiares o terceros):

- nombre y edad;
- queja principal;

S: signos y síntomas en el inicio de la enfermedad;

A: historia de alergias;

M: medicamentos en uso y/o tratamientos en curso; horario de la última dosis;

P: pasado médico – problemas de salud o enfermedad previa;

L: horario de la última ingesta de líquidos o alimentos;

E: eventos que lleven a la enfermedad o lesión actual.

ATENCIÓN: en pacientes inconscientes o imposibilitados de responder, buscar informaciones con personas aledañas o familiares.

2. Realizar evaluación complementaria:

- monitorizar oximetría de pulso;
- evaluar glicemia capilar: si < 60 mg/dL (o < 50 mg/dL en el neonato), informar inmediatamente al médico regulador.

3. Realizar el examen físico de la cabeza a los pies:

- Objetivo: identificar condiciones no detectadas en la evaluación primaria.
- Técnicas a ser utilizadas: inspección seguida de palpación.

CABEZA (CRÁNEO Y CARA)

- Inspeccionar y palpar el cuero cabelludo, orejas, huesos de la cara, ojos, pupilas (verificar diámetro, reacción a la luz y simetría pupilar), nariz, boca.

- Identificar abultamiento y tensión de la fontanela anterior (cierre entre 9 y 18 meses).
- Identificar presencia de secreciones, sangre y/o líquido en cavidades naturales.
- Identificar presencia de cuerpos extraños.
- Identificar signos de esfuerzo respiratorio: aleteo nasal, movimientos de la cabeza al respirar.
- Observar alteraciones en la coloración y temperatura de la piel y mucosas.

CUELLO

- Evaluar región anterior y posterior: buscar contusiones, heridas, crepitaciones, deformidades.
- Observar si hay distensión de las venas.

TÓRAX

- Identificar signos de esfuerzo respiratorio: retracciones en el tórax (intercostales y otras), movimiento toracoabdominal (tórax retraído y abdomen que se expande durante la inspiración) y quejidos.
- Observar lesiones y cicatrices en la piel.
- Realizar la palpación cuidadosa en búsqueda de crepitaciones subcutáneas y/u óseas.

ABDOMEN

- Observar distensión, contusiones, abrasiones, heridas, equimosis, cicatrices.
- Investigar a la palpación: dolor, rigidez, presencia de masas palpables.

PELVIS

- Observar formato de la región, realizar palpación de las crestas ilíacas en búsqueda de dolor, realizando las dos pruebas de presión (laterolateral y anteroposterior) una única vez.
- Inspeccionar la región genital en la presencia de historia de trauma local y/o de sangrados evidentes en la región.
- Inspeccionar, en los lactantes y niños, la región bajo los pañales/ropas, incluyendo la región glútea, en búsqueda de lesiones sugestivas de malos tratos.



MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES

- Observar a la inspección: deformidades, desvíos, coloración y heridas.
- Investigar sensibilidad, crepitaciones, pulsos distales (describir simetría y amplitud) y perfusión de los miembros.
- Evaluar la fuerza motora (excepto en miembro con sospecha de fractura), solicitando que el paciente (si es posible para la edad):
 - mueva los pies y/o eleve una pierna cada vez;
 - apriete la mano del profesional y/o eleve un brazo cada vez.
- Realizar la evaluación, siempre comparando un miembro con el otro.

DORSO (SI ES POSIBLE)

- Inspeccionar la presencia de deformidades, contusiones, hematomas, cicatrices, heridas.
 - Palpar caja torácica posterior y columna vertebral en busca de dolor.
4. Realizar evaluaciones seriadas de los signos vitales, llenado capilar y nivel de conciencia.

OBSERVACIONES:

- Realizar las 3 «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- Estar atento al derecho del niño de tener un acompañante (responsable legal u otro).
- La evaluación secundaria es importante, sin embargo no obligatoria, principalmente en los pacientes críticos o si su realización implica retraso del transporte.
- El objetivo de la evaluación secundaria es detectar problemas que no fueron identificados en la evaluación primaria y cuidar de las condiciones que no amenazan la vida.
- Registrar detalladamente los hallazgos de la evaluación secundaria.
- En el paciente pediátrico, estar siempre atento a la presencia de lesiones y señales de malos tratos, aun cuando la historia no sugiera esa hipótesis. Buscar lesiones en áreas no expuestas. Consulte las instrucciones de Evaluación Primaria y Secundaria en el Trauma (BPed 24 y BPed 25) y malos tratos.



BPed 4

BPed 4 - OVACE EN NIÑO (OVACE = OBSTRUCCIÓN DE VÍAS AÉREAS POR CUERPOS EXTRAÑOS)

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

Episodio testificado (o referido) de asfixia con tos y/o señales de sofocación.

Conducta:

1. Evaluar la gravedad:

- Obstrucción leve: paciente capaz de responder que se está ahogando. Consigue toser, emitir algunos sonidos y respirar.
- Obstrucción grave: paciente presenta inicio súbito de grave dificultad respiratoria; no consigue toser o emitir cualquier sonido (tos silenciosa); puede presentar el signo de angustia (signo universal de asfixia).

2. Realizar abordaje específico:

- OBSTRUCCIÓN LEVE EN NIÑO CON CAPACIDAD DE RESPUESTA
 - No realizar maniobras de desobstrucción.
 - Calmar al paciente.
 - Incentivar tos vigorosa.
 - Observar atenta y constantemente.
 - Si evoluciona para obstrucción grave: ver ítem Obstrucción grave.
- OBSTRUCCIÓN GRAVE EN NIÑO CON CAPACIDAD DE RESPUESTA
 - Ejecutar la maniobra de Heimlich, conforme lo descrito a continuación:

Maniobra de Heimlich:

- Bajarse, posicionándose atrás del paciente con los brazos a la altura de la cresta ilíaca.
- Cerrar una de las manos en puño y posicionarla en el abdomen del paciente, en la línea media, por encima del ombligo, con el pulgar vuelto para el abdomen.
- Con la otra mano abierta sobre la primera, comprimir el abdomen con movimientos rápidos, direccionados para dentro y para arriba (en J).
- Repetir la maniobra hasta la desobstrucción o hasta que el paciente se torna incapaz de responder.
- Después de la expulsión del cuerpo extraño, realizar la evaluación primaria y suministrar oxígeno por mascarilla, si es necesario.

Fuente: AHA, SVB para profesionales de la salud. Manual del alumno. 2006. Pág. 61

Observación: acordarse de dosificar la fuerza aplicada en el paciente pediátrico.

- OBSTRUCCION GRAVE EN NIÑO INCAPAZ DE RESPONDER

- Si el niño se torna incapaz de responder, el profesional debe interrumpir la maniobra de Heimlich e iniciar maniobras de resucitación cardiopulmonar.
- Posicionar el paciente en decúbito dorsal en una superficie rígida.
- Iniciar maniobras aplicando inicialmente 30 compresiones torácicas con el objetivo de expeler el cuerpo extraño.
- Abrir vías aéreas y, antes de ventilar, inspeccionar la cavidad oral y remover el cuerpo extraño, si está visible y fácilmente alcanzable (con los dedos o pinza).
- Si nada es encontrado, realizar una insuflación con dispositivo bolsa-válvula-mascarilla.
- Si el aire no pasa o el tórax no se expande, reposicionar la cabeza e insuflar nuevamente.
- Si aun así el aire no pasa o el tórax no se expande, realizar 30 compresiones torácicas (un profesional) o 15 compresiones (dos profesionales) e inspeccionar cavidad oral.
- En la ausencia de éxito, repetir ciclos de compresiones y ventilaciones.
- Realizar el transporte inmediato, manteniendo las maniobras básicas de reanimación.
- Si el objeto es expelido y ocurre el pasaje del aire (el tórax se expande), realizar la evaluación primaria y suministrar oxígeno.
- En la ausencia de respuesta y de movimientos respiratorios, palpar pulso.

3. Prestar atención a la ocurrencia de paro cardiorrespiratorio (BPed 7).

4. Realizar contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de forma sistematizada.

5. Aguardar orientación de la Regulación Médica para procedimientos y/o transporte para la unidad de salud.



OBSERVACIONES:

- Realizar las 3 «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- Recordar siempre inspeccionar la cavidad oral antes de cada ventilación.
- No realizar el barrido digital a ciegas para la localización y retirada de cuerpo extraño.



BPed 5

BPed 5 - OVACE EN EL LACTANTE (OVACE = OBSTRUCCIÓN DE VÍAS AÉREAS POR CUERPOS EXTRAÑOS)

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

Episodio testificado (o referido) de asfixia con tos y/o señales de sofocación en paciente < 1 año de edad.

Conducta:

1. Evaluar la gravedad:
 - Obstrucción leve: paciente consigue toser, emitir algunos sonidos y respirar.
 - Obstrucción grave: paciente presenta inicio súbito de grave dificultad respiratoria; no consigue toser o emitir cualquier sonido (llanto o tos silenciosos).
2. Realizar abordaje específico:
 - OBSTRUCCION LEVE EN Lactante CON CAPACIDAD DE RESPUESTA
 - No realizar maniobras de desobstrucción.
 - Calmar al paciente.
 - Permitir tos vigorosa.
 - Observar atenta y constantemente.
 - Si evoluciona para obstrucción grave: ver abajo.
 - OBSTRUCCION GRAVE EN Lactante CON CAPACIDAD DE RESPUESTA
 - Ejecutar las maniobras de desobstrucción, conforme lo descrito a continuación:

El profesional debe sentarse para realizar la maniobra.

Posicionar al lactante en decúbito ventral sobre el antebrazo del profesional, que debe apoyar la región mentoniana del lactante con los dedos en el brazo oscilante.

Apoyar el antebrazo que soporta al lactante sobre su muslo, manteniendo la cabeza en nivel discretamente inferior al tórax.

Aplicar ciclos repetidos de cinco golpes en el dorso (entre las escápulas y con la palma de la mano), seguidos de cinco compresiones torácicas, y luego debajo de la línea intermamilar, hasta que el objeto sea expelido o el lactante se torne incapaz de responder.

Fuente: AHA, SVB para profesionales de la salud. Manual del alumno. 2006. Pág. 65

Observación: acordarse de dosificar la fuerza aplicada en el paciente pediátrico.

- OBSTRUCCION GRAVE EN Lactante INCAPAZ DE RESPONDER
 - Si el lactante se torna incapaz de responder, uno de los profesionales del equipo debe entrar en contacto con la Regulación Médica y solicitar apoyo del soporte vital avanzado.
 - Tan pronto como el lactante se torna incapaz de responder, el profesional que realiza las maniobras debe parar de aplicar golpes en el dorso e, inmediatamente, iniciar maniobras de resucitación cardiopulmonar.
 - Posicionar el paciente en decúbito dorsal en una superficie rígida.
 - Iniciar las maniobras aplicando inicialmente 30 compresiones torácicas sobre el esternón, luego debajo de la línea intermamilar, con el objetivo de expeler el cuerpo extraño.
 - Abrir vías aéreas y, antes de ventilar, inspeccionar la cavidad oral y remover (con los dedos) el cuerpo extraño, si está visible y fácilmente alcanzable.
 - Si nada es encontrado, realizar una insuflación con dispositivo bolsa-válvula-mascarilla; si el aire no pasa o el tórax no se expande, recolocar la cabeza e insuflar nuevamente.
 - Si aun así el aire no pasa o el tórax no se expande, realizar 30 compresiones torácicas (un profesional) o 15 compresiones (dos profesionales) e inspeccionar cavidad oral.
 - Repetir ciclos de compresiones y ventilaciones hasta que el objeto sea expelido.
 - Considerar el transporte inmediato, bajo orientación de la Regulación Médica, manteniendo las maniobras básicas de reanimación, con ciclos de 30 compresiones torácicas (con un profesional) o 15 compresiones (con dos profesionales) y dos ventilaciones después de inspeccionar la cavidad oral.
 - Si el objeto fuera expelido y ocurre el pasaje del aire (el tórax se expande), realizar la evaluación primaria y suministrar oxígeno.
 - En la ausencia de respuesta y de movimientos respiratorios, palpar pulso.
- 3. Prestar atención a la ocurrencia de paro cardiorrespiratorio (BPed 7).
- 4. Realizar contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de forma sistematizada.
- 5. Aguardar orientación de la Regulación Médica para procedimientos y/o transporte para la unidad de salud.



OBSERVACIONES:

- Realizar las 3 «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- Recordar siempre inspeccionar la cavidad oral antes de cada ventilación.
- No realizar el barrido digital a ciegas para la localización y retirada de cuerpo extraño.



BPed 6

BPed 6 – PARO RESPIRATORIO (PR) EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

Paciente incapaz de responder al estímulo, con respiración agónica o ausente, con pulso central palpable y con frecuencia mayor de 60 latidos por minuto (lpm).

Conducta:

1. Chequear capacidad de respuesta:
 - En el lactante: estímulo plantar.
 - En el niño: tocar los hombros y llamar al paciente en voz alta.
2. Si el paciente no tiene capacidad de respuesta:
 - Uno de los profesionales del equipo debe comunicarlo inmediatamente a la Regulación Médica y solicitar apoyo del soporte vital avanzado (SVA), además de proveer el desfibrilador externo automático (DEA) y los equipamientos de emergencia.
 - Otro(s) profesional(es) del equipo debe(n):
 - permanecer con el paciente;
 - chequear respiración y pulso simultáneamente.

ATENCIÓN: chequear pulso central por, a lo sumo, 10 segundos:

- en el lactante: pulso braquial;
 - en el niño: pulso carotideo o femoral.
3. Posicionar el paciente en decúbito dorsal en superficie plana, rígida y seca.
 4. Si respiración está ausente o es agónica (*gaspings*) y el pulso está presente y con frecuencia mayor de 60 latidos por minuto (lpm):
 - Abrir vía aérea y administrar insuflaciones con dispositivo bolsa-válvula-mascarilla (la insuflación de buena calidad debe tener duración de 1 segundo y promover visible elevación del tórax).
 - Administrar una insuflación de buena calidad cada 3 a 5 segundos (12 a 20 insuflaciones/minuto) y verificar la presencia de pulso cada 2 minutos.
 - Recordar la protección cervical en la presencia de trauma.

- Instalar rápidamente suministro de oxígeno 100 %, en alto flujo (10 a 15 L/min) en la bolsa-válvula-mascarilla.
 - Realizar la instalación de la cánula orofaríngea, Instrucción BPed 32.
 - Confirmar constantemente la efectiva insuflación (visible elevación del tórax).
5. Instalar oxímetro de pulso.
 6. Mantener constante atención en la ocurrencia de paro cardiorrespiratorio.
 7. Si, en cualquier momento, ocurre ausencia de pulso, iniciar maniobras de resucitación cardiopulmonar (RCP), comenzando por las compresiones torácicas, de acuerdo con la Instrucción BPed7, e instalar el DEA.
 8. Si, en cualquier momento, ocurre pulso con frecuencia ≤ 60 latidos por minuto (lpm), con signos de perfusión inadecuada a pesar de la ventilación y oxigenación adecuadas: iniciar maniobras de RCP (comenzando por las compresiones torácicas), chequeando el pulso cada 2 minutos, conforme Instrucción BPed 7, e instalar el DEA.
 9. Realizar contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de forma sistematizada.
 10. Aguardar orientación de la Regulación Médica para procedimientos y/o transporte para la unidad de salud.

OBSERVACIONES:

- Realizar las 3 «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- Mantener la reanimación ventilatoria ininterrumpidamente hasta la llegada del SVA o hasta llegar al hospital, o hasta que el paciente presente ventilación espontánea (respiración, tos y/o movimiento).



BPed 7

BPed 7 – PCR Y RCP EN EL LACTANTE Y EN EL NIÑO

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

Identificar paro cardiorrespiratorio (PCR) cuando el paciente pediátrico es incapaz de responder al estímulo, con respiración agónica o ausente y sin pulso central palpable.

Criterios de inclusión para la necesidad de resucitación cardiopulmonar (RCP) en pediatría:

- Paciente que presenta PCR.
- Paciente incapaz de responder y con respiración agónica o ausente, que presenta pulso central palpable, pero con frecuencia ≤ 60 latidos por minuto (lpm) y con signos de perfusión insuficiente, a pesar de la oxigenación y ventilación adecuadas.

Conducta:

1. Chequear capacidad de respuesta:
 - En el lactante: estímulo plantar.
 - En el niño: tocar los hombros y llamar el paciente en voz alta.
2. Si el paciente no tiene capacidad de respuesta:
 - Uno de los profesionales del equipo debe comunicarlo inmediatamente a la Regulación Médica y solicitar apoyo del soporte vital avanzado (SVA), además de proveer el desfibrilador externo automático (DEA) y los equipamientos de emergencia.
 - Otro(s) profesional(es) del equipo debe(n):
 - permanecer con el paciente;
 - chequear respiración y pulso simultáneamente.

ATENCIÓN: chequear pulso central por, a lo sumo, 10 segundos:

- En el lactante: pulso braquial.
 - En el niño: pulso carotideo o femoral.
3. Posicionar el paciente en decúbito dorsal en superficie plana, rígida y seca.
 4. Si la respiración está ausente o es agónica (*gaspig*), considerar:

- SI EL PULSO ESTÁ PRESENTE Y CON FRECUENCIA MAYOR DE 60 LATIDOS POR MINUTOS -lpm- (Instrucción BPed 6 – Paro respiratorio):
 - abrir vía aérea;
 - aplicar una insuflación efectiva con dispositivo bolsa-válvula -mascarilla (BVM) y oxígeno (O₂) suplementario al 100 % cada 3 a 5 segundos (12 a 20 insuflaciones/min);
 - verificar la presencia de pulso cada 2 minutos.
- SI EL PULSO ESTÁ PRESENTE, PERO PERMANECE CON FRECUENCIA MENOR O IGUAL A 60 lpm Y CON SIGNOS DE PERFUSIÓN INADECUADA, A PESAR DE VENTILACIÓN Y OXIGENACIÓN ADECUADAS:
 - iniciar inmediatamente las maniobras de RCP (comenzando por las compresiones torácicas) y chequear pulso cada 2 minutos.
- SI EL PULSO ESTÁ AUSENTE:
 - iniciar inmediatamente las maniobras de RCP, comenzando por las compresiones torácicas, mientras es instalado el DEA.
- Después de 30 compresiones torácicas (si un profesional realiza las maniobras), abrir manualmente las vías aéreas y aplicar dos insuflaciones con dispositivo bolsa-válvula-mascarilla (BVM), con O₂ suplementario al 100 % (10 a 15 L/min).
- La relación compresión e insuflación debe ser de:
 - 30:2 si hay un solo profesional realizando la RCP, con frecuencia de 100 a 120 compresiones por minuto;
 - 15:2 si hay dos profesionales realizando la RCP (uno para las compresiones y uno para las insuflaciones), con frecuencia de 100 a 120 compresiones por minuto.
- Desde que el DEA esté disponible y sin interrupción de los ciclos de RCP, posicionar los electrodos en el tórax desnudo y seco del paciente. Si el DEA estuviera equipado con atenuador de carga, utilizarlo de la siguiente forma:
 - En el lactante (< 1 año): si está disponible, usar DEA con sistema de electrodos-cables pediátricos (que atenúan la carga de energía).
 - En el niño entre 1 y 8 años o < 25 kg de peso: si está disponible, usar DEA con sistema electrodos-cables pediátricos (que atenúan la carga de energía).
 - En los niños > 8 años o > 25 kg: utilizar DEA con sistema de electrodos-cables de adultos.



- IMPORTANTE: si no se dispone de sistema electrodos-cables pediátricos, pueden ser utilizadas palas de adulto en cualquier edad pediátrica, debiendo asegurarse de que las palas no se toquen o se sobrepongan cuando estén posicionadas en el tórax del paciente; si es necesario, puede ser colocada una pala en la pared anterior del tórax y la otra en el dorso (en la región interescapular).
- Interrumpir las compresiones torácicas para el análisis del ritmo.
- Seguir las orientaciones del DEA y aplicar *shock* si es indicado por el aparato.
- Reiniciar ciclos de RCP (siempre comenzando por las compresiones torácicas) inmediatamente después de:
 - la aplicación del *shock*; o
 - en la ausencia de pulso después del aparato no haber indicado *shock*.
- Si, en cualquier momento después del análisis del ritmo por el DEA, el aparato no indica *shock*, se debe chequear el pulso; y
 - si el pulso no es palpable: reiniciar inmediatamente los ciclos de RCP (comenzando por las compresiones torácicas).
 - Si el pulso es palpable, pero con frecuencia ≤ 60 lpm y signos de perfusión inadecuada (a pesar de ventilación y oxigenación adecuadas) y respiración ausente, reiniciar inmediatamente las maniobras de RCP (comenzando por las compresiones torácicas).
 - Si el pulso es palpable (y con frecuencia > 60 lpm) y respiración ausente: seguir la Instrucción BPed 6 (paro respiratorio).
 - Si el pulso es palpable y respiración presente o paciente presentando signos de circulación (respiración espontánea, tos y/o movimiento): interrumpir las maniobras de RCP e instituir cuidados posresucitación (Instrucción BPed 8).
- 5. Realizar contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de forma sistematizada.
- 6. Aguardar orientación de la Regulación Médica para procedimientos y/o transporte para la unidad de salud.

OBSERVACIONES:

- Realizar las 3 «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- Prestar atención al derecho del niño de tener un acompañante (responsable legal u otro).
- Compresiones torácicas de buena calidad comprenden:
 - Paciente pediátrico posicionado en decúbito dorsal horizontal, sobre superficie rígida y plana.
 - En el lactante: comprimir el esternón con dos dedos posicionados inmediatamente abajo de la línea intermamilar, deprimiendo por lo menos 1/3 del diámetro anteroposterior del tórax o cerca de 4 cm.
 - En el niño: realizar compresiones con una o dos manos posicionadas en la mitad inferior del esternón, deprimiendo por lo menos 1/3 del diámetro anteroposterior del tórax o cerca de 5 cm.
 - Permitir el completo retorno del tórax después de cada compresión; no apoyarse sobre el tórax después de cada compresión.
 - Minimizar al máximo las interrupciones en las compresiones torácicas (limitar las interrupciones a menos de 10 segundos).
 - Comprimir en la frecuencia de 100 a 120 compresiones/minuto.
 - Alternar los profesionales que aplican las compresiones cada 2 minutos.
- Insuflaciones de buena calidad comprenden:
 - insuflación con duración de 1 segundo, con volumen suficiente solo para promover la elevación del tórax; y
 - visible elevación del tórax
- Utilizar el DEA tan pronto esté disponible, manteniendo las maniobras de reanimación hasta la efectiva instalación y disponibilidad del equipamiento.
- Mantener los ciclos de RCP ininterrumpidamente hasta la llegada de apoyo (SVA) o hasta llegar a la unidad de salud, de acuerdo a orientación de la Regulación Médica, o si el paciente presenta signos de circulación (respiración espontánea, tos y/o movimiento).
- **NO HAY INDICADORES SEGUROS DE RESULTADOS PARA ORIENTAR CUÁNDO TERMINAR LOS ESFUERZOS DE REANIMACION EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO.**



BPed 8

BPed 8 – CUIDADOS POSRESUCITACIÓN EN PEDIATRÍA

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

Paciente con retorno de la circulación espontánea después de maniobras de resucitación cardiopulmonar (RCP).

Conducta:

1. Mantener los electrodos del desfibrilador externo automático (DEA) instalados en el tórax del paciente.
2. Optimizar la ventilación y oxigenación con énfasis en:
 - Mantener permeabilidad de la vía aérea: aspirar secreciones e instalar cánula orofaríngea (Guedel) si es necesario.
 - Si la respiración es espontánea, suministrar oxígeno (O₂) por mascarilla no reinhalante 10 a 15 L/min, el suficiente para:
 - mantener saturación de O₂ ≥ 94 % y < 100 % (entre 94 y 99 %);
 - si saturación de O₂ < 90 % después de recibir O₂ 100 % por máscara no reinhalante, realizar soporte ventilatorio con dispositivo bolsa-válvula-mascarilla con reservorio, bajo orientación de la Regulación Médica.
 - Si la respiración está ausente o *gasping* y con pulso, considerar:
 - Si el pulso está presente y > 60 latidos por minuto (lpm): aplicar una insuflación efectiva con bolsa-válvula-mascarilla y O₂ suplementario al 100 % cada 3 a 5 segundos (12 a 20 insuflaciones/min) y verificar la presencia de pulso cada 2 minutos. Seguir la Instrucción BPed 6 (paro respiratorio).
 - Si, en cualquier momento, el pulso está presente, pero ≤ 60 lpm con signos de perfusión inadecuada a pesar de ventilación y oxigenación adecuadas: reiniciar inmediatamente las maniobras de RCP (comenzando por las compresiones torácicas) y chequear pulso cada 2 minutos. Seguir la Instrucción BPed 7 (PCR y RCP).
3. Evaluar signos vitales.
4. En la presencia de signos de *shock*, realizar contacto con la Regulación Médica inmediatamente (Instrucción BPed 12).
5. Monitorear glicemia capilar: si hay hipoglicemia, comunicarlo inmediatamente a la Regulación Médica y consultar la Instrucción BPed 18.
6. Prestar atención a la recurrencia de paro cardiorrespiratorio y la necesidad de

reiniciar RCP, siguiendo las orientaciones del DEA.

7. Preparar para el transporte, conforme orientación de la Regulación Médica.
8. Realizar contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de forma sistematizada.
9. Aguardar orientación de la Regulación Médica para procedimientos y/o transporte para la unidad de salud.

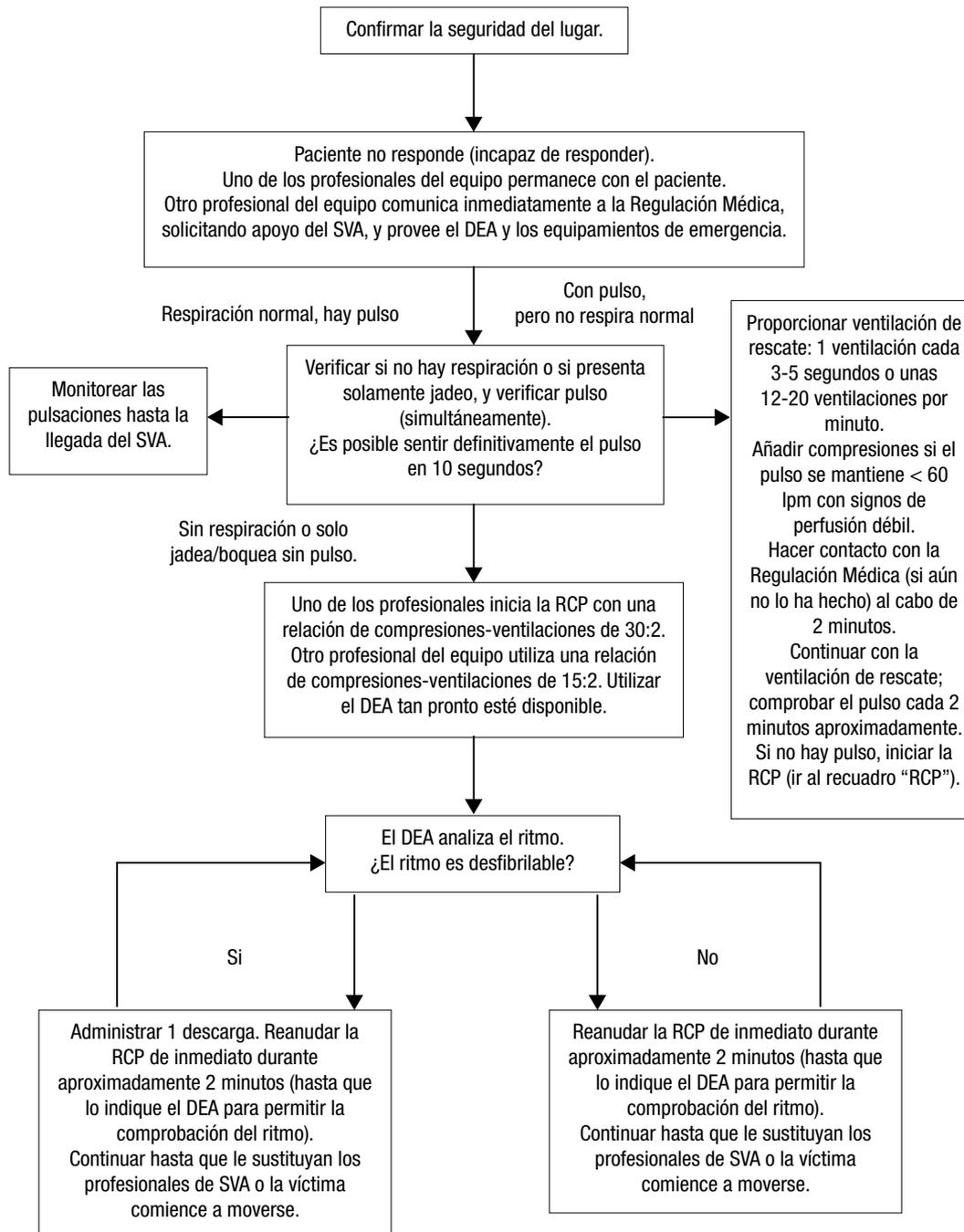
OBSERVACIONES:

- Realizar las 3 «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- Prestar atención al derecho del niño de tener un acompañante (responsable legal u otro).



BPed 9

BPed 9 – ALGORITMO GENERAL DE RCP PEDIÁTRICA





BPed 12

BPed 12 – SHOCK

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

- Reconocimiento de los signos clínicos de *shock*.

SIGNOS CLÍNICOS DE SHOCK (CONSIDERANDO LOS PARÁMETROS PARA CADA EDAD)

Frecuencia respiratoria	:	Aumentada
Esfuerzo respiratorio	:	Presente o ausente
Frecuencia cardíaca	:	Aumentada
Pulso periférico	:	Débil
Temperatura de la piel	:	Fría, húmeda, pegajosa
Coloración de la piel	:	Pálida, moteada (aspecto marmóreo)
Tiempo de llenado capilar	:	> 2 segundos
Presión arterial	:	Normal o disminuida
Nivel de conciencia	:	Alterado, irritable (precoz) disminuido

Conducta:

1. Realizar la impresión inicial y la evaluación primaria (Instrucción BPed 2), con énfasis en:
 - Evaluar capacidad de respuesta: si el paciente no tiene capacidad de respuesta, informar inmediatamente a la Regulación Médica y solicitar apoyo del soporte vital avanzado.
 - Asegurar permeabilidad de las vías aéreas: instalar cánula orofaríngea si está indicado.
 - Evaluar oximetría de pulso y administrar oxígeno (O₂) al 100 % por máscara no reinhalante si la saturación de O₂ < 94 %.
 - realizar soporte ventilatorio (con dispositivo bolsa-válvula-mascarilla con reservorio), si es orientado por la Regulación Médica.
 - Evaluar pulsos (amplitud y simetría), tiempo de llenado capilar, piel (coloración y temperatura), presión arterial.

- Evaluar nivel de conciencia: si la escala de Glasgow ≤ 8 , informar inmediatamente a la Regulación Médica.
 - Realizar la prevención de la hipotermia: mantener temperatura adecuada de la ambulancia, remover ropas mojadas y usar manta térmica o cobertor.
2. Realizar evaluación secundaria (Instrucción BPed 3), con énfasis en:
 - entrevista SAMPLE y signos vitales;
 - evaluar glicemia capilar y, si la glicemia < 60 mg/dL (o < 50 mg/dL en el neonato), informar inmediatamente a la Regulación Médica;
 - monitorear signos vitales, oximetría de pulso, tiempo de llenado capilar, glicemia capilar, nivel de conciencia;
 - realizar examen físico detallado.
 3. Estar atento a la posibilidad de paro respiratorio (Instrucción BPed 6) o paro cardiorrespiratorio (Instrucción BPed 7).
 4. Realizar contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de forma sistematizada.
 5. Aguardar orientación de la Regulación Médica para procedimientos y/o transporte para la unidad de salud.

OBSERVACIONES:

- Realizar las 3 «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- Prestar atención al derecho del niño de tener un acompañante (responsable legal u otro).
- Si hay la presencia de signos de *shock* asociado a trauma, ver Instrucción BTPed 26.



BPed 13

BPed 13 - INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

Paciente con dificultad respiratoria o alteración de ritmo y/o frecuencia ventilatoria, de inicio súbito o como evolución de un malestar respiratorio, y de gravedad variable.

Signos y síntomas de gravedad:

- alteración del nivel de conciencia (agitación, confusión, somnolencia, inconsciencia);
- cianosis;
- uso de musculatura accesoria: aleteo nasal, retracciones subcostales y/o de la horquilla esternal;
- dificultad en el habla (frases cortas y monosilábicas);
- alteración en la frecuencia cardíaca (bradicardia o taquicardia >140 latidos por minutos); y
- saturación de oxígeno (SatO₂) < 90 %.

Conducta:

1. Realizar la impresión inicial: nivel de conciencia, respiración y coloración de la piel (Instrucción BP2).
2. Realizar evaluación primaria (instrucciones BPed 2), con énfasis en:
 - Mantener la permeabilidad de la vía aérea; aspirar secreciones si es necesario.
 - Considerar la posibilidad de obstrucción de vías aéreas por cuerpo extraño (instrucciones BPed 4 y Bped 5).
 - Mantener el paciente en decúbito elevado, en grados variables, de acuerdo con la intensidad del malestar respiratorio, permitiendo que asuma una posición confortable.
 - Evaluar parámetros de la ventilación:
 - Frecuencia respiratoria: recordar que frecuencia menor de 10 o mayor de 60 incursiones por minutos, en cualquier edad pediátrica, sugiere problema potencialmente grave.
 - Signos de esfuerzo respiratorio: aleteo nasal; retracción subcostal, subesternal, intercostal, supraclavicular y supraesternal; respiración

- paradójica; movimientos de la cabeza; quejidos.
- Expansión y simetría torácica.
 - Evaluar oximetría de pulso y administrar O₂ suplementario por mascarilla no-reinhalante 10 a 15 L/min si la SatO₂ < 94 %.
 - Evaluar el nivel de conciencia: si escala de Glasgow ≤ 8, informar a la Regulación Médica.
3. Realizar evaluación secundaria (Instrucción BPed3), con énfasis en:
 - Monitorear el patrón respiratorio (frecuencia, amplitud y asimetría) y ruidos respiratorios.
 - Monitorizar oximetría, frecuencia cardíaca, presión arterial.
 - Realizar entrevista: Signos vitales, Alergias, Medicamentos en uso, Pasado médico, Líquidos y alimentos, Eventos relacionados con el trauma o enfermedad (SAMPLE).
 4. Estar atento a la posibilidad de paro respiratorio (Instrucción BPed 6) o paro cardiorrespiratorio (Instrucción BPed7).
 5. Realizar contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de forma sistematizada.
 6. Aguardar orientación de la Regulación Médica para procedimientos y/o transporte para la unidad de salud.
 7. Registrar hallazgos y procedimientos en el formulario de evento.

OBSERVACIONES:

- Realizar las 3 «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- Prestar atención al derecho del niño de tener un acompañante (responsable legal u otro).
- Para determinar la frecuencia respiratoria en el paciente pediátrico, se debe contar por 30 segundos y multiplicar por dos, para evitar imprecisiones.
- Intentar evitar, por medio de medidas apropiadas, que un malestar respiratorio evolucione para insuficiencia respiratoria aguda.
- Definiciones:
 - Malestar respiratorio: caracterizado por frecuencia respiratoria anormal y esfuerzo, que pueden variar en intensidad. Los signos clínicos son: taquipnea, esfuerzo respiratorio elevado (aleteo nasal, retracciones), esfuerzo respiratorio inadecuado (bradipnea), sonidos anormales en las vías aéreas (estridor, gemido), taquicardia, piel pálida y fría, alteraciones del nivel de conciencia.



- Insuficiencia respiratoria: estado de oxigenación y/o ventilación inadecuada, pudiendo ser a etapa final del malestar respiratorio. Signos clínicos: taquipnea (precoz); bradipnea/apnea (tardías); esfuerzo respiratorio elevado, reducido o ausente; taquicardia (precoz), bradicardia (tardía); cianosis; estupor/coma (tardío).
- Si el paciente fuera considerado crítico, el tiempo de permanencia en la escena debe ser el mínimo posible.



BPed 14

BPed 14 - DESCENSO DEL NIVEL DE CONCIENCIA

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

Paciente pediátrico incapaz de reaccionar o de responder a los estímulos externos (verbales, táctiles y/o dolorosos).

Conducta:

1. Realizar la impresión inicial (BPed 2), con énfasis en capacidad de respuesta y patrón respiratorio.
2. Si el paciente no responde, informar inmediatamente a la Regulación Médica y solicitar apoyo del soporte vital avanzado (SVA) y evaluar la expansibilidad torácica.
3. Si el paciente no responde y no respira o presenta *gaspings* (jadeo), chequear pulso central.
 - Si el pulso está presente, considerar la posibilidad de obstrucción de vía aérea (instrucciones BPed 4 o BPed 5) o consultar la Instrucción de paro respiratorio (BPed6).
 - Si el pulso está ausente o es < 60 lpm, consultar la Instrucción de paro cardiorrespiratorio (PCR) y resucitación cardiopulmonar (RCP) (BPed7).
4. Si el paciente no responde y respira, proceder a la Evaluación Primaria (A, B, C, D, E).
5. Realizar la evaluación primaria (Instrucción BPed2), con énfasis en:
 - Mantener la permeabilidad de las vías aéreas, realizando aspiración si es necesario.
 - Evaluar el patrón respiratorio.
 - Evaluar oximetría e instalar oxígeno bajo máscara no reinhalante, si saturación de oxígeno (SatO_2) < 94 %.
 - Mantener ventilación adecuada; realizar soporte ventilatorio si es necesario.
 - Evaluar glicemia capilar precozmente y tratar hipoglicemia, si la hubiera.
 - Evaluar tiempo de llenado capilar y coloración de la piel.
 - Evaluar signos vitales (Instrucción BPed1).
 - Instalar acceso vascular intravenoso (IV) o intraóseo (IO) y reponer volumen, si está indicado.

- Evaluar por la escala de coma de Glasgow (Instrucción BPed1).
 - Evaluar pupilas.
6. Realizar la evaluación secundaria (Instrucción BPed3), con énfasis en:
- Signos vitales, Alergias, Medicamentos en uso, Pasado médico, Líquidos y alimentos, Eventos relacionados con el trauma o enfermedad (SAMPLE), complementando con datos de historia que puedan indicar intoxicación, trauma, crisis convulsiva y malos tratos.
 - Realizar examen físico detallado, con atención a la presencia de abultamiento de fontanela y/o de signos meníngeos, además de lesiones petequiales o púrpuras en la piel.
 - Siempre buscar posibles lesiones sugestivas de malos tratos.
 - Monitorear oximetría, frecuencia y ritmo cardíacos, signos vitales, glicemia capilar.
7. Reconocer y tratar causas reversibles, conforme Instrucciones específicas.
8. Realizar contacto con la Regulación Médica para definición del referimiento y/o unidad de salud de destino.
9. Registrar hallazgos y procedimientos en el formulario de evento.

OBSERVACIONES:

- Realizar las 3 «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- Prestar atención al derecho del niño de tener un acompañante (responsable legal u otro).
- Conceptualmente la inconsciencia es el estado de desconocimiento de sí mismo y del ambiente, caracterizado por la ausencia de alerta e incapacidad de respuesta después de estímulos externos.
- Principales causas de alteración del estado mental en el paciente pediátrico: lesión cerebral difusa derivada de trauma, alteraciones metabólicas (hipoxia, hipoglicemia, disturbio hidroelectrolítico y/o del equilibrio ácido-base), infecciones (meningitis, meningoencefalitis, infección sistémica), crisis convulsiva, intoxicaciones, perfusión cerebral deficiente.
- La presencia de heridas en labios y/o lengua o la liberación de esfínteres pueden sugerir estado postconvulsivo.
- Considerar la posibilidad de intoxicación en la presencia de alteraciones pupilares simétricas.
- Obtener informaciones con acompañantes u otros testigos.



BPed 15

BPed 15 - CRISIS CONVULSIVA

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

- Pérdida súbita de la conciencia, acompañada de contracciones musculares involuntarias, cianosis, sialorrea, labios y dientes cerrados.
- Eventual liberación de esfínteres caracterizada por incontinencia fecal y urinaria.
- En la fase posconvulsiva: somnolencia, confusión mental, agitación, flacidez muscular y cefalea, signos de liberación de esfínteres, información de persona que presenció el evento.

Conducta:

1. Realizar impresión inicial y evaluación primaria (Instrucción BPed 2), con énfasis en:
 - evaluar capacidad de respuesta;
 - aspirar secreciones, si es necesario;
 - mantener permeabilidad de vías aéreas;
 - evaluar oximetría de pulso y suministrar oxígeno (O₂) suplementario bajo máscara no reinhalante, si saturación de O₂ < 94 %.
2. Realizar evaluación secundaria (Instrucción BPed 3), con énfasis en:
 - monitorizar oximetría de pulso y signos vitales;
 - evaluar glicemia capilar: comunicar a la Regulación Médica si glicemia < 60 mg/dL;
 - realizar entrevista SAMPLE y signos vitales;
 - proteger al paciente para evitar traumas adicionales, principalmente en la cabeza;
 - prevenir hipotermia.
3. Realizar contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de forma sistematizada. Solicitar apoyo del soporte vital avanzado, si persistieran las crisis convulsivas.
4. Esperar orientación de la Regulación Médica para procedimientos y/o transporte para la unidad de salud.

OBSERVACIONES:

- Realizar las 3 «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- Prestar atención al derecho del niño de tener un acompañante (responsable legal u otro).
- La crisis convulsiva o epiléptica puede ser una manifestación de un proceso patológico sistémico reversible o de una disfunción inherente al sistema nervioso central (SNC).
- El estado de mal epiléptico es la ocurrencia de crisis epilépticas prolongadas (por encima de 5 minutos) o repetitivas, persistiendo por 30 minutos o más, que no permiten la recuperación de la conciencia entre los eventos.
- Anotar siempre la frecuencia, la duración y las características de la crisis, cuando son presenciadas, u obtener informaciones a través de personas aledañas y/o testigos cuando la crisis no fuera presenciada por el equipo.
- Cuidado con medidas intempestivas para evitar la mordedura de la lengua y lesiones dentarias, con consecuente hemorragia potencialmente peligrosa.



BPed 16

BPed 16 - HIPERGLICEMIA

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

- Glicemia capilar > 200 mg/dL asociada a uno o más de los siguientes signos clínicos: fatiga, náuseas, vómitos, aliento cetónico, polidipsia, poliuria, signos clínicos de deshidratación, taquicardia, taquipnea, dolor abdominal (frecuente) y alteración del nivel de conciencia.
- Paciente diabético confirmado con glicemia > 600 mg/dL, con historia de uso irregular de medicación y/o transgresión de dieta con síntomas menos exuberantes, con predominio de poliuria y polidipsia, pudiendo presentar alteración variable del nivel de conciencia (confusión a coma).

Conducta:

1. Realizar impresión inicial (Instrucción BPed2): nivel de conciencia, patrón respiratorio y coloración de la piel.
2. Realizar evaluación primaria (Instrucción BPed2), con énfasis en:
 - evaluar capacidad de respuesta;
 - evaluar el patrón respiratorio (taquipnea);
 - evaluar circulación (signos clínicos de *shock*);
 - evaluar signos vitales;
 - evaluar conciencia (progresiva reducción del nivel de conciencia).
3. Realizar evaluación secundaria (Instrucción BPed3), con énfasis en:
 - realizar entrevista Signos vitales, Alergias, Medicamentos en uso, Pasado médico, Líquidos y alimentos, Eventos relacionados con el trauma o enfermedad (SAMPLE);
 - medir glicemia capilar;
 - monitorear oximetría de pulso y signos vitales;
 - detectar signos clínicos de deshidratación.
4. Suministrar oxígeno (O₂) suplementario por máscara no reinhalante con flujo de 10 a 15 L/min, si saturación de oxígeno (SatO₂) < 94 %;
5. Realizar contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de forma sistematizada.

6. Aguardar orientación de la Regulación Médica para procedimientos y/o transporte para la unidad de salud.
7. Registrar hallazgos y procedimientos en el formulario de evento.

OBSERVACIONES:

- Realizar las 3 «S» (instrucciones PE1, PE2 y PE3).
- Signos de deshidratación en el paciente pediátrico: mucosas secas, ojos hundidos, fontanela deprimida, disminución de la turgencia de la piel (turgencia pastosa), extremidades frías y pulsos finos.



BPed 17

BPed 17 - HIPOGLICEMIA

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

- En pacientes pediátricos con edad ≥ 1 mes (lactantes y niños) con glicemia capilar < 60 mg/dL. Reconocer, para ese rango etario, signos y síntomas de hipoglicemia como sudores, ansiedad, taquicardia, debilidad, cefalea, confusión mental, fatiga, alteración del comportamiento y signos de hipoglicemia grave, como crisis convulsivas y coma.
- En pacientes en el periodo neonatal (< 1 mes) y sintomáticos con glicemia capilar < 50 mg/dL. Reconocer signos y síntomas de hipoglicemia: letargia, apatía, hipotonía, irritabilidad, temblores, reflejo de Moro exagerado, llanto estridente, convulsiones y mioclonia, cianosis, apnea e irregularidad respiratoria, taquipnea, hipotermia, inestabilidad vasomotora, succión débil, rechaza alimentarse, coma.

Conducta:

1. Realizar impresión inicial y evaluación primaria (Instrucción BPed 2), con énfasis en:
 - evaluar capacidad de respuesta: si el paciente no tiene capacidad de respuesta, comunicar inmediatamente al médico regulador;
 - asegurar permeabilidad de vías aéreas;
 - evaluar respiración y pulso;
 - evaluar nivel de conciencia.
2. Realizar evaluación secundaria (Instrucción BPed 3), con énfasis en:
 - realizar entrevista SAMPLE;
 - evaluar oximetría de pulso;
 - evaluar glicemia capilar: si hay hipoglicemia, comunicar inmediatamente al médico regulador. ATENCIÓN: siempre que el paciente esté inconsciente, evaluar glicemia capilar lo más rápido posible.
3. Suministrar oxígeno (O_2) por mascarilla no reinhalante 10 a 15 L/min, si saturación de O_2 es < 94 %.
4. Realizar contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de forma sistematizada.
5. Aguardar orientación de la Regulación Médica para procedimientos y/o transporte para la unidad de salud.

OBSERVACIONES

- Realizar las 3 «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- Prestar atención al derecho del niño de tener un acompañante (responsable legal u otro).



BPed 18

BPed 18 - ANAFILAXIA

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

Anafilaxia es altamente probable cuando se cumple uno cualquiera de los tres criterios a continuación.

- Primer criterio

Enfermedad de inicio agudo (minutos a horas), con implicación de piel y/o mucosas (urticaria, prurito o rubor, hinchazón de labios, lengua o úvula) y por lo menos una más de las condiciones señaladas a continuación:

- afección respiratoria (disnea, broncoespasmo, estridor, hipoxemia); o
- reducción de la presión arterial (PA) o síntomas relacionados a la disfunción de órganos-blanco (síncope, hipotonía, incontinencia).

El primer criterio está presente en 80 % de los casos.

- Segundo criterio

Dos o más de los siguientes factores, que ocurren agudamente (minutos a horas) después de la exposición a un probable alérgeno:

- implicación de piel y/o mucosas;
- comprometimiento respiratorio;
- reducción de la PA o síntomas asociados a la disfunción de órganos-blanco (síncope, hipotonía, incontinencia);
- síntomas gastrointestinales persistentes (dolor abdominal, diarrea, vómitos).

- Tercer criterio

Reducción de la PA con inicio agudo (minutos a horas) después de exposición al alérgeno conocido para el paciente:

- Lactante y niño: presión sistólica baja (edad específica – ver Instrucción de Parámetros Pediátricos BPed1) o caída mayor del 30 % en la presión sistólica basal.
- Adolescente: presión sistólica < 90 mmHg o caída mayor del 30 % de la presión basal del paciente.

Conducta:

1. Observar impresión inicial y realizar evaluación primaria (Instrucción BPed2), con énfasis en:
 - reconocer precozmente el cuadro, identificando uno de los tres criterios clínicos de inclusión.
 - suspender, si es posible, la exposición al probable agente desencadenante.
 - evaluar rápidamente al paciente: vías aéreas, respiración, circulación, estado mental, piel/mucosas.
2. Si la anafilaxia es fuertemente sospechada, realizar, **SIMULTÁNEA E INMEDIATAMENTE**, los dos pasos señalados a continuación:
 - Posicionar el paciente: colocarlo en decúbito dorsal y elevar los miembros inferiores:
 - si el paciente presentara disnea o vómitos, colocarlo en posición confortable (con leve inclinación de la cabecera), manteniendo los miembros inferiores elevados;
 - no permitir que el paciente se siente o se levante bruscamente, ni colocarlo en posición vertical, por el riesgo de muerte súbita.
 - Entrar en contacto con la Regulación Médica, pasando los datos de forma sistematizada, para obtención de apoyo y/u orientaciones.
3. Proseguir en la evaluación primaria, con énfasis en:
 - asegurar la permeabilidad de las vías aéreas;
 - monitorear oximetría de pulso y suministrar oxígeno (O₂) suplementario al 100 %, 10 a 15 L/min, por mascarilla no reinhalante, si saturación de oxígeno (SatO₂) < 94 %;
 - evaluar signos vitales;
 - detectar signos de *shock*;
 - ocurrencia de paro respiratorio y/o paro cardiorrespiratorio (PCR).
4. Realizar evaluación secundaria (Instrucción BPed3), con énfasis en:
 - entrevista Signos vitales, Alergias, Medicamentos en uso, Pasado médico, Líquidos y alimentos, Eventos relacionados con el trauma o enfermedad (SAMPLE), buscando identificar el agente alérgico e historia anterior de alergias;
 - examen físico detallado tan pronto como la condición clínica del paciente lo permita;



- monitorizar frecuencia cardíaca, presión arterial, oximetría de pulso, condición respiratoria.

Atención a la ocurrencia de PCR: si ocurre PCR, seguir la Instrucción BPed7.

5. Realizar contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de forma sistematizada.
6. Esperar orientación de la Regulación Médica para procedimientos y/o transporte para la unidad de salud.

OBSERVACIONES

- Realizar las 3 «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- Prestar atención al derecho del niño de tener un acompañante (responsable legal u otro).
- Signos de *shock* en el paciente pediátrico (Instrucción BPed12):
 - taquicardia (señal precoz);
 - taquipnea;
 - piel fría, pálida, húmeda, reticulada, tiempo de llenado capilar > 2 segundos;
 - pulsos periféricos débiles;
 - disminución del nivel de conciencia;
 - hipotensión arterial.



BPed 20

BPed 20 - FIEBRE

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

- Evidencia de elevación de la temperatura corporal en respuesta a una variedad de estímulos.
- Paciente pediátrico presentando temperatura axilar > 37.8 °C, temperatura rectal ≥ 38.3 °C, o temperatura oral > 38 °C.
- Signos clínicos de fiebre: extremidades frías, temblores y/o escalofríos, alteración del humor y/o del nivel de conciencia, ocurrencia de deshidratación.

Conducta:

1. Realizar la impresión inicial (Instrucción BPed2): nivel de conciencia, patrón respiratorio y coloración de la piel.
2. Realizar evaluación primaria (Instrucción BPed2), con énfasis en:
 - evaluar capacidad de respuesta, respiración, pulso;
 - asegurar permeabilidad de vías aéreas;
 - instituir medidas físicas para reducción de la temperatura corpórea: remover exceso de ropas, exposición corpórea;
 - mantener el paciente en posición confortable.
3. Realizar evaluación secundaria (Instrucción BPed3), con énfasis en:
 - realizar entrevista Signos vitales, Alergias, Medicamentos en uso, Pasado médico, Líquidos y alimentos, Eventos relacionados con el trauma o enfermedad (SAMPLE);
 - verificar temperatura corpórea (axilar, oral o rectal);
 - monitorear presión arterial, frecuencia cardíaca, oximetría de pulso y glicemia capilar.
4. Realizar contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de forma sistematizada.
5. Aguardar orientación de la Regulación Médica para procedimientos y/o transporte para la unidad de salud.
6. Registrar hallazgos y procedimientos en el formulario de evento.

OBSERVACIONES

- Realizar las 3 «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- Utilización de medidas físicas para reducción de la temperatura corpórea:
 - exposición corpórea;
 - considerar la utilización de compresas tibias o frías, nunca heladas;
 - no utilizar compresas con alcohol debido al riesgo de absorción transcutánea.



BPed 21

BPed 21 - VÓMITOS

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

- Evidencia de eliminación de contenido digestivo por la boca en el transcurso de condiciones patológicas agudas o crónicas.
- Evidencia de comprometimiento de otros sistemas (neurológico, gastrointestinal, respiratorio, endocrinológico, genitourinario) y/u otros factores desencadenantes (intoxicaciones, radio y quimioterapia).

Conducta:

1. Realizar la impresión inicial (Instrucción BPed2): nivel de conciencia, patrón respiratorio y coloración de la piel.
2. Realizar evaluación primaria (Instrucción BPed2), con énfasis en:
 - evaluar capacidad de respuesta, respiración, pulso;
 - asegurar permeabilidad de vías aéreas;
 - instituir medidas posturales para protección de vías aéreas.
3. Realizar evaluación secundaria (Instrucción BPed3), con énfasis en:
 - realizar entrevista Signos vitales, Alergias, Medicamentos en uso, Pasado médico, Líquidos y alimentos, Eventos relacionados con el trauma o enfermedad (SAMPLE) e identificar posibles causas;
 - monitorear presión arterial, frecuencia cardíaca, oximetría de pulso y glicemia capilar;
 - caracterizar apariencia del vómito (residuo alimentario, bilioso, borra de café, fecaloide, presencia de sangre), incidencia y duración del cuadro;
 - detección de signos de deshidratación.
4. Realizar contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de forma sistematizada.
5. Aguardar orientación de la Regulación Médica para procedimientos y/o para definición de la unidad de salud de destino.
6. Registrar hallazgos y procedimientos en el formulario de evento.

OBSERVACIONES:

- Realizar las 3 «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- Signos de deshidratación en el paciente pediátrico: mucosas secas, ojos hundidos, fontanela deprimida, disminución de la turgencia de la piel (turgencia pastosa), extremidades frías y pulsos finos.



BPed 22

BPed 22 - EPISTAXIS

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

Sangrado nasal activo, espontáneo o asociado a las siguientes situaciones:

- historia de trauma de cara;
- introducción de cuerpo extraño en cavidad nasal;
- uso de medicamentos anticoagulantes o historia de alteraciones sanguíneas.

Conducta:

1. Realizar impresión inicial y evaluación primaria (Instrucción BPed2), con énfasis en:
 - garantizar permeabilidad de las vías aéreas;
 - mantener cabecera elevada;
 - controlar sangrado por medio de compresión digital por 5 a 10 min;
 - aplicar compresa helada en el dorso nasal, si está disponible.
2. Realizar evaluación secundaria (Instrucción BPed2), con énfasis en:
 - Entrevista Signos vitales, Alergias, Medicamentos en uso, Pasado médico, Líquidos y alimentos, ambiente (SAMPLE).
3. Realizar contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de forma sistematizada.
4. Aguardar orientación de la Regulación Médica para procedimientos y/o transporte para la unidad de salud.
5. Registrar hallazgos y procedimientos en el formulario de evento.

OBSERVACIONES:

- Realizar las 3 «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- Prestar atención al derecho del niño de tener un acompañante (responsable legal u otro).
- Si el paciente es considerado crítico, el tiempo de permanencia en la escena debe ser el mínimo posible.

-
- No retardar el transporte en la imposibilidad de obtención de hielo.
 - En el caso de sangrado incontrolable, con inestabilidad hemodinámica, realizar Instrucción de *Shock* (Instrucción BPed12).



BPed 23

BPed 23 - MANEJO DEL DOLOR

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

- Evidencia de dolor, o dolor referido derivado de trauma o padecimiento clínico.
- La experiencia de dolor en el paciente pediátrico envuelve la interacción de factores físicos, psicológicos, conductuales; además de eso, depende de su grado de desarrollo y del ambiente.
- Caracterización de la intensidad del dolor por medio de aplicación de las siguientes escalas:

ESCALA FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability = Cara, piernas, actividad, llanto, capacidad de recibir consuelo): Utilizada en el rango etario de 0 a 6 años.

CATEGORÍAS	PUNTUACIÓN		
	0	1	2
Cara	Ninguna expresión facial o sonrisa.	Muecas o cejas fruncidas de vez en cuando, introversión, desinterés.	Temblor frecuente del mentón, mandíbulas cerradas.
Piernas	Normales o relajadas.	Inquietas, agitadas, tensas	Pateando o estiradas.
Actividad	Quieto, en posición normal, moviéndose fácil,mente.	Retorciéndose, moviéndose para adelante y para atrás, tenso	Curvada, rígida o con movimientos bruscos.
Llanto	Sin llanto (despierto o durmiendo)	Gemidos o lloriqueos; queja ocasional.	Llanto continuado, grito o sollozo, queja con frecuencia.
Capacidad de Recibir consuelo	Satisfecho, relajado	Tranquilizado por toques, abrazos o conversaciones ocasionales, puede ser distraído.	Difícil de consolar o confortar
ESCALA:	dolor leve = 1 a 3 puntos; dolor intenso = 7 a 9 puntos;	dolor moderado = 4 a 6 puntos; dolor insoportable = 10 puntos	

ESCALA NUMÉRICA DEL DOLOR: utilizada a partir de los 7 años de edad.

- Solicitar al paciente que caracterice una nota para calificar la intensidad del dolor referido.
- Escala: dolor leve = 1 a 3; dolor moderado = 4 a 6; dolor intenso = 7 a 9; dolor insoportable = 10.

Conducta:

1. Realizar la impresión inicial (Instrucción BPed2): nivel de conciencia, patrón respiratorio y coloración de la piel.
2. Realizar evaluación primaria (Instrucción BPed2).
3. Realizar evaluación secundaria (Instrucción BPed3), con énfasis en:
 - realizar entrevista Señales vitales, Alergias, Medicamentos en uso, Pasado médico, Líquidos y alimentos, Eventos relacionados con el trauma o enfermedad (SAMPLE);
 - caracterizar el dolor;
 - obtener datos sobre factores asociados al dolor;
 - evaluar la intensidad del dolor de acuerdo con la escala adecuada al rango etario;
 - remover el agente causal del dolor, si es posible.
4. Realizar contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de forma sistematizada.
5. Aguardar orientación de la Regulación Médica para procedimientos y/o para definición de la unidad de salud de destino.

OBSERVACIONES:

- Realizar las 3 «S» (instrucciones PE1, PE2 y PE3).
- Prestar atención al derecho del niño de tener un acompañante (responsable legal u otro).
- La caracterización del dolor incluye (cuando es posible en el paciente pediátrico):
 - localización;
 - intensidad;
 - tiempo de duración (inicio);
 - periodicidad;
 - tipología: cólico, peso, choque, quemazón, entre otros;
 - presencia de irradiación;
 - características de instalación;
 - factores de mejoría y empeoramiento.



- Los factores asociados con el dolor de interés en la evaluación son, entre otros:
 - fiebre;
 - vómitos; alteración del ritmo intestinal;
 - alteraciones urinarias y ginecológicas.
- Realizar el abordaje de cada tipo de padecimiento conforme a instrucción específica.



BPed 24

BPed 24 - EVALUACIÓN PRIMARIA DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CON SOSPECHA DE TRAUMA O EN SITUACIÓN IGNORADA

Criterios de inclusión:

En el abordaje de pacientes con sospecha de trauma o en situación ignorada (en que no es posible excluir la posibilidad de trauma).

Conducta:

1. Garantizar la seguridad del lugar (Instrucción PE1).
2. Realizar impresión inicial: observación rápida (evaluación visual y auditiva del paciente en los primeros segundos de atención), considerando:
 - conciencia: alerta, irritable o no responde;
 - respiración: esfuerzo respiratorio, sonidos anormales (estridor, sibilancia, gemido) o ausencia de movimientos respiratorios;
 - coloración anormal de la piel: palidez, cianosis o aspecto marmóreo.
3. Al evaluar la capacidad de respuesta, ejecutar simultáneamente la estabilización manual de la columna cervical.
4. Si el paciente no responde:
 - 1.º profesional: comunicar inmediatamente a la Regulación Médica y solicitar apoyo del soporte vital avanzado (SVA);
 - 2.º profesional: evaluar el paciente.
5. Si el paciente no responde y no respira o presenta *gaspings* (jadeo), chequear pulso simultáneamente y:
 - SI EL PULSO ESTÁ AUSENTE: consultar la Instrucción de PCR (BPed 7).
 - SI EL PULSO ESTÁ PRESENTE, PERO PERMANECE CON FRECUENCIA ≤ 60 LATIDOS POR MINUTO (lpm) y con signos de perfusión insuficiente, a pesar de la oxigenación y ventilación adecuadas: consultar la Instrucción de PCR (BPed 7).
 - SI EL PULSO ESTÁ PRESENTE Y ES > 60 lpm: consultar la Instrucción de Paro Respiratorio (BPed 6).
6. Si el paciente no responde, pero respira:
 - Solicitar apoyo del SVA y enseguida proseguir con la evaluación primaria.

7. Si el paciente responde, realizar la evaluación primaria.

Evaluación primaria (A, B, C, D, E)

1. Evaluar permeabilidad de la vía aérea y, si es indicado, corregir situaciones de riesgo con las siguientes acciones:
 - Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
 - Inspeccionar la cavidad oral y, si es necesario, aspirar secreciones y retirar cuerpos extraños (Instrucción BPed 31).
 - Realizar las maniobras manuales de apertura de vías aéreas para el trauma (Instrucción BPed 29).
 - Considerar la utilización de cánula orofaríngea (Guedel) en los pacientes inconscientes, de acuerdo a Instrucción BPed 32.
 - Tan pronto sea posible, colocar el collar cervical y un cojín (2 a 3 cm de espesor) en la región dorsal, de las escápulas hasta la cadera, para mantener la posición neutra de la cabeza.
2. Ventilación: evaluar la presencia de buena respiración y oxigenación:
 - Suministrar oxígeno (O₂) suplementario por mascarilla, independientemente de la oximetría de pulso.
 - Observar si hay distensión de las venas del cuello.
 - Frecuencia respiratoria (taquipnea, bradipnea o apnea): frecuencia < 10 o > 60 incursiones por minuto en cualquier edad pediátrica, sugiere problema potencialmente grave.
 - Exponer el tórax y evaluar: ventilación, simetría en la expansión torácica, presencia de signos de esfuerzo respiratorio.
 - Evaluar la presencia de lesiones abiertas y/o cerradas en el tórax.
 - Evaluar constantemente la oximetría de pulso.
 - Realizar soporte ventilatorio: ventilación asistida por medio de dispositivo bolsa-válvula-mascarilla (BVM), si es orientado por la Regulación Médica, conforme BPed 30, ventilar con volumen suficiente solo para garantizar la elevación visible del tórax, monitorizando oximetría de pulso (en el trauma, mantener saturación de O₂ entre 95 y 99 %); cuidado para no hiperventilar.
 - En la presencia de lesiones abiertas en el tórax, realizar vendaje de tres puntas.



3. Circulación:

- Controlar sangrados externos con compresión directa de la lesión y/o torniquete (conforme indicado – Instrucción BP 8 o BP 9).
- Considerar los parámetros vitales de acuerdo con el rango etario (BPed 1).
- Evaluar la frecuencia cardíaca.
- Evaluar el llenado capilar (normal hasta 2 segundos).
- Evaluar características de la piel (temperatura, humedad y coloración).
- Evaluar pulsos periféricos: amplitud y simetría.
- Verificar presión arterial.
- Observar distensión abdominal, que puede indicar la presencia de sangrado intraabdominal importante, además de que puede ser causada por distensión gástrica (por deglución de aire, llanto o ventilación con dispositivo BVM).
- En la presencia de signos de *shock*, realizar contacto con la Regulación Médica inmediatamente (Instrucción BPed 12).

4. Evaluar el estado neurológico:

- AVDI (alerta, verbal, dolor e incapaz de responder).
- Escala de coma de Glasgow (BPed 1).
- Evaluación pupilar: tamaño, fotorreactividad y simetría.

5. Exponer con prevención de la hipotermia:

- Cortar las ropas del paciente sin movimientos excesivos.
- Proteger el paciente de la hipotermia con auxilio de cobertor o manta aluminizada.
- Utilizar otras medidas para prevenir la hipotermia (p. ej.: desconectar el aire acondicionado de la ambulancia).
- Buscar manchas y lesiones en piel, deformidades, u otros.
- Buscar evidencias de signos de malos tratos.

OBSERVACIONES:

- Realizar las 3 «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- Prestar atención al derecho del niño de tener un acompañante (responsable legal u otro).
- Considerar la cinemática del trauma y siempre buscar posibles lesiones asociadas.
- Para determinar la frecuencia respiratoria en el paciente pediátrico, se debe contar por lo menos 30 segundos y multiplicar por dos, para evitar imprecisiones.
- Signos de esfuerzo respiratorio: aleteo nasal, retracciones en el tórax (intercostales y otras), movimiento toracoabdominal (tórax retraído y abdomen que se expande durante la inspiración), movimiento de la cabeza al respirar, quejidos.
- Recordar que la ventilación del paciente pediátrico debe ser realizada con técnica y equipamiento adecuados a la edad y peso (BPed1).
- Cuidado al ventilar el paciente pediátrico; la ventilación muy agresiva o con grandes volúmenes corrientes puede causar hiperinsuflación y barotrauma, además de llevar a la distensión gástrica, resultando en regurgitación, aspiración e impedimento de la ventilación adecuada por la limitación de los movimientos del diafragma.
- Atención para la técnica adecuada de inserción de la cánula orofaríngea en pediatría (Instrucción BPed 32).
- Considerar y registrar en el formulario de atención la sospecha de señales de malos tratos, cuando:
 - Los padres demoran mucho en llamar solicitando ayuda después del trauma.
 - Existe comportamiento esquivo de los padres o desinterés de los mismos en cuanto al estado del niño.
 - Las historias de la madre, del padre y del niño y/o de otras personas son incongruentes.
 - Hay discrepancia entre la historia y la intensidad de las lesiones.
 - Hay lesiones en cráneo, cara (inclusive orales y periorales), genitales o perianales.
 - En la presencia de cicatrices antiguas múltiples o lesiones hemorrágicas de piel en diferentes estadios de evolución.
 - Hay sospecha de fracturas de huesos largos en niños menores de 3 años de edad.
 - En la presencia de lesiones bizarras, como quemaduras de cigarrillo, mordidas, marcas de cuerdas o cinturones, especialmente en áreas habitualmente no expuestas.
 - Siempre informar la sospecha de malos tratos al profesional de la unidad de destino.

ELABORACIÓN
Septiembre 2016

BPED 24 - EVALUACIÓN PRIMARIA DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CON SOSPECHA DE TRAUMA O EN SITUACIÓN IGNORADA

Esta instrucción fue pautada por las más recientes evidencias científicas disponibles. Adaptaciones son permitidas de acuerdo con las particularidades de los servicios.



BPed 25

BPed 25 - EVALUACIÓN SECUNDARIA DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CON SOSPECHA DE TRAUMA O EN SITUACIÓN IGNORADA

Criterios de inclusión:

En el abordaje de pacientes con sospecha de trauma o en situación ignorada después de la realización de la evaluación primaria y estabilización del paciente (Instrucción BPed 24).

Conducta:

1. Realizar entrevista SAMPLE (con el paciente, familiares o terceros):

- nombre y edad;
- queja principal;
- entrevista SAMPLE:

S: signos y síntomas;

A: historia de alergias;

M: medicamentos en uso y/o tratamientos en curso; horario de la última dosis;

P: pasado médico – problemas de salud o enfermedad previa;

L: horario de la última ingesta de líquidos o alimentos;

E: eventos que lleven a la lesión actual; riesgos en el lugar.

Observación: en pacientes inconscientes o imposibilitados de responder, buscar informaciones con personas aledañas o familiares.

2. Realizar la evaluación complementaria:

- Monitorizar oximetría de pulso.
- Glicemia capilar: si es < 60 mg/dL (o < 50 mg/dL en el neonato), informar inmediatamente al médico regulador.

3. Realizar el examen físico de la cabeza a los pies, frente y dorso:

- Objetivo específico: localizar heridas, sangrados, hundimientos, desvíos, hematomas, alteraciones en el color de la piel o mucosas, asimetrías, inestabilidades, alteraciones de motricidad y sensibilidad.
- Técnicas a ser utilizadas: inspección seguida de palpación.

CABEZA (CRÁNEO Y CARA):

- Inspeccionar y palpar el cuero cabelludo, orejas, huesos de la cara, ojos, pupilas (verificar diámetro, reacción a la luz y simetría pupilar), nariz, boca.
- Identificar la presencia de secreciones, sangre y/o líquidos en cavidades naturales.
- Identificar la presencia de cuerpos extraños.
- Identificar contusiones, heridas abiertas, deformidades óseas, crepitaciones.
- Observar alteraciones en la coloración y temperatura de la piel.

CUELLO:

- Evaluar región anterior y posterior: buscar contusiones, heridas, crepitaciones, deformidades.
- Observar en especial si hay distensión de las venas.
- Palpar con mucho cuidado la columna cervical.

TÓRAX:

- Inspección: identificar signos de esfuerzo respiratorio (aleteo nasal; retracción costal, movimiento toracoabdominal, gemidos), movimientos asimétricos, contusiones, abrasiones, heridas abiertas y cerradas; hundimientos, «signo del cinturón de seguridad», cicatrices.
- Realizar la palpación cuidadosa en búsqueda de crepitaciones subcutáneas y/u óseas.

ABDOMEN:

- Inspección: observar contusiones, lesiones abiertas y evisceración, abrasiones, equimosis, distensión abdominal, «signo del cinturón de seguridad».
- Palpación: investigar dolor a la palpación y rigidez.

PELVIS:

- Inspección: observar formato de la región, sangrados, contusiones, abrasiones, equimosis, laceraciones, fracturas expuestas.
- Realizar palpación de las crestas ilíacas en la búsqueda de dolor y/o inestabilidad, realizando compresión laterolateral y anteroposterior – palpar una sola vez.
- Inspeccionar la región genital en la presencia de historia de trauma local y/o de sangrados evidentes en la región.



- Inspeccionar, en los lactantes y niños, la región bajo los pañales/ropas, incluyendo la región glútea, en búsqueda de lesiones sugestivas de malos tratos.

MIEMBROS:

- Inspección: observar deformidades, desvíos, heridas, equimosis, hematomas, hemorragias, lesiones cicatriciales, coloración, fracturas expuestas.
- Palpar pulsos distales bilateralmente, describiendo simetría y amplitud.
- Evaluar perfusión de los miembros (llenado capilar).
- Evaluar la fuerza motora (excepto en el miembro con sospecha de fractura), solicitando que el paciente (si es posible para la edad):
 - mueva los pies y/o eleve una pierna cada vez;
 - apriete la mano del profesional y/o eleve un brazo cada vez.
- Realizar la evaluación siempre comparando un miembro con el otro.

DORSO:

- Inspeccionar la presencia de deformidades, contusiones, hematomas, heridas.
 - Palpar caja torácica posterior y la columna vertebral, durante el posicionamiento en la camilla, en búsqueda de dolor.
4. Realizar evaluaciones seriadas de los signos vitales, llenado capilar y nivel de conciencia.

OBSERVACIONES:

- Realizar las 3 «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- Prestar atención al derecho del niño de tener un acompañante (responsable legal u otro).
- Considerar la cinemática del trauma en la búsqueda de las lesiones.
- La evaluación secundaria es importante, sin embargo, no obligatoria, principalmente en los pacientes críticos o si su realización implica retraso de transporte.
- Retomar la evaluación primaria en cualquier momento si hay deterioro del cuadro clínico del paciente.
- En el paciente pediátrico, estar siempre atento a la presencia de lesiones y señales de malos tratos, aun cuando la historia no sugiera esa hipótesis. Buscar lesiones en áreas no expuestas.
- Considerar y registrar en el formulario de atención la sospecha de señales de malos tratos, cuando:

- Los padres demoran mucho en llamar solicitando ayuda después del trauma.
- Existe comportamiento esquivo de los padres o desinterés de los mismos en cuanto al estado del niño.
- Las historias de la madre, del padre y del niño y/o de otras personas son incongruentes.
- Hay discrepancia entre la historia y la intensidad de las lesiones.
- Hay lesiones en cráneo, cara (inclusive orales y periorales), genitales o perianales.
- En la presencia de cicatrices antiguas múltiples o lesiones hemorrágicas de piel en diferentes estadios de evolución.
- Hay sospecha de fracturas de huesos largos en niños menores de 3 años de edad.
- En la presencia de lesiones bizarras, como quemaduras de cigarrillo, mordidas, marcas de cuerdas o cinturones, especialmente en áreas habitualmente no expuestas.
- Siempre informar la sospecha de malos tratos al profesional de la unidad de destino.



BPed 26

BPed 26 - TÉCNICA DE VENTILACIÓN CON DISPOSITIVO BOLSA-VÁLVULA-MASCARILLA

Indicación:

Paciente pediátrico que no respira o que respira de forma inadecuada a pesar de tener vía aérea abierta presenta frecuencia respiratoria anormal, sonidos respiratorios inadecuados y/o hipoxemia a pesar de recibir oxígeno (O₂) suplementario- y que, por lo tanto, tiene indicación de ventilación asistida.

Material y equipamientos:

- Equipamiento de protección individual (EPI) obligatorio.
- Fuente de oxígeno.
- Fuente de vacío o aspirador portátil.
- Oxímetro de pulso.
- Tener disponibles los siguientes equipamientos en diferentes tamaños, adecuados para la edad y peso del paciente pediátrico (ver Instrucción BPed 1):
 - dispositivo bolsa-válvula-mascarilla (BVM) con reservorio: mascarilla adecuada acoplada a bolsa autoinflable;
 - catéter de aspiración.
- Cojín para alinear la vía aérea.

Instrucción:

1. Usar EPI: guantes, mascarilla, gafas de protección.
2. Escoger la mascarilla facial adecuada y acoplarla a la bolsa autoinflable. La mascarilla facial debe:
 - cubrir del puente nasal hasta la hendidura del mentón, recubriendo la nariz y la boca, sin comprimir los ojos;
 - tener el reborde blando, que se moldee fácilmente y cree una valla firme contra la cara, para impedir el escape de aire;
 - idealmente debe ser transparente, para permitir la visualización de la coloración de los labios del paciente, de la condensación de la mascarilla (que indica exhalación del aire) y de eventual regurgitación.

3. Escoger la bolsa autoinflable (que presenta una válvula de entrada y una válvula de salida sin reinhalación):
 - Para neonatos, lactantes y niños pequeños: bolsa con volumen de por lo menos 450 a 500 mL, máximo de 750 mL.
 - Niños mayores y adolescentes: tal vez sea necesario usar bolsa de adulto (1,000 mL) para obtener la elevación del tórax.
4. Probar el dispositivo antes del uso:
 - Verificar la presencia de fugas: ocluir la válvula de salida del paciente con la mano y comprimir la bolsa.
 - Verificar si las válvulas de control del flujo de gas están funcionando adecuadamente.
 - Verificar si la tubería de O₂ está firmemente conectada al dispositivo y a la fuente de O₂. Escuchar si hay sonido del O₂ fluyendo para la bolsa.
5. Conectar un reservorio de O₂ a la válvula de entrada para poder transferir alta concentración de O₂ (60 a 95 %). Mantener flujo de O₂ de 10 a 15 L/min para el reservorio conectado a la bolsa pediátrica, y de por lo menos 15 L/min para reservorio conectado a bolsa de adulto.
6. Asegurarse de que el aspirador está en condiciones óptimas, si fuera necesario utilizarlo.
7. Posicionar el paciente, para mantener la vía aérea abierta y optimizar la ventilación:
 - Colocar en la posición «olfativa», sin hiperextensión del cuello, que es la mejor para lactantes y niños de 1 a 3 años. Para obtener esa posición, puede ser necesario:
 - colocar cojín (de 2 a 3 cm de espesor) bajo los hombros en los lactantes y niños hasta 2 años;
 - colocar cojín (de 2 a 3 cm de espesor) bajo la cabeza/occipucio del niño > 2 años;
 - observar que el posicionamiento correcto coloca la abertura del canal auditivo externo en posición anterior al hombro;
 - tener cuidado al manipular si hay sospecha de trauma en la columna cervical; en ese caso, mantener posición neutra, sin extensión del cuello.

Observación: el posicionamiento correcto coloca el canal auditivo externo en posición anterior al hombro.

8. Ejecutar la ventilación:



- Adaptar la máscara a la cara del paciente, utilizando la técnica de «E-C»:
 - el pulgar y el dedo índice forman una «C» sobre la mascarilla, para aprisionarla firmemente sobre la cara;
 - mientras tanto, los otros dedos de la misma mano forman una «E» y son posicionados a lo largo de la mandíbula, para elevarla hacia el frente, empujando la cara en dirección a la mascarilla, teniendo cuidado de no presionar tejidos blandos del cuello.
- Técnica de ventilación realizada por un profesional:
 - abrir la vía aérea;
 - mantener la mascarilla aprisionada contra la cara del paciente con una de las manos, utilizando la técnica del «E-C»;
 - si es posible, mantener la boca abierta bajo la mascarilla;
 - comprimir la bolsa/insuflador con la otra mano.
- Técnica de ventilación realizada por dos profesionales:
 - uno de los profesionales debe utilizar las dos manos para abrir la vía aérea y aprisionar la máscara contra la cara del paciente;
 - el otro profesional debe comprimir la bolsa/insuflador;
 - ambos deben observar la elevación del tórax.

9. Prestar atención al suministro de ventilación eficaz:

- Evitar ventilación excesiva: usar solo la fuerza y el volumen corriente necesarios para simplemente promover la elevación del tórax.
- Administrar cada ventilación por cerca de 1 segundo.
- Evaluar la eficacia de la oxigenación y ventilación monitoreando frecuentemente los siguientes parámetros:
 - elevación visible del tórax en cada ventilación;
 - saturación de O₂;
 - frecuencia cardíaca;
 - presión arterial;
 - signos de mejora o deterioro (apariencia, color, agitación).
- Titular la administración de O₂ para mantener saturación de O₂ entre 94 y 99 %.

OBSERVACIÓN:

- La ventilación excesiva es nociva porque:
 - aumenta la presión intratorácica e impide el retorno venoso, disminuyendo el débito cardíaco, la perfusión coronaria y el flujo sanguíneo cerebral;
 - causa retención de gas y barotrauma en pacientes con obstrucción en vías aéreas pequeñas;
 - aumenta el riesgo de regurgitación y aspiración en pacientes sin vía aérea avanzada instalada;
 - promueve distensión gástrica que puede comprometer la ventilación.



BPed 29

BPed 29 - TÉCNICAS BÁSICAS DE MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS - ASPIRACIÓN

Indicación:

Paciente incapaz de eliminar de manera eficiente la acumulación de secreciones en vías aéreas superiores.

Material y equipamientos:

- equipamiento de protección individual (EPI) obligatorio;
- dos paquetes de gasas estériles;
- guantes de procedimientos o estériles;
- solución salina 0.9 % – ampolla de 10 mL;
- fuente de vacío o aspirador portátil;
- sonda de aspiración de tamaño adecuado a la edad/peso del paciente (BPed 1) o cánula de punta rígida para uso en el caso de sospecha de trauma, si está disponible;
- manguera intermediaria del aspirador, para conectar la sonda al aspirador;
- oxímetro de pulso.

Instrucción:

1. Utilizar EPI.
2. Comunicar al paciente y/o responsable sobre el procedimiento necesario.
3. Abrir el paquete de la sonda de aspiración y conectarla al intermediario del aspirador (látex), manteniéndola dentro del envoltente.
4. Calzar los guantes de procedimientos o estériles, de acuerdo con el tipo de procedimiento.
5. Retirar la sonda del paquete.
6. Sujetar la extremidad de la sonda con una gasa.
7. Conectar el aspirador.
8. Pinzar manualmente la manguera que conecta la sonda al aspirador (látex), si fuera usada sonda sin válvula de succión, o accionar la válvula de succión (si está disponible).

9. Realizar la técnica de introducción de la sonda de acuerdo con el tipo de padecimiento del paciente (ver abajo).

Aspiración oral y nasotraqueal

Enfermedades clínicas:

- Introducir la sonda flexible en la cavidad nasotraqueal con el látex pinzado manualmente y, cuando esté posicionada, liberar el flujo para aspiración, retirando lentamente con movimientos circulares.
- Introducir la sonda flexible en la cavidad oral con el látex pinzado manualmente y, cuando esté posicionada, liberar el flujo para aspiración, retirándola lentamente con movimientos circulares.

Enfermedades traumáticas:

- Introducir la sonda de punta rígida (si está disponible), posicionándola lateralmente en la cavidad oral y, con el látex pinzado manualmente, liberar el flujo para aspiración, retirándola lentamente en movimiento único.
- No realizar movimientos circulares en la retirada.

ATENCIÓN: cuando esté indicado, aspirar primero la cavidad oral y después la nasofaringe, con el objetivo de disminuir contaminaciones.

IMPORTANTE: en casos de trauma de cráneo, realizar solamente la aspiración oral.

Aspiración de cánula de traqueotomía

Delante de un paciente traqueotomizado, que probablemente necesita de aspiración de la cánula de traqueotomía, el equipo deberá entrar en contacto con el médico regulador para recibir orientaciones.

10. Monitorizar frecuencia cardíaca, oximetría de pulso durante el procedimiento de aspiración.
11. Interrumpir la aspiración y oxigenar inmediatamente si ocurre bradicardia o caída brusca de la saturación de oxígeno, o aún si observa empeoramiento en la apariencia clínica del paciente.
12. Descartar la sonda de aspiración desechable (o encaminar para el reprocesamiento, si tuviera punta rígida metálica).
13. Retirar los guantes.
14. Registrar el procedimiento en el formulario de atención, incluyendo aspecto y cantidad de secreciones y respuesta del paciente.



OBSERVACIONES:

- Para determinar la profundidad de inserción de la sonda por vía nasotraqueal, medir el catéter del lóbulo de la oreja hasta la comisura labial del paciente.
- Observar, durante todo el procedimiento, la ocurrencia de náusea y vómito.
- Realizar el procedimiento cuantas veces sea necesario.
- Observar posible respuesta vagal, como espasmo laríngeo, apnea y bradicardia.
- Considerar la posición semi-Fowler o Fowler para la aspiración (contraindicada en los casos de trauma).
- Especialmente los pacientes con descenso del nivel de conciencia y con gran cantidad de sangre o vómitos en la cavidad oral pueden ser colocados en decúbito lateral, manteniéndose la estabilización de la columna cervical en caso de trauma, para que la fuerza de la gravedad auxilie en la limpieza de la vía aérea, mientras el material es preparado, y en los primeros momentos de la aspiración.
- **ATENCIÓN:** en los casos de trauma de cráneo, especialmente si hay sangrado por nariz, boca y/u oreja, está **CONTRAINDICADA** la aspiración nasofaríngea.



BPed 30

BPed 30 - TÉCNICAS BÁSICAS DE MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS – CÁNULA OROFARÍNGEA – GUEDEL

Indicaciones:

- Paciente inconsciente sin reflejo de vómito o tos, incapaz de mantener la vía aérea permeable.

Material y equipamientos:

- Equipamiento de protección individual (EPI) obligatorio.
- Cánula orofaríngea (COF) de tamaños variados.

Técnica para evaluar el tamaño adecuado de la COF

- Posicionar la COF próxima a la cara del paciente.
- En los lactantes y niños: realizar la medida de la distancia entre la comisura labial y el ángulo de la mandíbula del mismo lado.
- Aproximar el saliente circular de la COF a la comisura labial (esquina de la boca) y dirigir la punta de la COF hacia el ángulo de la mandíbula del mismo lado.
- Es ideal el tamaño que alcanzan tales extremidades.

Selección del tamaño adecuado de la COF:

- con saliente circular en la comisura labial, la punta de la COF debe terminar exactamente en el ángulo de la mandíbula;
- si la COF fuera muy larga, la punta se localizará posterior al ángulo de la mandíbula y obstruirá la apertura glótica, empujando la epiglotis para abajo;
- si la COF fuera muy pequeña, la punta se localizará bien por encima del ángulo de la mandíbula y aumentará la obstrucción de la vía aérea, empujando la lengua en dirección a la hipofaringe.

Instrucción:

1. Utilizar EPI.
2. Seleccionar el tamaño adecuado de la COF, conforme técnica presentada arriba.
3. Remover secreciones o sangre de la boca y faringe por medio de la aspiración.
4. Insertar la COF conforme técnica: en el paciente pediátrico, INSERTAR LA COF CON LA CONCAVIDAD VOLTEADA PARA ABAJO, hasta alcanzar la pared

posterior de la faringe y quedar acomodada. Idealmente, la cánula debe ser insertada mientras una espátula (bajalenguas) mantiene la lengua en el piso de la boca.

IMPORTANTE:

- Cuidado para no desplazar la lengua para atrás durante el procedimiento, causando obstrucción de vías aéreas.
- **NO DEBE SER REALIZADA ROTACIÓN DE 180 GRADOS**, para evitar lesiones de tejidos blandos de la orofaringe y sangrado.

5. Registrar el procedimiento en el formulario de atención.

OBSERVACIONES:

- Equívocos en la indicación, medicación y posicionamiento pueden activar el reflejo de tos, causar obstrucción de las vías aéreas o generar laringoespasma y vómitos.
- Si ocurre reflejo de tos o vómito, suspender el procedimiento.
- Observar posible respuesta vagal, como espasmo laríngeo, apnea y bradicardia.
- Evaluar la respuesta del paciente al procedimiento, entre otras formas, por medio de la oximetría.
- **ATENCIÓN:** la cánula orofaríngea debe ser colocada con la curvatura volteada para abajo, al contrario del adulto, en que se hace la introducción con la curvatura para arriba, seguida de rotación de 180°. La rotación es desaconsejada en el niño, pues puede provocar lesiones y sangrado importante en la orofaringe.



INSTRUCCIONES
EN ATENCIÓN
EXTRAHOSPITALARIA
SOPORTE VITAL BÁSICO

BPed 29

ELABORACIÓN
Septiembre 2016

Esta instrucción fue pautada por las más recientes evidencias científicas disponibles.
Adaptaciones son permitidas de acuerdo con las particularidades de los servicios.

INSTRUCCIONES SVB
EN INTOXICACIONES
Y PRODUCTOS
PELIGROSOS

BTox



BTox 1

BTox 1 - INTOXICACIONES AGUDAS – MEDIDAS GENERALES

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

- Todo paciente (lactante, niño o adulto) que presente un cuadro inexplicable, de inicio súbito que curse con alteración del nivel de conciencia, convulsiones, alteración hemodinámica o respiratoria, sin causa claramente definida.
- Cuando existe una historia inicial de certeza o sospecha de contacto, por cualquier vía, con un agente potencialmente intoxicante.

Conducta:

1. Asegurar el uso de los equipamientos de protección individual adecuados (Instrucción PE2).
2. Garantizar la seguridad de la escena (Instrucción PE1) y método ACENA.
3. Realizar evaluación primaria.

NIÑO Y LACTANTE (INSTRUCCIÓN BPed 1):

Impresión inicial, con énfasis en:

- Nivel de conciencia: alerta, irritable o no responde.
- Respiración: esfuerzo respiratorio, sonidos anormales o ausencia de movimientos respiratorios.
- Coloración anormal de la piel.
- Realización de la evaluación primaria.

NIÑO Y LACTANTE (INSTRUCCIÓN BPed1) O ADULTO (INSTRUCCIÓN BC1)

Evaluación primaria, con énfasis en:

- Evaluar la capacidad de respuesta.
- Asegurar la permeabilidad de las vías aéreas: aspirar secreciones si es necesario.
- Evaluar la ventilación: especial atención a la presencia de bradipnea, respiración irregular.
- Evaluar oximetría de pulso.

- Administrar oxígeno (O₂) por mascarilla no reinhalante si la saturación del O₂ es < 94 % o ventilación asistida con BVM, si está indicado.
- Evaluar estado circulatorio: atención especial a la frecuencia cardiaca (FC); presión arterial (PA); coloración, temperatura y estado de hidratación de la piel; resequedad de mucosas o salivación excesiva; presencia de transpiración; tiempo de llenado capilar.
- Evaluar estado neurológico, con énfasis en evaluación pupilar (especialmente tamaño pupilar) y movimientos oculares, tono muscular, agitación psicomotora y nivel de conciencia, además de ocurrencia de convulsiones.
- No habiendo evidencia de trauma, mantener el paciente en posición de recuperación, debido al riesgo de aspiración de secreciones.

4. Realizar evaluación secundaria con énfasis en:

NIÑO Y LACTANTE (INSTRUCCIÓN BPed 3) O ADULTO (INSTRUCCIÓN BC2)

Realizar entrevista SAMPLA (o SAMPLE) e identificar posibles causas.

La historia es fundamental y debe también investigar:

- Disponibilidad de sustancias potencialmente tóxicas en el domicilio (productos de limpieza, insecticidas, raticidas, plantas, etc.) y de medicamentos, usados por el paciente o por familiares;
- Lugares donde el paciente estuvo presente y actividades que desarrolló en las horas que
- precedieron el inicio de los síntomas, incluyendo la profesión o actividad ejercida;
- Si el agente tóxico fuera conocido, investigar la cantidad ingerida, el tiempo transcurrido
- después de la ingesta, si esta fue accidental o intencional y si puede haber otra sustancia implicada;
- Horario de inicio de los síntomas.
- Realizar examen físico detallado, de la cabeza a los pies, con atención adicional en:
- Aliento y examen de la cavidad oral: lesiones corrosivas, olor, hidratación;
- Temperatura corporal (axilar, oral o rectal en el niño o lactante): si hay hipertermia, utilizar medidas físicas para reducción de la temperatura (antitérmicos usuales no son eficaces);



- Presencia de señales de malos tratos, en especial en el niño y lactante;
 - Evaluar glicemia capilar y, en caso de hipoglicemia, realizar Instrucción BC19 (adulto) o Instrucción BPed 18 (niño o lactante);
 - Monitorizar presión arterial, frecuencia cardíaca, oximetría de pulso y glicemia capilar;
 - Investigar posibles situaciones de riesgo en el domicilio para el paciente y para el niño en especial.
5. Seguir con la instrucción específica en cuanto el agente intoxicante sea identificado.
 6. Realizar la descontaminación, si está indicada, según la vía de contaminación (respiratoria, cutánea, digestiva y ocular).
 7. Prestar atención a las situaciones especiales que pueden ocurrir:
 - crisis convulsivas;
 - depresión del centro respiratorio;
 - taquicardia con signos de *shock*;
 - bradicardia con signos de *shock*;
 - hipo e hipertermia;
 - paro cardiorrespiratorio.
 8. Realizar contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de forma sistematizada.
 9. Realizar contacto con la Regulación Médica, que debe ser informada prontamente sobre cualquier detalle disponible sobre el agente causante, así como sobre los signos y síntomas encontrados, para subsidiar el contacto con el Centro de Información y Asistencia Toxicológica para la toma de decisión y para definición de referimiento y/o unidad de salud de destino (preferiblemente hospital terciario).
 10. aguardar orientación de la Regulación Médica para procedimientos y/o transporte para la unidad de salud.

OBSERVACIONES:

- Realizar las 3 «S» (instrucción PE1, PE2 y PE3).
- Independiente del agente causante de la intoxicación, las medidas generales de estabilización son muy semejantes a aquellas realizadas en cualquier otra emergencia clínica.
- Siempre que sea posible, llevar muestras del agente tóxico al hospital, inclusive proveniente de residuo gástrico (vómito).
- Causas de intoxicación en los adultos:
 - Tentativas de suicidio por vía oral se constituyen en la principal causa.
 - Es frecuente la intoxicación por abuso de drogas o medicamentos sin intención de suicidio.
 - Atención al uso de múltiples medicaciones por ancianos y en pacientes que presentan metabolismo disminuido, como en la insuficiencia renal.
 - Atención también para las intoxicaciones relacionadas al tipo de trabajo, como por ejemplo en la exposición a los agrotóxicos y pesticidas en general.
- Causas de intoxicación en los niños:
 - En general son accidentales o no intencionales.
 - En niños hasta los 4 años de edad, son más frecuentes las intoxicaciones por productos químicos de uso doméstico (como los de higiene personal o de limpieza), por medicamentos o plantas tóxicas, o aún por pesticidas de uso doméstico.
 - En los adolescentes de 15 a 19 años, las intoxicaciones por drogas de abuso son las más observadas.

Evaluación ACENA:

- **A:** Evaluar: Alrededores, la casa y la presencia de Armas o Artefactos que indiquen el uso de Alcohol y drogas; Altura y la Apariencia de la víctima.
- **C:** Observar la presencia de señales de Conflicto y Crisis en la red social de la víctima.
- **E:** Evaluar las expectativas y la receptividad de la red social y del propio paciente sobre el Equipo de atención.
- **N:** Evaluar el Nivel de conciencia, la adecuación a la realidad y la capacidad de elección y Nivel de sufrimiento.
- **A:** Evaluar la presencia de señales de uso de Alcohol y drogas, la presencia de Agresividad (actual o anterior) y la presencia de señales de Autoagresión.



BTox 2

BTox 2 - INTOXICACIÓN POR DROGAS DE ABUSO

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

- Cuando haya historia/informaciones de uso de drogas como cocaína, crack, anfetaminas (éxtasis), marihuana y otras drogas estimulantes.
- Cuando se atienden pacientes en agitación y situación de violencia con informaciones seguras de que no se trata de pacientes con padecimiento previo de salud mental.

Conducta:

1. Evaluar la seguridad de la escena (Instrucción PE1) y método ACENA.
2. Considerar los siguientes escenarios:

PACIENTE AGITADO PERO CONSCIENTE Y COLABORATIVO

- Realizar manejo verbal: aproximarse de forma tranquila, identificarse (nombre y función), explicar el motivo de la aproximación, ofrecer ayuda.

PACIENTE AGITADO, DESORIENTADO O AGRESIVO

- Informar a la Regulación Médica y seguir sus orientaciones.

PACIENTE INCONSCIENTE EN *SHOCK* O PARO CARDIORRESPIRATORIO (PCR)

- Seguir instrucción específica.
3. Tan pronto como sea posible, realizar la evaluación secundaria (Instrucción BC2), con énfasis en:
 - signos vitales;
 - realizar entrevista SAMPLE;
 - valorar informaciones sobre el agente (tipo, nombre, frascos o envases, cantidad) y sobre las condiciones del paciente (tiempo de exposición, vía de exposición).
 4. Verificar glicemia; si el paciente está hipoglucémico siga Instrucción de hipoglucemia (BC19).
 5. Suministrar oxígeno (O₂) por máscara, 10 a 15 L/min si saturación de O₂ < 94 %.
 6. No provocar vómito, no administrar nada por vía oral.

7. Mantener el paciente con la cabecera elevada.
8. Estar preparado para PCR.
9. Realizar contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de forma sistematizada.
10. Aguardar orientación de la Regulación Médica para procedimientos y/o transporte para la unidad de salud.
11. Registrar hallazgos y procedimientos en el formulario de evento.

OBSERVACIONES:

- Drogas de abuso más frecuentes: cocaína, crack, anfetaminas (éxtasis), marihuana.
- En la intoxicación por drogas de abuso, son tres los escenarios a ser considerados:
 - paciente agitado pero consciente y colaborativo;
 - paciente agitado, desorientado, agresivo;
 - paciente en *shock* o en PCR.
- Hidratación: la deshidratación en casos de anfetamina debe ser corregida de forma lenta; cuidado con la voluntad del paciente de beber grandes volúmenes de agua; riesgo de coma/muerte por hiponatremia.
- «Mulas» (persona que carga drogas en su interior) con signos y síntomas: identificar la situación, evaluar el paciente, proceder conforme necesidad y transportar.
- La intoxicación por alcohol está abordada en la Instrucción BTox3.

Evaluación ACENA

- **A:** Evaluar los Alrededores, la casa y la presencia de Armas o Artefactos que indiquen el uso de Alcohol y drogas; Altura y la Apariencia de la víctima.
- **C:** Observar la presencia de señales de Conflicto y Crisis en la red social de la víctima.
- **E:** Evaluar las expectativas y la receptividad de la red social y del propio paciente sobre el Equipo de atención.
- **N:** Evaluar el Nivel de conciencia, la adecuación a la realidad y la capacidad de elección y Nivel de sufrimiento.
- **A:** Evaluar la presencia de señales de uso de Alcohol y drogas, la presencia de Agresividad (actual o anterior) y la presencia de señales de Autoagresión.



BTox 3

BTox 3 - INTOXICACIÓN Y ABSTINENCIA ALCOHÓLICA

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

Olor a alcohol en el aliento; dificultad para hablar; alteraciones del humor, del comportamiento y del nivel de conciencia; perjuicio de la coordinación motora, de la atención y del juicio; presencia de náuseas y vómitos, ansiedad, irritabilidad, taquicardia, hiper o hipotensión arterial, alucinaciones, agitación psicomotora, debilidad. Todos esos signos son comunes para intoxicación y abstinencia alcohólica. Los signos diferenciales para abstinencia son: temblores, fiebre, transpiración profusa, convulsión y delirio.

Conducta:

1. Evaluar ambiente, sujetos y seguridad (método ACENA).
2. Aproximarse de forma tranquila (no accionar la señal sonora de la ambulancia), identificarse (nombre y función) y explicar motivo de la aproximación (ofrecer ayuda).
3. Presentarse y realizar la evaluación primaria (Instrucción BC1) y tratar de acuerdo a lo encontrado.
4. Realizar evaluación secundaria (Instrucción BC2): Signos vitales, Alergias, Medicamentos en uso, Pasado médico, Líquidos y alimentos, Ambiente (SAMPLA), signos vitales y examen físico.
5. Identificar situaciones relacionadas al contexto de la crisis/urgencia con familiares y personas allegadas que puedan facilitar la comprensión y manejo de la situación.
6. Valorar: tipo de sustancia, vía de absorción e historia psiquiátrica.
7. No habiendo evidencia de trauma, mantener el paciente en posición de recuperación debido al riesgo de aspiración de secreciones.
8. Administrar oxígeno (O₂) por máscara no reinhalante 10 a 15 L/min si saturación de O₂ es < 94 %.
9. Mantener el paciente calentado.
10. Realizar contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de forma sistematizada.
11. Aguardar orientación de la Regulación Médica para procedimientos y/o transporte para la unidad de salud.
12. Registrar hallazgos y procedimientos en el formulario de evento.

OBSERVACIONES:

Evaluación ACENA

- **A:** Evaluar: Alrededores, la casa y la presencia de Armas o Artefactos que indiquen el uso de Alcohol y drogas; Altura y la Apariencia de la víctima.
- **C:** Observar la presencia de señales de Conflicto y Crisis en la red social de la víctima.
- **E:** Evaluar las expectativas y la receptividad de la red social y del propio paciente sobre el Equipo de atención.
- **N:** Evaluar el Nivel de conciencia, la adecuación a la realidad y la capacidad de elección y Nivel de sufrimiento.
- **A:** Evaluar la presencia de señales de uso de Alcohol y drogas, la presencia de Agresividad (actual o anterior) y la presencia de señales de Autoagresión.
- Prestar atención al hecho de que una persona aparentemente intoxicada, en verdad puede estar abstinerente.
- Comunicar inmediatamente a la Regulación Médica para apoyo del soporte vital avanzado en casos de enfermedades con riesgo de muerte, como agitación y/o agresividad, descenso del nivel de conciencia, hipotensión moderada a severa e hipo o hipertermia, y en el caso de convulsiones. Complicaciones/ padecimientos clínicos asociados pueden implicar riesgo de muerte y, por lo tanto, no deben ser ignorados.
- Considerar las informaciones que aumenten la sospecha de intoxicaciones por otras drogas.
- Realizar orientar a los pacientes no removidos.



BTox 4

BTox 4 - INTOXICACIÓN POR MEDICAMENTOS DEPRESORES DEL SNC

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

Historia de ingesta de medicamentos de los grupos benzodiazepínicos, barbitúricos, sedativos, hipnóticos, opioides, anticonvulsivantes o antipsicóticos, asociada a la presencia de depresión neurológica, caracterizada por alteración del nivel de conciencia, como somnolencia, estupor y coma.

Puede o no estar asociada a algunos de los siguientes signos:

- miosis;
- depresión respiratoria;
- cianosis;
- bradicardia, hipotensión.

Conducta:

1. Asegurar el uso de los equipamientos de protección individual adecuados (Instrucción PE2).
2. Garantizar la seguridad de la escena (Instrucción PE1).
3. Realizar evaluación primaria y secundaria (instrucciones BC1 y BC2).
4. Mantener la permeabilidad de las vías aéreas, incluyendo vía aérea avanzada si es necesario.
5. Administrar oxígeno por máscara, 4 a 6 L/min, o ventilación asistida con BVM en caso de depresión respiratoria.
6. Monitorear presión arterial y oximetría.
7. Valorar informaciones sobre el agente (nombre, composición, cantidad), tiempo de ingesta.
8. Evaluar glicemia capilar.
9. Si es posible, llevar muestras/envase del medicamento al hospital.
10. Realizar contacto con la Regulación Médica y pasar los datos de forma sistematizada.
11. Aguardar orientación de la Regulación Médica para procedimientos y/o transporte para la unidad de salud.

12. Registrar hallazgos y procedimientos en el formulario de evento.

OBSERVACIONES:

- Realizar las 3 «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- **BENZODIAZEPÍNICOS:** diazepam, lorazepam, midazolam, clonazepam, tales como Diempax®, Dormonid®, Rivotril®, Rohypnol®, Dalmadorm®, Bramazepam®, Clonazepam®, Frontal®, Lexotam®, Valium®, entre otros.
- **BARBITÚRICOS:** fenobarbital, tal como Gardenal®, Barbitron®, Thiopentax®, Fenocris®, entre otros.
- **OPIOIDES:** codeína, morfina, tramadol, fentanil, tales como Codex®, Tylex®, Fentanil®, Dimorf®, Dolo Moff®, Dorless®, Tramal® entre otros, y heroína (opioide, no medicamento).
- **ANTICONVULSIVANTES:** carbamazepina, fenitoína, tales como Hidantal®, Tegretol®, entre otros.
- **ANTIPSICÓTICOS:** haloperidol, risperidona, tales como Haldol®, Esquidon®, Ripevil®, Risperdal®, entre otros.

INSTRUCCIONES SVB EN INCIDENTES DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS

BMV



BMV 1

BMV1 – ATRIBUCIONES DEL PRIMER EQUIPO EN LLEGAR A LA ESCENA DE INCIDENTE DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS (IMV)

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

Cuando el equipo de soporte vital básico es el primero en llegar a un escenario donde existan cinco o más víctimas.

Conducta:

1. El equipo debe evaluar la seguridad de la escena y actuar solo en área segura.
2. Al conductor le corresponde:
 - Iniciar la señalización del área del incidente.
 - Orientar el posicionamiento de otras ambulancias que lleguen a la escena.
3. Al auxiliar/técnico de enfermería le corresponde:
 - Estimar el número y la gravedad de las víctimas (mecanismo del trauma, naturaleza del evento, magnitud, entre otros).
 - Evaluar la necesidad de recursos adicionales y especializados: soporte vital avanzado (SVA), soporte básico de vida (SVB), Cuerpo de Bomberos, Policía, agentes de tránsito, entre otros.
 - Reportar todas las informaciones del evento a la Regulación Médica, antes de cualquier intervención en la escena, aguardando orientaciones.
 - Asumir la función de coordinación, temporalmente y hasta la llegada de un equipo de SVA.
 - Organizar la distribución de los recursos humanos y materiales para atención, conforme orientación de la Central de Regulación.
 - Evaluar la necesidad de organizar un área de concentración de víctimas (ACV) y establecer un lugar seguro para atención y posterior transporte.
 - En la escena segura, iniciar aplicación de las instrucciones de triaje, conforme orientación de la Central de Regulación.
 - Interaccionar con los representantes de otras instituciones envueltas en la atención, respetando competencias y atribuciones específicas.
 - Transferir el mando de la escena al primer equipo de SVA en llegar al lugar e integrarse a la atención en el área de concentración de víctimas (ACV).

OBSERVACIONES:

- Si la escena no está segura, reportar a la Central de Regulación Médica, posicionarse en lugar seguro y aguardar orientación de la Central. Se entiende por lugar seguro aquel donde los riesgos están controlados. Realizar las 3 «S» (Instrucción PE1).
- La Central de Regulación Médica deberá accionar el plan de contingencia adecuado a la magnitud del incidente.
- Área de concentración de víctimas (ACV): corresponde al lugar donde serán concentrados los recursos de salud para la atención de las víctimas.
- Esta instrucción se aplica a la motocicleta para servicios de prestación de socorro.



BMV 2

BMV2 – ATRIBUCIONES DEL EQUIPO DE SOPORTE VITAL BÁSICO (SVB) AL LLEGAR A LA ESCENA DE UN INCIDENTE DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS (IMV)

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

Soporte vital básico en la escena de incidente de múltiples víctimas (IMV).

Conducta:

1. Considerar los principios de evaluación de la seguridad de la escena y la señalización para aproximarse y estacionar el vehículo en el área designada por el mando del incidente.
2. Presentarse al responsable del mando del IMV en la escena (médico u otro profesional) portando sus equipamientos básicos (equipamiento de protección individual, mochilas, desfibrilador externo automático y camilla son fundamentales).
3. Disponerse a brindar asistencia componiendo equipos de atención y/o transporte en las diferentes áreas (roja, amarilla o verde), conforme determinación del mando del IMV.
4. Presentarse al coordinador del área para el cual fue designado antes de iniciar las actividades.
5. Interactuar con los representantes de otras instituciones envueltas y presentes en la escena, respetando sus competencias y atribuciones profesionales específicas.

OBSERVACIONES:

- Realizar las 3 «S» (Instrucción PE1).



BMV 3

BMV3 – TRIAJE (CLASIFICACIÓN) DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS

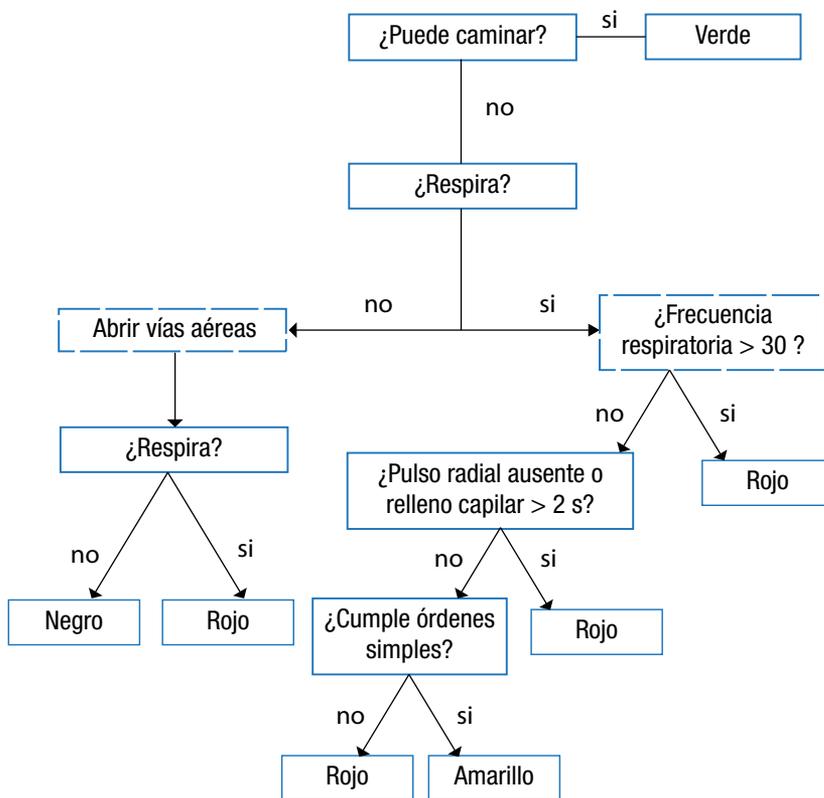
Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

Incidente de múltiples víctimas (IMV).

Conducta:

1. Evaluar la seguridad de la escena (Instrucción PE1);
2. En la escena segura, realizar el triaje de las víctimas de acuerdo con el método START (Simple Triage and Rapid Treatment):

METODO START



3. Clasificar e identificar de forma visible todas las víctimas conforme prioridad de tratamiento y transporte, utilizando identificadores de colores:

Inmediato/urgente	Rojo
-----	-----
Puede aguardar	Amarillo
-----	-----
Leve	Verde
-----	-----
Muerto/inviable	Negro

OBSERVACIONES:

- Realizar las 3 «S» (instrucciones PE1, PE2, PE3).
- A medida que se concluye el triaje, el (los) profesional(es) involucrado(s) puede(n) ser empleado(s) en otras funciones.
- En la escena insegura, solamente profesionales entrenados y con equipamiento de seguridad deben entrar en la zona caliente para el triaje y retirada de las víctimas. En esos casos, equipos de salud deben ser designados prioritariamente para la atención.
- La aplicación del método START consiste básicamente en:
 1. Orientar verbalmente a todas las víctimas que estén andando por la escena del IMV (o que consigan andar) para que salgan de la escena e:
 - identificarlos con el color VERDE;
 - dirigirlos para el área más apropiada.
 2. Moverse por el área donde están las víctimas que restaron, evaluando rápidamente cada una de ellas para clasificar e identificar según colores. Durante la evaluación, son permitidos procedimientos breves, como apertura de vías aéreas o control del sangrado intenso. En cada víctima encontrada:

Evaluar la respiración:

- Si la víctima no respira, realizar maniobra manual de apertura de vías aéreas, verificar si hay cuerpo extraño visible en la boca y desobstruir si es posible. Remover prótesis dentarias si están sueltas.
- Si no respira aún después de apertura de las vías aéreas, clasificar e identificar como «Negro».
- Si respira después de apertura de las vías aéreas, clasificar e identificar como «ROJO».
- Si la víctima respira, verificar la frecuencia respiratoria:
 - Frecuencia respiratoria > 30, clasificar e identificar como «ROJO».
 - Frecuencia respiratoria < 30, seguir para evaluación del llenado capilar.
- Evaluar el llenado capilar o la presencia de pulso radial:



- Llenado capilar > 2 segundos o pulso radial ausente, clasificar e identificar como «ROJO».
- Llenado capilar ≤ 2 segundos o pulso radial presente, seguir para evaluación de la capacidad de cumplir órdenes simples.
- Evaluar la capacidad de cumplir órdenes simples: solicitar que la víctima realice un mando simple, por ejemplo, «abrir y cerrar los ojos» o «apretar la mano»:
 - No cumple órdenes simples (inconsciente), clasificar e identificar como «ROJO».
 - Obedece mandos simples, clasificar e identificar como «AMARILLO».
- Realizar la atención de las víctimas en el lugar del triaje, si es seguro, o su distribución por los colores en una Área de Concentración de Víctimas (ACV), organizada en área segura.
- Las víctimas clasificadas como NEGRO, inicialmente no deben ser removidas o recibir abordaje.
- Delante de la disponibilidad de equipos y desde que las intervenciones críticas de las víctimas clasificadas como ROJA y AMARILLA hayan sido completadas, las víctimas clasificadas como NEGRO deberán ser reevaluadas.
- El proceso de clasificación de la víctima es dinámico y puede ocurrir la reclasificación de prioridad conforme evolución clínica.
- Para identificación, se recomienda la utilización de tarjeta de triaje u otro recurso, como pulseras y cintas, entre otros. El registro de la atención de las víctimas con las demás informaciones de la tarjeta (nombre, edad, sexo, prioridad, número, entre otras.) debe ser realizado tan pronto sea posible.
- Los fallos del triaje pueden ser derivados de visibilidad comprometida; utilización de equipamiento de protección individual (EPI) obligatorio (debido a la alteración de la percepción táctil y visual del profesional); estrés emocional del triador; estrés emocional de la víctima (llevando a la hiperventilación); tiempo transcurrido entre el triaje y el transporte para el ACV.



BMV 4

BMV4 – TRIAJE (CLASIFICACIÓN) DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS INVOLUCRANDO NIÑOS

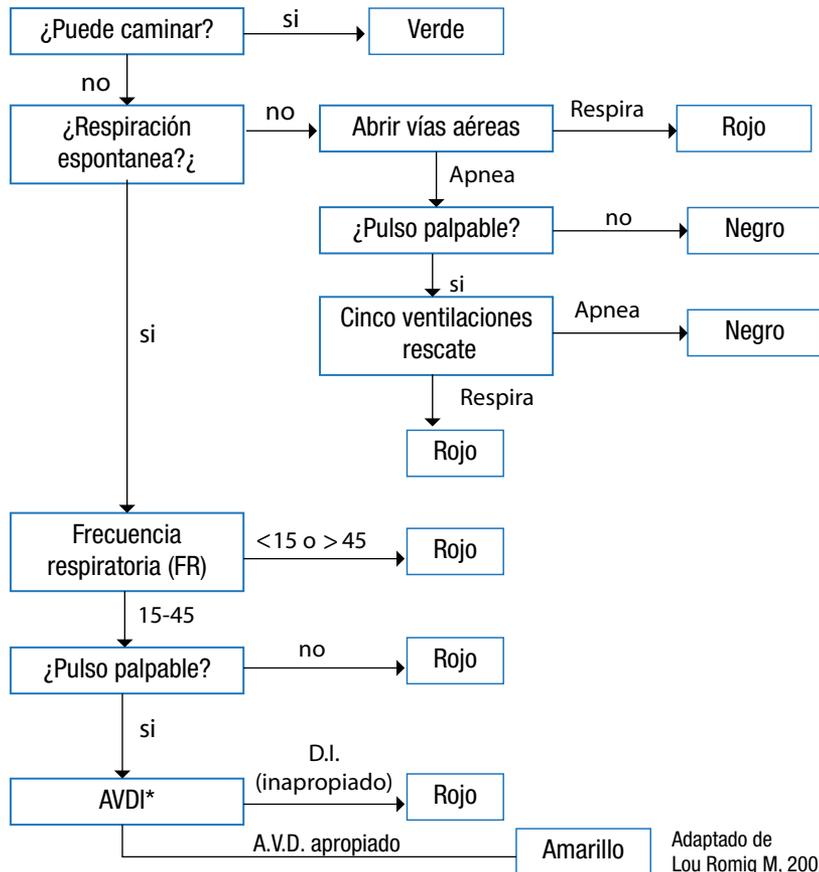
Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

Incidente de múltiples víctimas (IMV) involucrando niños de hasta 8 años de edad o con características de ese rango etario.

Conducta:

1. Evaluar la seguridad de la escena.
2. En la escena segura, realizar el triaje de las víctimas de acuerdo con el método JumpSTART (Simple Triage and Rapid Treatment for Children):

JumpSTART TRIAJE PEDIATRICO



* AVDI= Evaluación del estado mental: A=Alerta V=Respuesta verbal D=Respuesta al dolor I=Insensibilidad

Adaptado de
Lou Romig M, 2002

3. Clasificar e identificar las víctimas conforme prioridad de tratamiento y transporte, utilizando identificadores de colores:

Inmediato/urgente

Rojo

Puede aguardar

Amarillo

Leve

Verde

Muerto/inviable

Negro

OBSERVACIONES:

- Realizar las 3 «S» (Instrucciones PE1, PE2, PE3).
- El triaje en IMV permite una evaluación rápida para clasificar las víctimas y determinar las prioridades de retirada de la zona caliente (si es necesario) y posicionamiento en el área de concentración de víctimas (ACV) con miras a la atención o transporte inmediato de acuerdo a las prioridades.
- Si una víctima parece ser niño, use el método JumpSTART, si la víctima parece ser un adolescente o adulto, utilice el método START.
- La utilización de una herramienta objetiva de triaje pediátrico puede auxiliar al profesional, reduciendo el impacto emocional normalmente presente en la atención al niño.
- La herramienta fue construida de manera semejante y paralela a la estructura del START, haciendo que él pueda ser usado de forma simultánea al START en una escena de IMV que reúna adultos y niños.
- La aplicación del método JumpSTART consiste básicamente en:
 1. Orientar verbalmente a todas las víctimas que estén andando por la escena del IMV (o que consigan andar), para que salgan de la escena e:
 - Identificarlos con el color «VERDE».
 - Dirigirlos para área más apropiada, donde deben recibir nuevo triaje (traje secundario).
 - Niños que salgan en el regazo de adultos capaces de deambular deben seguir así para el área verde designada para el adulto, donde deben recibir nueva triaje (traje secundaria).
 - Niños que aún no deambulan o que presentan condición clínica preexistente que no les permite deambular pueden ser clasificados como verde, si no llenan los criterios para una víctima roja o amarilla.



2. Moverse por el área donde están las víctimas que restaron, evaluando rápidamente cada una de ellas para clasificar e identificar según colores. Durante la evaluación son permitidos procedimientos breves, como apertura de vías aéreas o control de sangrado intenso.
3. En los niños que permanezcan en la escena, evaluar la respiración:
 - Si la víctima no respira, realizar maniobra manual de apertura de vías aéreas, verificar si hay cuerpo extraño visible en la boca y desobstruir si es posible.
 - Si respira, después de apertura de las vías aéreas, clasificar e identificar cómo «ROJO».
 - Si no respira, después de la apertura de vías aéreas, se debe evaluar la presencia de pulso palpable (ventana de salvación). El pulso evaluado puede ser el de mayor dominio para el socorrista.
 - Si el pulso está ausente, consideramos la clasificación como «Negro».
 - Si el pulso fuera palpable, se debe administrar cinco ventilaciones de rescate, con dispositivo de barrera, en la tentativa de restablecer la respiración. Si el niño respira después de las ventilaciones, ello es considerado «ROJO». De lo contrario, ello es considerado «Negro».
 - Observación: después de las cinco ventilaciones, si el niño retomara la ventilación no debemos proseguir con las ventilaciones y solo clasificar y proseguir con el triaje.
 - En cuanto a las víctimas «Negro» o inviables, es preciso analizar también que, a menos que presenten lesiones características de muerte obvia, deben ser revaluadas tan pronto las intervenciones más críticas en las víctimas «ROJO» y «AMARILLO» estén finalizadas y/o cuando haya equipos de atención disponibles.
 - Si la víctima respira, verificar la frecuencia respiratoria:
 - Si el niño respira con una frecuencia debajo de 15 o por encima de 45 mvm, es considerado «ROJO»; si está dentro del rango entre 15 y 45 mvm, la presencia de pulso es evaluada:
- En la ausencia de pulso, el niño es considerado «ROJO».
- En la presencia de pulso, se evalúa el estado mental por medio del método AVDI (alerta, verbal, dolor, incapacidad de respuesta).
 - Evaluar usando el método AVDI:
 - En el método AVDI, si el niño está alerta o responde a un llamado verbal o a un estímulo doloroso con localización del estímulo y retirada intencional del estímulo, él es considerado una víctima «AMARILLO».
 - Si no responde a ningún estímulo o responde con postura de descerebración o decorticación, es considerado «ROJO».

- Aspectos especiales:
 - Si el niño no anda por ausencia de desarrollo para la función o aún por deficiencias y necesidades especiales, aplicar el JumpSTART como se presenta a continuación:
 - Si hubiera criterios para clasificarlo como «ROJO», hacerlo.
 - Si hubiera criterios para clasificarlo como «AMARILLO», analizar rápidamente:
 - ♦ Si hubiera señales de lesión significativa, como heridas penetrantes o con pérdida de tejido, quemaduras importantes, sangrado incontrolable o distensión abdominal, clasificar como «AMARILLO».
 - En la ausencia de esas señales, será considerado «VERDE», aún sin andar. En ese caso, la víctima debe permanecer en la escena hasta ser transportada.
 - En el Puesto Médico Avanzado (PMA) o aún en la zona caliente, los acompañantes pueden no querer separarse de los niños que están cargando. En esos casos, ambos deben seguir para la zona correspondiente al más grave.

INSTRUCCIONES
SVB PARA UNIDADES
DE RESPUESTA
INMEDIATA

URI



URI 1

URI – NORMAS GENERALES DE BIOSEGURIDAD PARA LAS URI

Indicación:

Se aplica a todos los desplazamientos realizados con la motocicleta para servicios de prestación de socorro.

Esta instrucción complementa la Instrucción PE2 – Reglas Generales de Bioseguridad en cuanto a aspectos específicos relacionados a la bioseguridad del profesional de la motocicleta para servicios de prestación de socorro.

Conducta:

4. Aplicar las Reglas Generales de Bioseguridad previstas en la Instrucción PE2.
5. Utilizar los siguientes equipamientos de protección individual (EPI) obligatorios y específicos, en complemento a lo previsto en la Instrucción PE2:
 - casco;
 - chaqueta;
 - camiseta de manga larga;
 - pantalón de tejido resistente a la abrasión;
 - protector de codos;
 - protector de rodillas;
 - guantes;
 - botas tubo largo.
6. En la utilización del casco:
 - ajustar la correa de ajuste de modo que no ultrapase el mentón;
 - mantener la visera siempre limpia y sin riesgos;
 - en caso de casco articulado, realizar los desplazamientos siempre con visera y protector de la barbilla bajado y bloqueado.

OBSERVACIONES:

- Los EPI debe cumplir con la siguiente descripción mínima:
 - Chaqueta: confeccionada en cuero, corduroy o tejido resistente y con buena flexibilidad para proporcionar mejor ajuste al motociclista. Debe ofrecer protección en las articulaciones y columna y poseer forro térmico.
 - Protector de codo: articulado y confeccionado con etil vinil acetato (EVA) interno. Debe poseer fijadores ajustables en el codo y cobertura de tercio distal de húmero y proximal de radio y cúbito.
 - Protector de rodilla: confeccionado con EVA interno. Debe poseer fijadores ajustables a las rodillas y pantorrillas y cobertura distal de fémur y proximal de tibia y peroné. Los servicios pueden considerar el uso de protectores de rodillas articulados de acuerdo con la disponibilidad.
 - Guantes: confeccionados en material resistente y de ajuste rápido deben ofrecer protección contra fricciones y protección climática (sol, lluvia y viento). Se recomienda el uso de guantes cortos con protección en las articulaciones y dedos, además de cierre de velcro único favoreciendo el acto de calzar y descalzar.
 - Bota de tubo largo, 100 % cuero, que propicie protección para pies, tobillo, tibia y peroné y que sea resistente al sol y a la lluvia.



URI 2

URI2 - ATRIBUCIONES Y RESPONSABILIDADES ESPECÍFICAS DEL CONDUCTOR DE LA MOTOCICLETA PARA SERVICIOS DE PRESTACIÓN DE SOCORRO

Indicación:

Se aplica a los profesionales de la motocicleta para servicios de prestación de socorro.

Esta instrucción complementa la Instrucción PE4 (Atribuciones y responsabilidades del equipo del CRUE) en cuanto a aspectos específicos relacionados a la responsabilidad del profesional de la motocicleta.

Conducta:

EN EL TRASPASO DEL TURNO DE TRABAJO (si lo hubiera)

1. Verificar, con el conductor que le antecedió, las condiciones del vehículo que está recibiendo.

EN EL CHEQUEO DEL VEHÍCULO EN EL INICIO DEL TRABAJO

1. Mantener el vehículo siempre listo para actuar en las emergencias.
2. Realizar el chequeo de ítems PCLOC:

P: NEUMÁTICOS

inspeccionar:

- índice de desgaste de neumáticos – TWI;
- presión;
- presencia de ruedas con abolladuras;
- tensión de rayos y separaciones de rodamientos y pernos;
- desgaste de pastilla de frenos.

C: CABLES Y COMANDOS

- Embrague: inspeccionar presencia de espacio libre mínimo requerido de acuerdo con el manual del fabricante y regular de acuerdo a su uso. Lubricar, si es necesario.
- Frenos: realizar prueba funcional de frenos delanteros y traseros.

- Acelerador: verificar aceleración, holgura del cable, suavidad en la posición neutra del manubrio y tope a la derecha y a la izquierda.

L: LUCES Y SISTEMA ELÉCTRICO

Verificar funcionamiento de:

- luces de freno manual y pedal, luces intermitentes delanteras y traseras, farol alto y bajo, señalizadores ópticos, señales sonoras en todas las fases;
- iniciar partida y verificar auto prueba en el panel.

O: LUBRICANTES Y LIQUIDOS

Verificar:

- aceite del motor (antes de conducir la motocicleta), si es necesario, añadir aceite o sustituirlo conforme manual del fabricante;
- fluidos de frenos: nivel del depósito;
- combustible: nivel en el marcador del panel y en el tanque.

C: CORRIENTE Y TRANSMISIÓN

Verificar:

- holgura de la cadena conforme manual del fabricante;
- limpieza y lubricación, siempre que sea necesario, de acuerdo manual del fabricante.

DURANTE EL DESPLAZAMIENTO DEL VEHÍCULO

1. Prestar atención a:

- ruidos anormales;
- eventuales piezas sueltas;
- estado de los frenos.

2. Utilizar el sistema comunicacional disponible en el servicio, considerando la legislación.

3. Utilizar la señalización sonora con criterio, prestando atención a sus efectos estresantes sobre el equipo de socorro (Instrucción PE6) y población del entorno.



4. Utilizar las luces e iluminación de emergencia del vehículo, atendiendo rigurosamente al cumplimiento de la legislación específica (Instrucción PE6).
5. Seguir las reglas generales para desplazamiento, aparcamiento y señalización de la vía (Instrucciones URI3,4,5,6).
6. Portar durante todo el turno de trabajo los siguientes documentos:
 - licencia con la autorización para conducir vehículo de emergencia;
 - documentos del vehículo.
7. Conocer el sistema viario y las principales referencias de la región en que trabaja.

OBSERVACIONES

- TWI (tread wear indicator): índice de desgaste del neumático.
- En motocicletas con refrigeración líquida, debe ser realizada la verificación del nivel del depósito.
- Los servicios deben desarrollar rutina de chequeo del vehículo con *checklist* (lista de chequeo), añadiendo ítems a la rutina sugerida arriba, si es necesario.



URI 3

URI 3 – CARTA DE SEÑALES PARA DESPLAZAMIENTO DE LA MOTOCICLETA PARA SERVICIOS DE PRESTACIÓN DE SOCORRO

Indicación:

Durante los desplazamientos de la motocicleta para servicios de prestación de socorro, para expresar por medio no-verbal al compañero de equipo, orientaciones sobre diversas situaciones de forma estandarizada.

Instrucciones:

SEÑALIZAR CON LA MANO IZQUIERDA CONFORME A LA NECESIDAD:

ATENCIÓN

Observación: esta señal antecede a todas las demás.

DOBLAR A LA DERECHA

Observación: realizar con la mano abierta.

CAMBIO DE IZQUIERDA A DERECHA

Observación: precedido de movimiento circular a la derecha.

2.º Motociclista parar a la izquierda

Observación: atención para el brazo a 45° (apuntado para el suelo).

INFILTRACIÓN

Observación: realizar movimiento con la mano abierta al frente y encima del casco.

APROXIMACIÓN

Observación: realizar movimiento circular con la mano abierta detrás del casco.

DOBLAR A LA IZQUIERDA

Observación: realizar con la mano abierta y el brazo extendido en ángulo de 90°.

CAMBIO DE DERECHA A IZQUIERDA

Observación: precedido de movimiento circular a la izquierda.

Animal en la pista

Observación: atención para el brazo a 45° (apuntado para el suelo).

BADÉN/OBSTÁCULO

Observación: realizar movimiento ondulado con la mano abierta.

RADAR

SUCIEDAD EN LA PISTA

Observación: realizar movimiento circular con la mano abierta para abajo y brazo extendido.

DISMINUIR VELOCIDAD

Observación: realizar movimiento para arriba y para abajo con la mano abierta para abajo.

AUMENTAR VELOCIDAD

Observación: realizar movimiento para arriba y para abajo con la mano abierta para arriba.

COLUMNA POR DOS ALTERNA

PARAR Y/O DESCONECTAR SEÑALES SONORAS

OBSERVACIONES:

- La comunicación no verbal realizada por medio de señales durante los desplazamientos es un recurso en beneficio de la seguridad.



URI 4

URI4 – REGLAS ESPECÍFICAS DE DESPLAZAMIENTO DE LA URI

Indicación:

Se aplica al profesional responsable por la conducción de la motocicleta para servicios de prestación de socorro, durante desplazamiento.

Esta instrucción los aspectos que se aplican a la motocicleta en la Instrucción PE6 y lo complementa en cuanto a aspectos específicos relacionados a la conducción de ese tipo de vehículo.

Conducta:

1. ASPECTOS FUNDAMENTALES

- Utilizar equipamientos de protección obligatorios específicos (Instrucción URI 1).
- Considerar las atribuciones y responsabilidades del equipo del servicio de emergencias (Instrucción PE6) y del conductor de la motocicleta para servicios de prestación de socorro (Instrucción URI 2).
- Considerar los aspectos fundamentales que se aplican a la motocicleta en la Instrucción PE6.

2. CONDUCCIÓN DEFENSIVA

- Considerar las directrices de la regla PIPDE para conducción defensiva de la motocicleta:

BUSCAR / INVESTIGAR

P Prestar atención para todo lo que está a su alrededor (animales, peatones, otros vehículos, condiciones de piso y objetos fijos).

IDENTIFICAR

I Situaciones que puedan generar riesgos.

PREVER / PREVENIR

P Mantener atención constante a los cambios del escenario.

DECIDIR

D Escoger la menor situación de riesgo delante de una adversidad.

EJECUTAR

E Delante de una adversidad, realizar la maniobra adecuada con determinación y rapidez.

3. DURANTE EL DESPLAZAMIENTO HASTA EL LUGAR DEL EVENTO

- Utilizar Carta de Señales (Instrucción URI 3).
- Mantener luces encendidas en luz baja durante la noche y el día.
- Desplazarse en velocidad compatible con la vía.
- Utilizar tipos diferentes de sirenas entre las motocicletas, cuando estén en desplazamiento para atención.
- Desplazar en «Columna por uno alterna».
- Mantener distancia de seguimiento de tres segundos en velocidad de hasta 70 km/h, y de cinco segundos en velocidad por encima de 70 km/h.
- En adelantamientos (rebases):
 - Realizar siempre por la izquierda del vehículo en la vía.
 - Ejecutar obligatoriamente el mismo trayecto por las dos motocicletas («donde pasa la primera, pasa la segunda»).
- En el pasaje por corredor:
 - Señalizar con antelación, respetando el tiempo de 3 segundos entre las motocicletas.
 - Reducir la velocidad para a lo sumo 40 km/h y garantizar la seguridad.
- En el pasaje por vía colectora:
 - Usar «Pasaje táctico con cierre carril a carril», un motociclista a la izquierda y otro a la derecha respetando distancia lateral entre guías.
- Evitar el punto ciego de los vehículos, manteniéndose en el punto visual de los otros conductores.

4. EN EL DESPLAZAMIENTO EN SITUACIONES DE LLUVIA, NEBLINA Y BAJA LUMINOSIDAD

- Aumentar el nivel de atención en el desplazamiento en las condiciones.
- Ajustar la velocidad a la condición de seguridad proporcionada por la pista.
- Aumentar la distancia entre las motocicletas y los vehículos.

5. EN EL DESPLAZAMIENTO EN SITUACIONES DE BAJA ADHERENCIA

- Aumentar el nivel de atención en el desplazamiento en las condiciones.
- Ajustar la velocidad a la condición de seguridad proporcionada por la pista.



- Aumentar la distancia entre las motocicletas y los vehículos.
- Desplazar el cuerpo para mantener tracción de las ruedas prestando atención a la inclinación de la motocicleta, siempre con piernas flexionadas, pies firmes en los pedales y presionando las rodillas contra el tanque.
- En transposición de obstáculos, mantener la posición en pie, utilizando siempre ángulo de 90°.

6. EN EL LUGAR DEL EVENTO

- Decidir la distancia segura tratándose de un accidente, observando la existencia de fuga de lubricante, combustible, gases, humo, fuego, u otros (Instrucción PE1).
- En cuanto al posicionamiento en la escena:
 - Posicionar las motocicletas de forma que facilite el flujo de vehículos en la vía y no dificulte u obstruya la llegada de vehículos de apoyo.
 - Estacionar las motocicletas con distancia de 1(un) metro entre ellas y perpendicular a la acera, manteniendo la alineación.
 - En vías públicas, posicionar la motocicleta de forma que garantice la adecuada señalización de la escena: una motocicleta antes y otra al frente del incidente con la señalización vuelta para el flujo de vehículos observando posicionar el farol en dirección opuesta al flujo, obedeciendo al límite de distancia conforme la velocidad de la vía.
 - Posicionar la motocicleta después del evento, si la escena ya está señalizada con otros vehículos de servicio en el lugar, desde que no haya ningún impedimento para desplazarse hasta esa posición. Si lo hubiera, posicione antes o en el mejor lugar posible y revise las señalizaciones ya existentes para garantizar las distancias de seguridad (Instrucción PE7).

7. EN EL RETORNO PARA LA BASE

- Desplazarse en velocidad compatible con la vía.
- Mantener atención en la solicitud de nuevo evento.
- Desconectar señales luminosas intermitentes.

8. APARCAMIENTO DE LA MOTOCICLETA PARA SERVICIOS DE PRESTACIÓN DE SOCORRO

- Estacionar las motocicletas con distancia de 1(un) metro entre ellas y perpendicular a la acera, manteniendo la alineación.

9. PRERROGATIVAS Y PRIVILEGIOS EN EFECTIVA PRESTACIÓN DE SERVICIO DE URGENCIA

RADAR

SUCIEDAD EN LA PISTA

Observación: realizar movimiento circular con la mano abierta para abajo y brazo extendido.

DISMINUIR VELOCIDAD

Observación: realizar movimiento para arriba y para abajo con la mano abierta para abajo.

AUMENTAR VELOCIDAD

Observación: realizar movimiento para arriba y para abajo con la mano abierta para arriba.

COLUMNA POR DOS ALTERNA

PARAR Y/O DESCONECTAR SEÑALES SONORAS

- Rebasar un semáforo rojo, desde que estén garantizadas todas las cuestiones de seguridad.
- Transitar en contra, desde que estén garantizadas todas las cuestiones de seguridad.
- Estacionar en lugar prohibido, desde que estén garantizadas todas las cuestiones de seguridad.

10. IMPEDIMENTOS

- No es permitido exceder el límite de velocidad máxima establecida para una vía.

OBSERVACIÓN

- PUNTO CIEGO: área de la pista lateral al vehículo fuera del alcance de la visión periférica del conductor mismo con uso de retrovisores.



URI 5

URI 5 – INSTRUCCIONES INICIALES EN CASO DE ACCIDENTES CON LA MOTOCICLETA PARA SERVICIOS DE PRESTACIÓN DE SOCORRO

Cuándo sospechar o criterios de inclusión:

- En cualquier situación de accidente que envuelva la motocicleta.
- Incluye:
 - accidentes durante desplazamientos de emergencia o administrativos;
 - accidentes con o sin víctimas.

Conducta:

ACCIDENTE SIN VÍCTIMA:

1. Garantizar la seguridad del lugar conforme lo preconizado en las instrucciones PE1 y PE7.
2. Confirmar la ausencia de víctimas en el accidente.
3. Entrar en contacto con la Regulación Médica e informar:
 - sobre la ocurrencia de accidente sin víctimas, con énfasis en la localización del evento;
 - sobre la condición de la motocicleta: accidente en desplazamiento o no;
 - sobre la necesidad de apoyo y disposiciones legales aplicables.
4. En la presencia de terceros implicados en el accidente, anotar: nombre, registro de identidad y dirección de los envueltos y placa de los demás vehículos.
5. Informar a la Regulación Médica sobre la posibilidad de proseguimiento o no para el lugar de destino previamente establecido y la condición del paciente (si hay).
 - En la imposibilidad de proseguimiento, solicitar apoyo vía Regulación Médica y aguardar en el lugar.
 - En la posibilidad de proseguimiento, después de contacto con la Regulación Médica seguir para el destino previamente establecido o informado por la Regulación Médica.
6. Seguir la orientación de la Regulación Médica sobre el momento oportuno para la realización del formulario de evento.

ACCIDENTE CON VÍCTIMA:

Considerando al equipo del Servicio de Atención de emergencia físicamente apto para las acciones, seguir las siguientes reglas generales:

1. Garantizar la seguridad del lugar conforme lo preconizado en las instrucciones PE1 y PE7;
2. Entrar en contacto con la Regulación Médica e informar:
 - Sobre la ocurrencia de accidente con víctima, con énfasis en localización, número de víctimas y presencia de víctimas entre los profesionales del equipo;
 - Sobre la condición: accidente en desplazamiento o no;
 - Sobre la necesidad de apoyo y disposiciones legales aplicables;
3. Realizar la atención a la(s) víctima(s), considerando las instrucciones indicadas.
4. Tan pronto sea posible, informar a la Regulación Médica sobre:
 - víctimas ya en atención y sus condiciones;
 - llegada de equipos de apoyo;
 - llegada de equipos especializados (policía y otros);
 - Posibilidad de proseguimiento o no para el destino:
 - En la imposibilidad de proseguimiento, aguardar apoyo en el lugar. En la presencia de víctima, garantizar si es posible soporte vital hasta la llegada de otra ambulancia para el transporte.
 - En la posibilidad de proseguimiento, aguardar autorización de la Regulación Médica para proseguir para el destino previamente establecido o informado.
5. Seguir la orientación de la Regulación Médica sobre el momento oportuno para la realización del formulario de evento.
 - Considerando el equipo del servicio de emergencias físicamente inepto para las acciones, si es posible:
 - entrar en contacto con la Regulación Médica e informar sobre la ocurrencia de accidente con víctimas entre los profesionales del equipo y aguardar apoyo; o
 - solicitar a un ciudadano que entre en contacto con el 9.1.1 e informe la ocurrencia con el equipo de la motocicleta.



OBSERVACIONES:

- Si el accidente ha ocurrido durante desplazamiento para atención, es importante identificar ese hecho para la Regulación Médica, a fin de permitir el envío de otro equipo para esta atención.
- Cabe a la Regulación Médica la toma de decisión y accionamiento de los recursos adicionales especializados para hacer frente a las necesidades en el lugar del accidente, incluyendo remolcamiento y disposiciones legales.
- En la evaluación de la posibilidad de proseguimiento con la motocicleta aún después de la ocurrencia de accidente, deben ser considerados: las condiciones generales de seguridad, la capacidad de movimiento del vehículo y los riesgos para agravamiento de los daños.
- Cabe a la Regulación Médica decidir si la motocicleta, estando en condiciones de proseguir aún después de implicarse en accidente, deberá salir de la escena del accidente para socorrer víctima en estado grave.
- Los servicios deben establecer rutinas adicionales para apoyo a los profesionales en caso de accidentes con las motocicletas, así como en relación a la confección del formulario de evento.
- Se sugiere el registro sistemático, acompañamiento y evaluación de los accidentes implicando motocicletas, a fin de comprender y actuar sobre factores que puedan estar asociados a su ocurrencia, por medio de acciones educativas y de gestión.



URI 6

URI 6 – REGLAS GENERALES PARA DESPLAZAMIENTO DE LAS MOTOCICLETAS PARA SERVICIOS DE PRESTACIÓN DE SOCORRO EN CONVOY

Indicación:

En cualquier situación de necesidad de desplazamiento grupal de motocicletas (convoy).

Instrucciones:

1. Utilizar equipamiento de protección individual (Instrucción MOTO-URI 1).
2. Considerar atribuciones y responsabilidades del equipo del servicio de emergencias (Instrucción PE4) y del conductor de la motocicleta (Instrucción URI 2).
3. Desplazar motocicleta conforme reglas específicas (Instrucción URI 4), con especial atención a las particularidades del desplazamiento en convoy:
 - desplazamiento en bloque único formado por dos columnas intercaladas;
 - utilizar solo un carril de rodamiento;
 - posicionar la 1.^a moto del convoy siempre a la izquierda de la vía.

Observación: Podrá ser solicitado, por el líder, nuevas formaciones:

- columna por uno;
 - columna por uno alterna;
 - columna por uno en línea;
 - inversión de columna;
 - columna por dos.
4. Ejecutar funciones de acuerdo con el posicionamiento dentro del convoy:

PRIMER MOTOCICLISTA DEL CONVOY

- Asumir la función de líder del convoy.
- Definir:
 - informaciones o instrucciones generales al convoy;
 - trayecto;

- velocidad del desplazamiento;
- tipo de formación a ser adoptada;
- puntos de parada.

MOTOCICLISTA INTERMEDIARIO

- Atender cualquier solicitud de integrantes del convoy y transmitirla al líder.

MOTOCICLISTA CIERRA FILA

- Última motocicleta del convoy.
- Dar soporte al líder indicando anormalidades durante el desplazamiento.

5. Utilizar carta de señales para comunicación entre los participantes del convoy (Instrucción URI 3).



BIBLIOGRAFÍA

1. American College of Surgeons. ATLS: Advance Trauma Life Support for doctors (student course manual). 8 ed. Chicago: American College of Surgeons; 2008.
2. American Heart Association. Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care (ECC) – Part 12: Cardiac Arrest in Special Situations. Supplement to Circulation. 2010; 122: S829-S861.
3. American Heart Association. Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care (ECC) – CPR Part 5 – Adult Basic Life Support. Supplement to Circulation. 2010; 122: S685-S694.
4. American Heart Association. Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care (ECC) – CPR Part 8 – Adult Advanced Cardiovascular Life Support. Supplement to Circulation. 2010. 122; S729-S744.
5. American Heart Association. Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care (ECC) – CPR Part 9 – Post-Cardiac Arrest Care. Supplement to Circulation. 2010. 122: S768-S773.
6. American Heart Association. 2015 Handbook of emergency Cardiovascular Care for Healthcare Providers. [s. l.]: American Heart Association; 2015.
7. Ballesteros Plaza V; Marré Pacheco B; Martínez Aguilar C; Fleiderman Valenzuela J; Zamorano Pérez J J. Lesión de la médula espinal. Actualización bibliográfica: fisiopatología y tratamiento inicial. Coluna/Columna. 2012; 11(1): 73-6. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/coluna/v11n1/14.pdf>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saude. Protocolo SAMU 192: suporte avançado de vida. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponible en: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/26/livro-avancado-2016.pdf>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saude. Protocolo SAMU 192: suporte básico de vida. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponible en: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/26/livro-basico-2016.pdf>

-
10. Colegio Americano de Cirujanos, Comité de Trauma. ATLS Programa Avanzado de Apoyo Vital en Trauma para Médicos. Manual del curso. 9.a Ed. [s. l.]: Colegio Americano de Cirujanos; 2012. Disponible en: <https://clea.edu.mx/biblioteca/Atls%20-%20Apoyo%20Vital%20En%20Trauma.pdf>
 11. Colegio Americano de Cirujanos, Comité de Trauma. ATLS Programa Avanzado de Apoyo Vital en Trauma para Médicos. Manual del curso para estudiantes. 9.a Ed. [s. l.]: Colegio Americano de Cirujanos; 2012.
 12. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Guías básicas de atención médica prehospitolaria. Grupo de Atención de Emergencias y Desastres. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2005. Disponible en: <http://docshare01.docshare.tips/files/10592/105920562.pdf>
 13. Chaparro M; Awad C; Torres C. Neumología. 5.a Ed. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas; 1998.
 14. Fescina R; De Musio B; Ortiz E; Jarquim Q. Guías para la atención de las principales urgencias obstétrica. Montevideo: CLAP; 2012.
 15. Gómez J P. Manejo de la vía aérea en atención prehospitolaria. Propuesta de algoritmo. Rev Chil Anest. 2010; 39: 152-157.
 16. Hilal-Dandan R; Brunton L.L. Goodman & Gilman Manual de farmacología y terapéutica 2.a Ed. [s. l.]: McGrawHill Education; 2015.
 17. Jimenez L; Montero FJ. Compendio de Medicina de Urgencias. 4.a Ed. Barcelona: Elsevier; 2017.
 18. Kattwinkel J; MCGowan J E; Zaichkin J. Reanimación neonatal. 6.a Ed. [s. l.]: American Academic of Pediatrics; American Heart Association; 2011. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/358281967/Reanimacion-Neonatal-6a-Ed-pdf>
 19. Moore E; Mattox K L; Feliciano D V. Manual de trauma. 4.a ed. [s. l.]: McGrawHill; 2004.
 20. PHTLS. Soporte vital básico y avanzado en el trauma prehospitolario. 7.a Ed. Barcelona: Elsevier España; ©2011.
 21. Peitzman B A; Rhodes M; Schwab C W; Yealy D M. Manual de trauma: Trauma y cirugía de cuidado intensivo. Bogotá: Distribuna editorial; 2011.
 22. Pons P T; Mcswain N E; Chapleau W; Chapman G. PHTLS Soporte Vital de Trauma Prehospitolario. 8.a Ed. México, DF: Intersistemas; 2016.



23. Quesada Suescun A; Rabanal Llevot J M. Actualización en el manejo del trauma grave. Madrid: Editorial Médica Ergon; 2006.
24. Rotondo M F; Fildes J; Brasel K J; Chapleau W. Advanced Trauma Life Support ATLS. 9 th ed. [s. l.]: American College of Surgeons; 2012
25. Smith L; Thier S. Fisiopatología. Principios biológicos de la enfermedad. 2.a Ed. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana; 1989.
26. Trauma Brain Foundation. Guidelines for management of severe traumatic brain injury. 4th ed. [s. l.]: Trauma Brain Foundation; 2016.
27. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Ginebra: OMS; 2012. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Ave. Héctor Homero Hernández, esq. Tiradentes,
Ens. La Fe, Santo Domingo, República Dominicana



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas