

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL AYUNTAMIENTO DE POZUELO DE ALARCÓN (SEAPA)

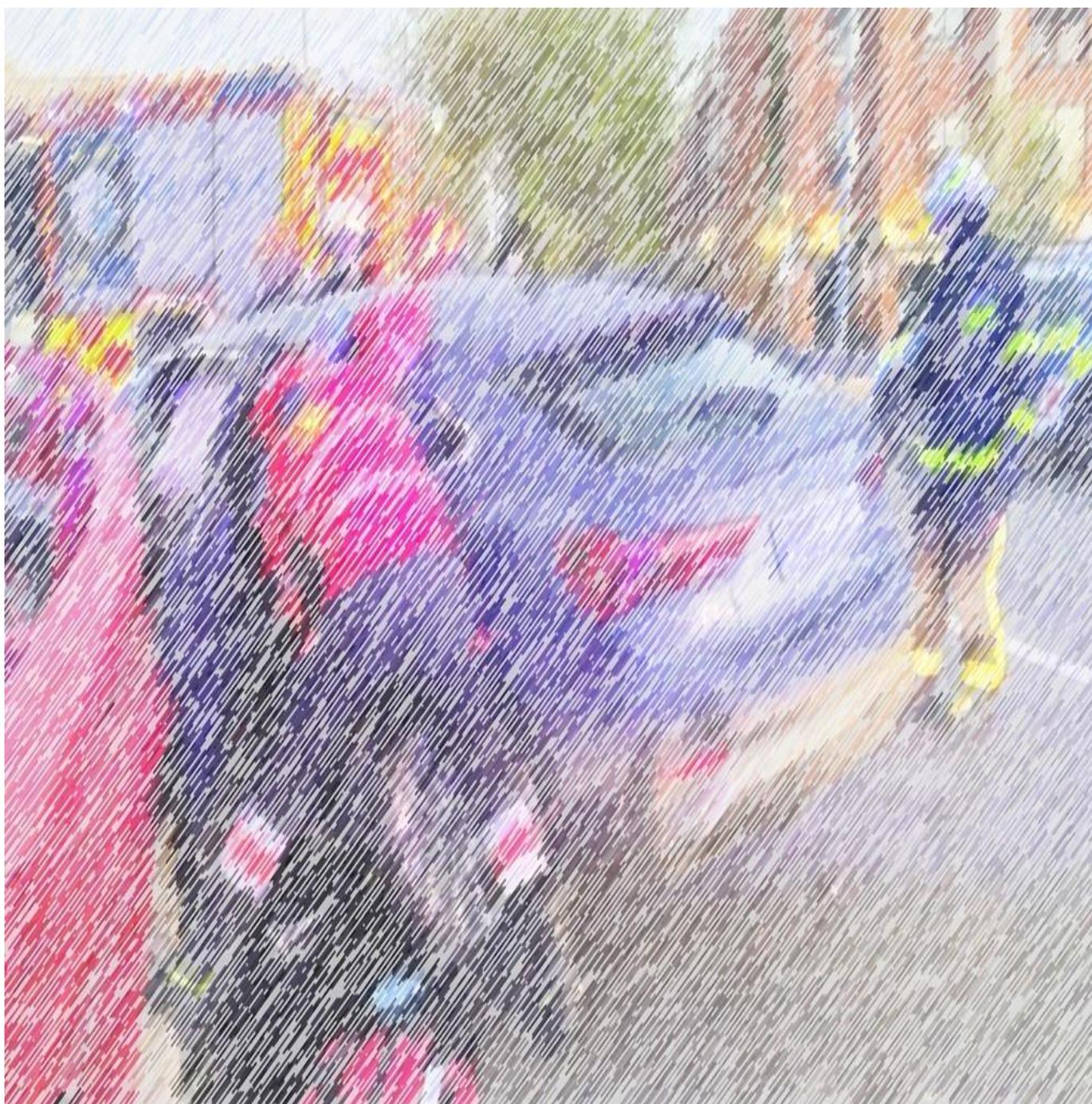


Tabla de contenido

Prólogo	4
Introducción	5
Disposición inicial.....	5
Organigrama y Dirección Administrativa	7
Organigrama Dirección Operativa	7
Diferentes operativas de SEAPA-Protección Civil	8
Medios por los que se activa el servicio	8
Actuación conjunta con unidades del SUMMA112	9
Traslado al Centro de Salud.....	9
Traslados desde el Centro de Salud.....	10
Apoyo al Cuerpo de Extinción de Incendios	10
Traslado de acompañantes de pacientes	10
Acompañamiento de alumnos o personal de otras instituciones	10
Funciones y obligaciones del personal del Servicio	10
Funciones y obligaciones del personal directivo	12
Funciones y obligaciones del Técnico en Emergencias Sanitarias (T.E.S).....	13
Funciones y obligaciones del personal habilitado como conductor.....	15
Documentación del servicio.....	15
Procedimiento de comunicaciones	16
Uniformidad y EPIs	17
Uso y mantenimiento de vehículos	20
Uso y mantenimiento de las instalaciones	20
Informe de asistencia de soporte vital básico instrumentalizado.....	21
Confidencialidad y protección de datos en informes de asistencia.....	23
Solicitud de Soporte Vital Avanzado.....	24
Transferencia de pacientes.....	26
Accidente laboral.....	26
Soporte Vital Básico Instrumental Pediátrico.....	38
Procedimiento OVACE en Adultos y Niños	41
Valoración y tratamiento de hemorragias exanguinantes	43
Posible Patología de Origen Coronario.....	44
Posible Patología de Origen Respiratorio.....	47
Posible patología de origen neurológico ICTUS	48

Posible patología de origen neurológico Convulsiones.....	52
Posible intoxicación por drogas.....	55
Posible Paciente Psiquiátrico en Crisis	58
Paciente con hipoglucemia sintomática	61
Parto extrahospitalario	62
Asistencia al recién nacido.....	65
Valoración del paciente politraumatizado.....	69
Particularidades del traumatismo craneoencefálico TCE	71
Particularidades del traumatismo torácico.....	73
Particularidades del traumatismo abdominal.....	74
Particularidades del traumatismo vertebral.....	75
Posible traumatismo ortopédico	76
Paciente quemado	78
Posible intoxicación por humo.....	80
Dispositivo Eléctrico de Control.....	82
Procedimiento Glucemia Capilar.....	84
Procedimiento Toma de Tensión Arterial (TA).....	85
Procedimiento Electrocardiograma (ECG).....	87
Procedimiento paso a paso para aplicar un torniquete.....	89
Procedimiento agentes hemostáticos.....	90
Procedimiento paso a paso para la colocación del cinturón pélvico "Pelvic Sling II SAM"	92
Uso del Collarín Cervical en la RME (Restricción de Movimientos Espinales).....	93
Uso y transporte de pacientes en tablero espinal.....	95
Escalas	97
Tabla de drogas de abuso.....	99
Grados y niveles de evidencia científica.....	103
Claves y Códigos.....	105

Prólogo

El “Manual de Procedimientos del Servicio de Emergencias del Ayuntamiento de Pozuelo de Alarcón-Protección Civil” de ahora en adelante SEAPA-Protección Civil, ha sido creado para proporcionar a los trabajadores de SEAPA-Protección Civil del Ayuntamiento de Pozuelo de Alarcón una herramienta esencial que les permita desempeñar sus funciones de manera eficiente, organizada y coordinada. Este servicio, enmarcado dentro de las competencias atribuidas al Ayuntamiento por la Ley de Bases de Régimen Local y en materia de Protección Civil, así como en los planes de emergencias municipales, está especializado en la atención y gestión de emergencias sanitarias y del estudio, ejecución y gestión de los dispositivos de riesgos previsibles.

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley 17/2015 del Sistema Nacional de Protección Civil, los servicios profesionales municipales de protección civil, como SEAPA, son fundamentales para la intervención rápida y eficaz en situaciones de emergencia, siendo los primeros responsables de la atención a la población a nivel local. Estos servicios tienen la misión de implementar los planes de actuación municipal, garantizar la coordinación con el Sistema Nacional de Protección Civil y gestionar de manera eficiente los recursos disponibles ante emergencias o catástrofes que puedan afectar a la comunidad. La importancia de SEAPA-Protección Civil dentro de este marco legislativo radica en su capacidad para llevar a cabo estas acciones, asegurando una respuesta coordinada y adaptada a las necesidades locales.

SEAPA-Protección Civil, como servicio de emergencias, se distingue por su capacidad para actuar en situaciones críticas, gracias a la formación especializada de su personal, especialmente los Técnicos en Emergencias Sanitarias (TES). Estos profesionales, cuyo rol está regulado por el Real Decreto 1397/2007 y el Real Decreto 836/2012, son responsables de ofrecer una primera respuesta sanitaria de calidad, cumpliendo con los más altos estándares y trabajando en estrecha coordinación con otros servicios de emergencia.

Este manual tiene como objetivo garantizar que el equipo de SEAPA-Protección Civil pueda trabajar de forma organizada y eficiente, siguiendo procedimientos claros que permitan la correcta gestión de emergencias y la optimización de recursos. Aunque SEAPA colabora estrechamente con otros servicios de emergencias como el SUMMA112, su personal está capacitado para tomar decisiones autónomas, incluidas en situaciones donde el acceso al Soporte Vital Avanzado pueda verse limitado. En estas circunstancias, el traslado inmediato del paciente a un hospital de tercer nivel, ubicado a 6 kilómetros de distancia y con un tiempo estimado de 11 minutos, es una opción viable para salvaguardar la salud y el bienestar del paciente.

Es importante destacar que, además de los Técnicos en Emergencias Sanitarias, del equipo de SEAPA cuenta con otro tipo profesional contratado con la categoría profesional de enfermería, que desarrollará un procedimiento de actuación específico, diseñado para optimizar la gestión de casos complejos, actuar como soporte vital avanzado y asegurar una intervención eficaz en situaciones de alta exigencia.

En definitiva, este Manual de Procedimientos de SEAPA-Protección Civil es una herramienta indispensable en la búsqueda de la excelencia asistencial y la mejora continua del servicio, garantizando la estandarización de los procesos, con el máximo respeto por las competencias atribuidas al Ayuntamiento en materia de protección civil.

Introducción

La constante búsqueda de la excelencia por parte de SEAPA-Protección Civil del Ayuntamiento de Pozuelo de Alarcón ha guiado la redacción de este Manual de Procedimientos. Su desarrollo asegura el cumplimiento de los altos estándares de calidad que este Ayuntamiento se ha propuesto en la atención sanitaria brindada a los ciudadanos de Pozuelo de Alarcón, tanto en situaciones de urgencia como de emergencia. Este manual constituye una herramienta fundamental para garantizar una respuesta eficiente, organizada, estandarizada y coordinada en el ámbito de la asistencia sanitaria extra-hospitalaria.

Es importante destacar que el **Servicio de Emergencias del Ayuntamiento de Pozuelo de Alarcón (SEAPA)** no se debe entender como una simple ambulancia al uso ni como un sistema sanitario o de salud convencional. SEAPA forma parte del **Sistema de Protección Civil**, con un enfoque integral en la prevención, gestión y respuesta ante situaciones de emergencia, catástrofes o riesgos previsibles que afectan a la comunidad.

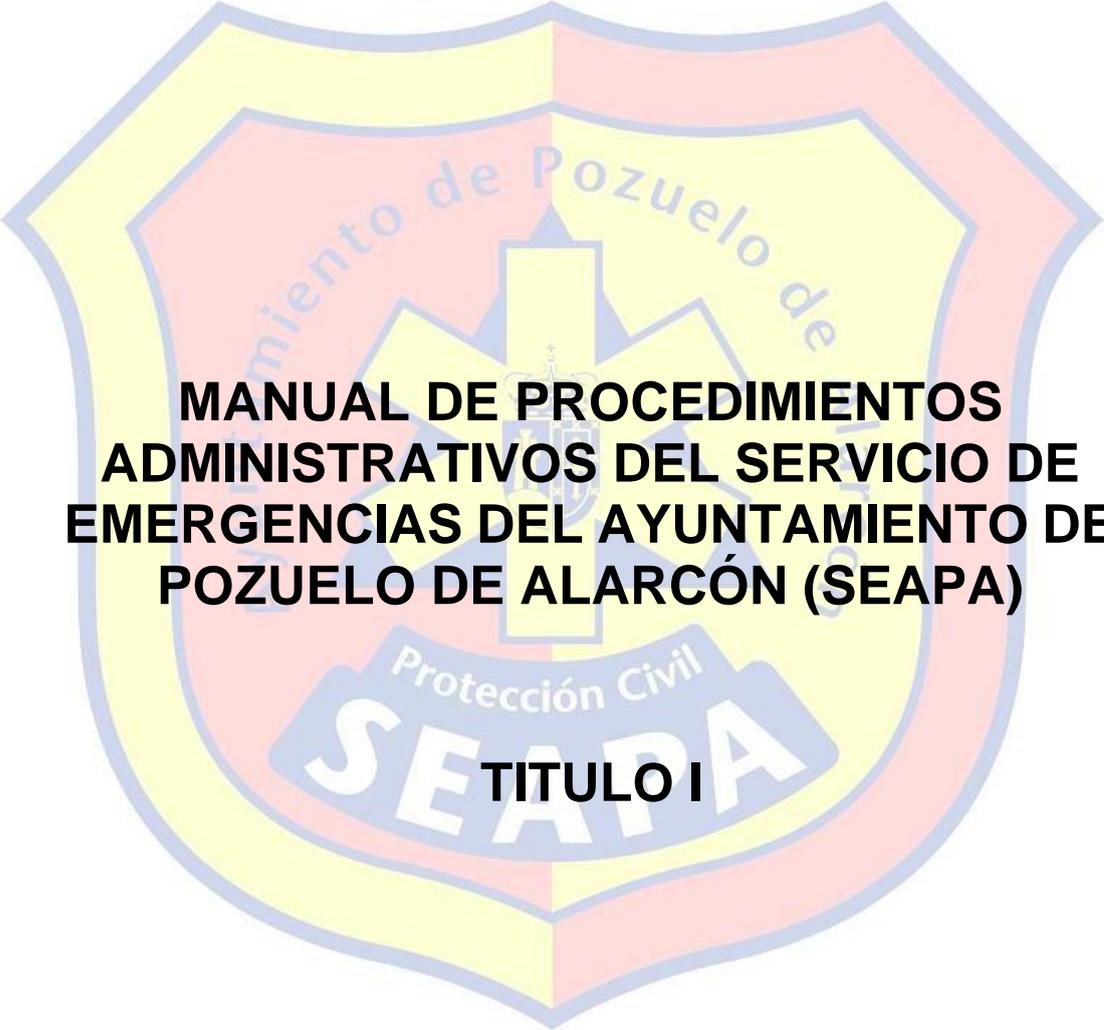
El objetivo principal es la **protección y seguridad de los ciudadanos**, actuando en coordinación con otros servicios de emergencias y organismos de protección civil. Por lo tanto, las intervenciones de SEAPA están orientadas a asegurar la respuesta inmediata y organizada ante cualquier situación que ponga en riesgo la seguridad pública, más allá de la mera atención sanitaria.

Disposición inicial

Este Manual de Procedimientos define la organización interna del Servicio de SEAPA-Protección Civil y su modelo asistencial, siendo de obligado cumplimiento para todo el personal que lo integra. Queda derogada cualquier disposición anterior aprobada por el Ayuntamiento de Pozuelo de Alarcón que contradiga el contenido de este Manual.

El Manual será revisado de manera bianual con el objetivo de garantizar su mejora y actualización continua. No obstante, también se actualizará o modificará siempre que se detecten fallos o necesidades que requieran ser subsanados mediante la inclusión de nuevos procedimientos, o cuando haya cambios en las recomendaciones profesionales o en la legislación vigente que hagan necesario ajustar su contenido.

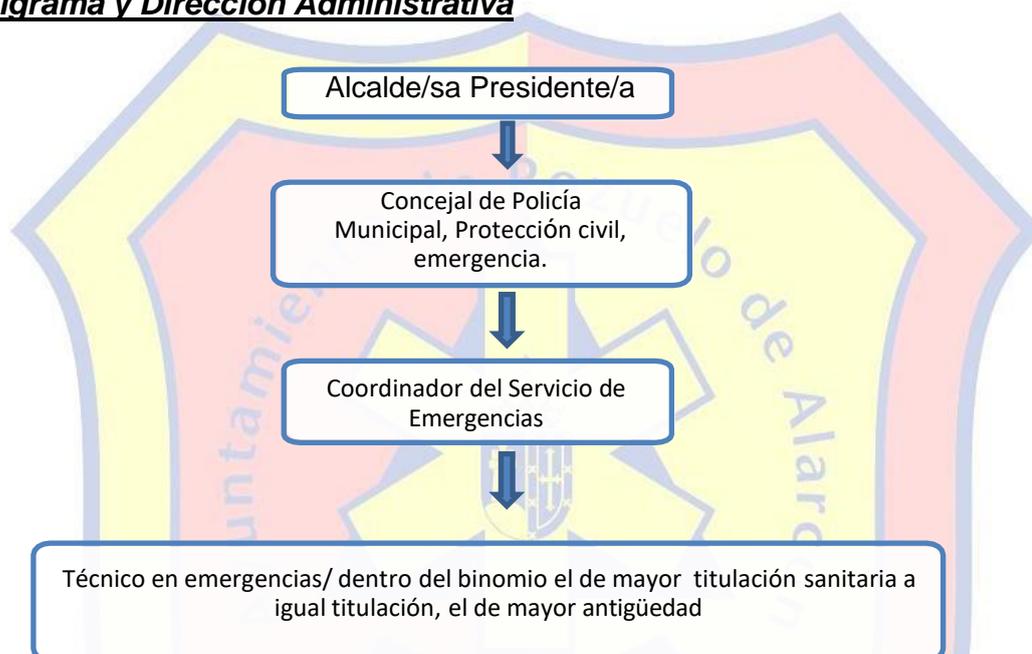
Cualquier modificación será notificada a los correos corporativos de los trabajadores informando cuando entra en vigor la modificación, y la inclusión de esa norma dentro del procedimiento y publicación se realizará siempre en la primera quincena de enero.



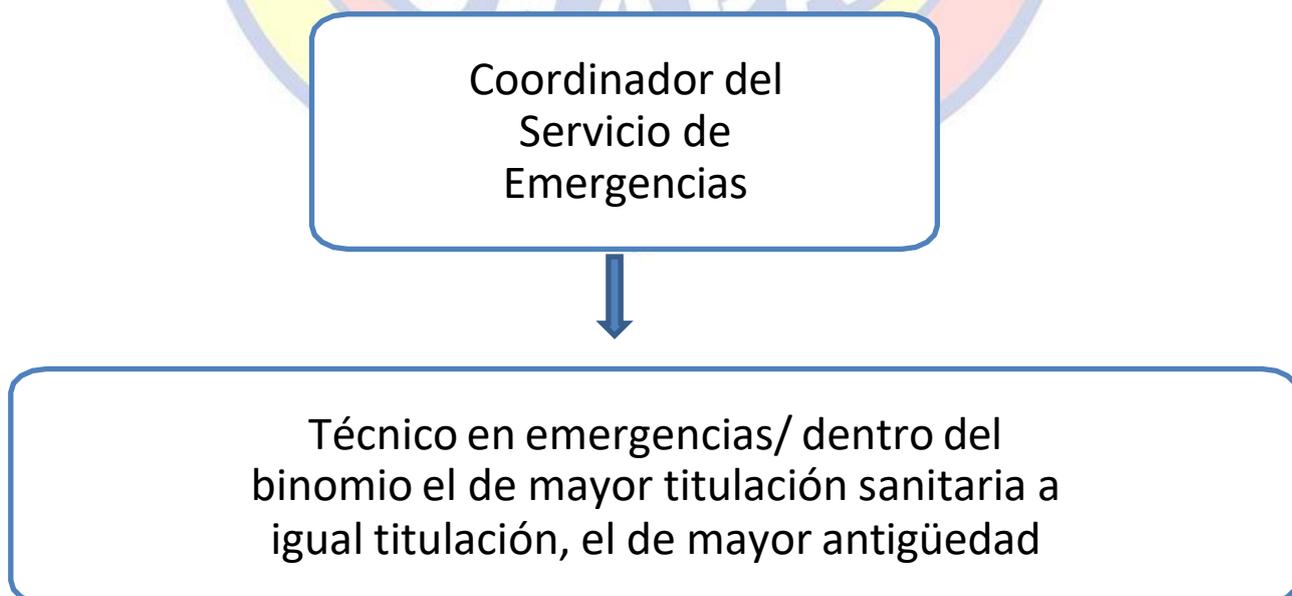
**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
ADMINISTRATIVOS DEL SERVICIO DE
EMERGENCIAS DEL AYUNTAMIENTO DE
POZUELO DE ALARCÓN (SEAPA)**

TITULO I

Organigrama y Dirección Administrativa



Organigrama Dirección Operativa



En caso de que existan más de un **indicativo de servicio** y no se haya asignado un responsable específico, el **responsable de todo el servicio** será siempre el miembro del equipo que, estando en la **ambulancia de guardia**, posea la **mayor titulación sanitaria**. En caso de que dos o más personas tengan la misma titulación sanitaria, la responsabilidad recaerá en el más **antiguo** en el servicio.

Diferentes operativas de SEAPA-Protección Civil

- **Guardia:**

Este servicio está a cargo de la ambulancia que permanece activa las 24 horas del día para cubrir cualquier emergencia en el municipio. Su indicativo es siempre **SEAPA 1**, lo que significa que es la ambulancia principal y está siempre operativa.
- **Refuerzo:**

Este servicio consiste en una o varias ambulancias adicionales que se activan para reforzar el servicio de guardia en situaciones especiales, como elecciones, fiestas u otros eventos donde se espera una mayor demanda de atención. Aunque estas situaciones sean conocidas previamente, el refuerzo cubre todo el municipio. La ambulancia asignada como refuerzo sigue la siguiente nomenclatura según su antigüedad:

 - **SEAPA 2:** Es la ambulancia de refuerzo más antigua.
 - **SEAPA 3** y sucesivos: Se asignan a las ambulancias según su antigüedad, con **SEAPA 3** siendo la segunda más antigua y así sucesivamente.
- **DRP (Dispositivo de Riesgo Previsible):**

En este tipo de servicio, la ambulancia se desplaza a un dispositivo específico en un lugar determinado, para cubrir eventos o situaciones previamente planificadas donde se espera un riesgo o necesidad de atención sanitaria. En caso de que haya más de un DRP en un mismo momento, las ambulancias se organizan de la siguiente manera:

 - **SEAPA 2:** La ambulancia que no esté de guardia y que cubra el DRP será la más antigua disponible.
- Si hay más de un DRP, las ambulancias adicionales seguirán la misma lógica de antigüedad, siendo **SEAPA 3** la siguiente ambulancia más antigua, y así sucesivamente.

Medios por los que se activa el servicio

El servicio de SEAPA-Protección Civil se encuentra coordinado con Policía Municipal de Pozuelo de Alarcón, Utilizando las infraestructuras, tecnología y personal de su sala de coordinación, CECOPM. Para la recepción de las llamadas de los ciudadanos que soliciten el recurso de SEAPA-Protección Civil, las solicitudes que se realizan desde el TAS, teléfono único de emergencias de la Comunidad de Madrid 112, como las peticiones de cualquier otra institución, serán gestionada desde este CECOPM, dejando claramente definido que todas las solicitudes de recursos de SEAPA-protección Civil tendrán que ser solicitadas al CECOPM de Policía Municipal.

El servicio de SEAPA-Protección Civil, presta su servicio ante las posibles urgencias o emergencias que puedan surgir en el municipio de Pozuelo de Alarcón, teniendo su ámbito de asistencial en la vía pública, locales públicos y en todos aquellos sitios que se requiera una asistencia ante una urgencia vital, quedando los domicilios y residencias excluidos, ya que esto son competencias del servicio médico de la comunidad de Madrid SUMMA112, salvo a petición del mismo SUMMA112, como apoyo asistencial a sus recursos Avanzados, siendo activado previamente el recurso de SEAPA-Protección Civil como primer recurso sanitario, por tratarse de una Urgencia vital.

También acudirán a domicilios y residencias, por actuación de las Fuerzas y cuerpos de seguridad del estado, Policía Municipal o cuerpo de extinción de incendios de la Comunidad de Madrid, para una primera valoración y asistencia, valorando la necesidad de traslado por la unidad de SEAPA. Si estas asistencias fuesen de soporte vital avanzado, se actuará según procedimiento.

En siniestros de considerable magnitud, como incendios, derrumbes, explosiones u otros incidentes que comprometan la seguridad pública o tengan un alto impacto social, el servicio de **SEAPA-Protección Civil** intervendrá de manera inmediata. En estos casos:

- Se informará de modo urgente al **Coordinador del Servicio**, proporcionando una primera evaluación de la situación para una respuesta rápida y coordinada.
- El personal de SEAPA recabará la información necesaria sobre el incidente, identificando los riesgos potenciales y las necesidades de intervención. Se tomarán las **medidas necesarias para la protección de las personas** afectadas, ejerciendo el mando operativo desde el ámbito de SEAPA-Protección Civil.
- Durante la fase inicial del siniestro, SEAPA asumirá la **responsabilidad del mando** en su área de actuación, en coordinación con el resto de intervinientes, hasta que el **Coordinador** asuma el mando y tome el control de las operaciones.
- La intervención se llevará a cabo en **estrecha colaboración con el resto de equipos de emergencia** y otros servicios implicados, garantizando que todas las acciones sean coordinadas y efectivas.
- SEAPA desde la coordinación, informará con prontitud a través de los **canales de comunicación establecidos** para que tanto la Concejalía como la Alcaldía tengan conocimiento de la situación. Esto permitirá a las autoridades locales tomar decisiones informadas y, si es necesario, ejercer sus funciones en la gestión del incidente.
- En caso de que la situación evolucione o cambie, se informará al Coordinador del servicio y, en su caso, a las autoridades pertinentes para asegurar una respuesta continua y adaptada a las circunstancias

Actuación conjunta con unidades del SUMMA112

Actuación en domicilios y residencias con USVA o VIR o UAD del SUMMA112

Estas se realizarán a petición del SUMMA112, siempre que nos active como recurso más cercano ante una emergencia vital en domicilio, como recurso de primera intervención, si de esta asistencia fuera necesario el traslado en la unidad de SEAPA-Protección Civil, sería medicalizada la unidad por el recurso del SUMMA112, si el traslado fuera en Soporte Vital Básico, el SUMMA112 lo realizara con sus unidades de la Comunidad de Madrid. En el supuesto de realizar el traslado en soporte vital básico con la unidad de SEAPA-Protección Civil, sin medicalizar, el equipo de guardia tendrá que realizar informe en el cual explique los motivos del traslado por la unidad de SEAPA-Protección Civil.

Traslado al Centro de Salud

Siguiendo los principios asistenciales y de traslado a centro sanitario útil, los centros de salud no se contemplan como centros de traslado y transferencia, ya que las patologías que habitualmente asiste las unidades de SEAPA-Protección Civil requieren de pruebas complementarias o tratamientos los cuales en los centros de salud no se disponen,

dejando de ser centro útil de referencia, salvo excepciones puntuales, por este motivo si se realizaran traslados a centros de salud, el equipo de guardia realizara informe en el cual explique la motivación del traslado al centro de salud.

Traslados desde el Centro de Salud

Estos se realizarán solo a petición del SUMMA112 y siempre que la unidad de SEAPA-Protección Civil se active como apoyo a las unidades de Soporte Vital Avanzado del SUMMA112, si la asistencia derivara en un traslado por un Soporte Vital Básico, se realizara con las unidades de Soporte Vital Básico de la Comunidad de Madrid

Apoyo al Cuerpo de Extinción de Incendios.

Las unidades de SEAPA-Protección Civil que se encuentren de guardia, serán activadas cuando se tenga constancia que una unidad del cuerpo de extinción de incendios de la Comunidad de Madrid se dirige a una intervención, en el municipio de Pozuelo de Alarcón, si no fueran activas por el CECOPM, y la unidad de SEAPA-Protección Civil tuviera constancia de esta intervención se auto activará, informando al CECOPM de este hecho, permaneciendo en preventivo hasta la terminación del aviso del cuerpo de extinción de incendios, siempre y cuando en dicho aviso no se produjera ninguna asistencia sanitaria o se le reclamara a la unidad de SEAPA-Protección Civil para otra asistencia emergente.

Se marca una excepción para no abandonar el siniestro en caso de que nos informasen de otro siniestro, y es que potencialmente pueda existir víctimas, o bien confirmadas o bien por la magnitud del siniestro se puedan generar. Es criterio del personal de guardia e informará al coordinador de servicio de modo inmediato.

Los componentes de SEAPA-Protección Civil, que estén en preventivo del cuerpo de extinción de incendios portaran puesto los EPIs correspondientes, con el fin de si surgiera alguna intervención se encuentren en total disponibilidad de realizar una asistencia segura.

Traslado de acompañantes de pacientes

Queda a criterio del personal del SEAPA-Protección Civil. el traslado de acompañantes de pacientes, no siendo habitual, pero por razones legales y humanitarias en caso de pacientes desvalidos o que requieren de vigilancia o tutela, todo esto sujeto a las plazas aseguradas en cada unidad de SEAPA-Protección Civil.

Acompañamiento de alumnos o personal de otras instituciones

Se tendrá en cuenta que las unidades de SEAPA-Protección Civil tienen un seguro de cuatro ocupantes más camilla, y que ningún Técnico de SEAPA-Protección Civil podrá abandonar la unidad en el traslado.

Funciones y obligaciones del personal del Servicio

Conocer y aplicar los procedimientos del Servicio fijados por la Dirección para el desempeño de su puesto de trabajo. En este sentido, el Manual de Procedimientos constituye el referente de trabajo más importante del Operativo.

Conocer y cumplir todas las actualizaciones que se realicen en el Manual es una obligación del personal. En este sentido, la Dirección del Servicio establecerá los medios necesarios para garantizar que dichas actualizaciones sean conocidas por

todos los trabajadores. Para ello, se utilizarán los correos corporativos como medio de comunicación principal, los cuales deberán ser leídos por los trabajadores al inicio de su turno y consultados regularmente durante su guardia. Los empleados deberán confirmar que han recibido y comprendido la información cuando se les requiera a través del correo.

- Cumplir el reglamento y demás normativas que sean de aplicación al Servicio.
- Cumplir las órdenes que reciba de sus superiores, tanto verbales como escritas, en asuntos relacionados con el Servicio. En caso de disconformidad con una orden recibida, deberá darle curso y, posteriormente, siguiendo los cauces reglamentariamente establecidos, presentar la correspondiente reclamación a la Dirección administrativa del Servicio.
- Velar por la seguridad y bienestar de los más vulnerables, informando de cualquier situación de riesgo vital o social.
- En ausencia de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado o Policía Municipal, será garante de la protección de menores o personas que no tengan capacidad de autoprotección o que puedan poner su vida o la de terceros en riesgo.
- En caso de personas que puedan poner en riesgo su vida o la de terceros, tomará las medidas de retención necesarias, tanto verbales como mecánicas, hasta la valoración médica urgente.
- Asistirá a misiones de cobertura sanitaria fuera de su turno de trabajo cuando las necesidades del Servicio lo requieran, por orden de la Concejalía o de la Dirección del Servicio, compensándose en todo caso según proceda. La orden que regule esta obligación del personal estará debidamente justificada.
- Está obligado a presentarse voluntariamente o a requerimiento ante situaciones de riesgo y/o catástrofe fuera de su jornada laboral.
- Mantener la reserva y confidencialidad de la información y documentación relativa a la asistencia a la que tenga acceso en el ejercicio de sus funciones.
- Tener en todo momento un trato correcto y educado con los ciudadanos, respetando la dignidad e intimidad personal de estos, su libre elección y el resto de los derechos que les reconoce la legalidad vigente.
- Durante su jornada laboral, debe vestir, de forma obligatoria, el uniforme reglamentario del Servicio. No se podrán llevar insignias, pines, pegatinas o cualquier objeto que desvirtúe la uniformidad o que no esté previamente autorizado.
- En los vehículos, base y EPI's, no se podrán poner carteleras, pegatinas o cualquier objeto o rotulo que desvirtúa el servicio.
- Se responsabilizará personalmente del material portátil entregado al comienzo de la guardia para una mejor y más efectiva prestación del servicio, informando en caso de extravío o deterioro no justificado a la Dirección del Servicio.
- Hacer un uso adecuado de los medios e instalaciones de las bases o dependencias en las que esté destinado, comunicando las incidencias correspondientes a su inmediato superior o por los medios habilitados por el Servicio. La utilización de las instalaciones y dependencias del Servicio estará regulada en el procedimiento específico de Utilización de las Instalaciones del Servicio.
- Asistir a todas las sesiones de formación obligatorias programadas por el Servicio dentro de su horario laboral, así como opcionalmente a las ofrecidas de forma voluntaria.
- Asistir a cursos, congresos, comisiones técnicas, reciclajes, etc., para los que sea designado por el Servicio, con la compensación laboral que se estime oportuna.
- Colaborar leal y activamente en el trabajo en equipo, participando en la consecución de los objetivos cuantitativos y cualitativos del Servicio.

- En virtud de la legalidad vigente, Real Decreto 192/88, debe abstenerse de fumar en los distintos vehículos de transporte y de asistencia del Servicio, así como siempre que el personal esté de servicio en un lugar público. Tampoco podrá ingerir bebidas alcohólicas ni estar bajo sus efectos. Tampoco estar bajo los efectos de medicaciones que mermen las capacidades profesionales o limiten la conducción o bajo los efectos de drogas de consumo mientras esté de servicio o portando los distintivos y la uniformidad reglamentaria del Servicio.
- Acudir a todos los procedimientos administrativos y judiciales en los que sea requerido por causa del Servicio, tanto dentro como fuera de su horario laboral, teniendo derecho a la compensación que se estipule por el Ayuntamiento de Pozuelo de Alarcón.
- Responsabilizarse de la representación e imagen que cada profesional ofrece del Servicio, velando por el uso adecuado de sus símbolos.
- Cumplir con la política de calidad del Servicio, comunicando al responsable superior cualquier desviación del Manual de Procedimientos que afecte a su actividad.
- Está obligado a mantener actualizados sus datos personales en el archivo del Servicio.

Funciones y obligaciones del personal directivo

Además de las funciones y obligaciones mencionadas en el apartado correspondiente del personal del Servicio, las responsabilidades del personal directivo a nivel operativo incluyen:

- La figura del personal directivo a nivel operativo recae en el Coordinador del Área del Servicio de Emergencias del Ayuntamiento de Pozuelo de Alarcón, o en la persona en quien este delegue por causa mayor. Esta delegación siempre será en este orden: Mayor titulación sanitaria, a igual titulación, mayor antigüedad.
- Es el máximo responsable operativo del Servicio.
- Es responsable del mantenimiento operativo del Servicio.
- Se encarga de la activación del Plan de Protección Civil Municipal, junto con el concejal delegado designado para tal efecto.
- Participa en el control y gestión de los Planes Municipales de Autoprotección, Planes de Emergencia y Evacuación, Planes de Seguridad y Emergencia, Plan de Inclemencias Meteorológicas, y cuantos se vinculen a Protección Civil, como responsable de esta área.
- Entre sus funciones está informar a la Dirección Administrativa del Servicio sobre incidentes relevantes, para que las incidencias sean gestionadas por los departamentos correspondientes.
- Debe cumplimentar todos los informes solicitados por los responsables superiores.
- Es garante del cumplimiento de los procedimientos del Servicio, asegurando la política de calidad y comunicando al responsable superior cualquier desviación del Manual de Procedimientos que afecte a la actividad del Servicio y sea susceptible de apercibimiento.
- Es responsable de las relaciones externas del Servicio, incluyendo Prensa y otros medios de comunicación.
- Debe hacer acto de presencia en incidentes cuando la complejidad de la situación lo requiera, salvo causa mayor justificada.

- Debe personarse en asistencias a autoridades y personalidades de relevancia, salvo causa mayor justificada.
- Ejerce la representación de la Jefatura del Servicio en casos de lesiones graves a algún miembro del Servicio, así como en casos de lesiones graves provocadas a terceros durante intervenciones del Servicio.
- Autoriza cualquier acción o comunicación no programada relativa al Servicio y solicitada por entidades o instituciones públicas o privadas, sin perjuicio de informar a la Dirección Administrativa del Servicio.
- Ejerce el control de las intervenciones, siendo el responsable operativo último de las mismas.
- Debe estar al tanto de todas las actividades, partes, incidencias y comunicados del Servicio, estableciendo los canales necesarios. Es el referente inmediato, sin menoscabo de la intervención superior administrativa posterior, para la resolución de las incidencias que se generen.
- Es responsable del apoyo logístico al Operativo, mediante la designación de la persona encargada de tal efecto.
- Supervisa y gestiona los procedimientos operativos especiales del Servicio.
- Es responsable del correcto desarrollo de los servicios preventivos programados.
- Supervisa y colabora en los proyectos de investigación y docencia aprobados por los órganos competentes del Servicio, garantizando la calidad del mismo.
- Tiene la obligación de presentarse voluntariamente o a requerimiento en el Servicio ante situaciones de riesgo y/o catástrofe fuera de su jornada laboral.
- Es responsable de la operatividad de los equipos sanitarios y de la autorización para la activación y desactivación de los recursos operativos.
- Autoriza los cambios operativos necesarios para el correcto funcionamiento del Servicio durante la guardia.
- Supervisa las claves de no operatividad de los recursos asistenciales.
- Participa en la elaboración y actualización de los procedimientos del Servicio, así como en la evaluación de tecnologías sanitarias.
- Interviene en todas aquellas acciones que, alineadas con las funciones descritas, sean necesarias para el buen funcionamiento del Servicio.

Funciones y obligaciones del Técnico en Emergencias Sanitarias (T.E.S).

Además de las funciones y obligaciones señaladas en el apartado correspondiente del personal del Servicio, se incluyen las siguientes responsabilidades:

- Intervenir en cualquier emergencia que suponga un riesgo para las personas y que pueda generar víctimas dentro del municipio de Pozuelo de Alarcón. Para ello, se coordinará estrechamente con las unidades de la Policía Municipal, con el fin de proporcionar una asistencia de calidad, mayor protección y un servicio integral al ciudadano.
- Actuar en la prestación sanitaria y en el traslado de pacientes o víctimas, siguiendo los criterios de protección individual, prevención, seguridad y calidad establecidos por el Servicio.
- Realizar el triaje y la valoración inicial de los pacientes, de acuerdo con el procedimiento específico de atención sanitaria a múltiples víctimas y catástrofes.

- Asistir a los pacientes “in situ” e “in itinere” según los estándares de calidad recogidos en el Manual de Procedimientos.
- Prestar apoyo psicológico al paciente, familiares y afectados en situaciones de crisis y emergencias sanitarias.
- Efectuar el traslado asistido de calidad al centro sanitario adecuado.
- Realizar la transferencia del paciente en el centro sanitario adecuado, siguiendo los criterios establecidos en el procedimiento específico de transferencia de pacientes.
- Participar en la preparación y asistencia a los Dispositivos de Riesgo Previsible.
- Intervenir con las diferentes unidades de la Policía Municipal, como la Unidad de Menores o VIDO, para garantizar una mayor protección de colectivos vulnerables, prestando especial atención a la población anciana y a los menores.
- Realizar la custodia de menores de 16 años, o mayores que no puedan garantizar su autoprotección, hasta la llegada de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, la Policía Municipal, u otro escalón sanitario de mayor categoría asistencial.
- Durante la guardia, informar al coordinador del servicio de cualquier aviso relevante que pueda generar fallecimientos, múltiples víctimas, desalojos o alarma social. Los códigos que deben comunicarse de manera inmediata son los siguientes: 1.4, 1.7, 2.4, 2.5, 2.7, 2.9, 4.1, 4.2, 4.4, 5.5, 5.7, 5.8, 6.2, 6.3, 7.1, 7.2, 7.3, 7.4, 7.5, 7.6, 10.7, 10.2, 10.5.
- Informar a la Coordinación del servicio de SEAPA-Protección Civil sobre cualquier aspecto relevante para la protección de las personas y sus bienes.
- Aportar datos para la elaboración, ejecución y evaluación de planes de emergencia, mapas de riesgo y dispositivos de riesgo previsible, colaborando con los responsables del centro coordinador.
- Realizar las tareas en la estación de comunicaciones, incluyendo:
 - Control y atención de la consola de radiocomunicaciones.
 - Manejo de las líneas de cabeza-cola.
 - Activación de la fase del P.M.U. en coordinación con el mando.
- Leer y cumplir la Orden General del Servicio (OGS) al comienzo de la guardia, gracias a las nuevas tecnologías, se comunicarán por correo electrónico corporativo.
- En la cobertura de actos preventivos, si las condiciones ambientales no son adversas, deberá permanecer al lado del vehículo, garantizando en todo momento la accesibilidad de la ciudadanía a sus servicios. Está prohibido fumar en público durante dichos actos, debiendo además mantener la compostura y el correcto uso del uniforme reglamentario.
- Durante la jornada laboral, garantizar las comunicaciones del Servicio, manteniendo operativas las tecnologías propias del servicio (ordenadores, tabletas, impresoras) las emisoras portátiles analógicas y los equipos de telefonía móvil. Cualquier incidente que afecte la comunicación continua entre los equipos de guardia y el CECOPM deberá ser comunicado a la mayor brevedad a la Dirección del Servicio por los cauces adecuados.
- Hacer uso y actualizarse sobre las herramientas tecnológicas aplicadas al SEAPA-Protección Civil
- Complimentar todos los informes solicitados por los responsables superiores relacionados con la guardia, incluyendo los informes oficiales de asistencia, los informes de revisión de material y vehículo, y el informe de la guardia.
- Durante los relevos de turnos, permanecer uniformado y con su material de protección individual en el vehículo hasta que el equipo entrante esté completamente operativo. En ese momento, proceder al cambio del dispositivo

LUCAS, llaves de base, mando de puerta de garaje y el detector de gases, como material asignado según las necesidades del servicio, tal y como se indica en la OGS. Los relevos se realizarán según lo previsto por el Servicio, garantizando la operatividad completa desde las 07:00 horas del día entrante hasta las 07:00 horas del día saliente, sin perjuicio de lo expuesto o lo establecido en el convenio colectivo del personal laboral del Ayuntamiento de Pozuelo de Alarcón en su Anexo de SEAPA.

- No abandonar el Servicio salvo causa mayor debidamente justificada y con la autorización expresa del coordinador del Servicio.
- Los cambios de guardia se podrán realizar de acuerdo con el Anexo de SEAPA del convenio colectivo. No están autorizados, salvo situaciones justificadas, los cambios a tres o más, y siempre con la autorización de la Coordinación del Servicio. En caso de causa de cambio sobrevenida, se notificará por correo electrónico o por teléfono a la Dirección del Servicio. El cambio se considerará no autorizado si no cuenta con la aprobación de la Dirección.
- Se podrán realizar cambios por tiempo limitado en tramos de 8 y 12 horas mediante una nota de régimen interior dirigida a la Dirección del Servicio, siendo imprescindible la autorización de esta para que el cambio sea aceptado.
- Está obligado a la revisión, reposición de material y limpieza del vehículo asignado, de acuerdo con el procedimiento específico de revisión y limpieza del vehículo.

Funciones y obligaciones del personal habilitado como conductor

Realizaras las mismas funciones descritas en el apartado anterior, bajo la supervisión del personal con titulación sanitaria superior, siendo este último el responsable de la intervención de la unidad. (categoría a extinguir, antiguo OTS que no obtiene le título de TES)

Documentación del servicio

- **Informe de Guardia:**
Este informe se rellena al finalizar cada servicio, ya sea una guardia o un **Dispositivo de Riesgo Previsible (DRP)**. En él se detallan las incidencias ocurridas durante el servicio, incluyendo la hora, lugar y motivo de cada una. El informe proporciona un pequeño extracto de lo sucedido.
- **Informe Ampliatorio:**
Se elabora cuando hay necesidad de ampliar la información sobre una incidencia o cuando se requiere informar a otros organismos o servicios, como servicios sociales, la policía nacional o la jefatura. También es utilizado para generar incidencias en relación con otros servicios que se han prestado.
- **Hoja de Cambios:**
Este documento se utiliza para gestionar cambios entre compañeros de servicio, ya sea un cambio de turno, jornada o guardia.
- **Hoja de Régimen Interior:**
Está destinada para realizar solicitudes o comunicar asuntos particulares a la jefatura, como por ejemplo solicitar material de uniformidad, informar sobre cualquier necesidad interna o pedir un día libre.

- **Hoja de Revisión de Vehículo:**
Se emplea para la revisión de los vehículos al inicio de cada servicio, independientemente de si se trata de una guardia, un refuerzo o un **DRP**. En este documento se detallan las condiciones del vehículo y cualquier incidencia o desperfecto.
- **Hoja de Farmacia:**
Este documento es específico para la revisión y control del material farmacéutico y su uso durante el servicio, ya sea una guardia, un refuerzo o un **DRP**. Aquí se registra el gasto de material durante el turno.

Procedimiento de comunicaciones:

Para establecer un procedimiento efectivo de comunicación por emisora en el servicio de emergencias, es fundamental seguir algunas pautas clave que garanticen la claridad, la eficiencia y la seguridad de las comunicaciones. Estas pautas están diseñadas para optimizar la coordinación entre los equipos de emergencias y asegurar que se transmita información crítica de manera oportuna:

1. **Lenguaje claro y conciso:** Es importante que todas las comunicaciones se realicen de forma clara y sin ambigüedades. El lenguaje debe ser lo más directo posible, evitando el uso de tecnicismos innecesarios. Esto facilita que todos los miembros del equipo comprendan la información sin necesidad de aclaraciones adicionales.
2. **Identificación adecuada:** Antes de transmitir cualquier mensaje, es importante identificarse claramente con el indicativo asignado (por ejemplo, "SEAPA 1" para la ambulancia de guardia). Esto garantiza que la Central y los demás equipos sepan quién está hablando, facilitando la coordinación de la respuesta.
3. **Esperar a que la frecuencia esté libre:** Escuchar antes de hablar para asegurarse de que la frecuencia esté disponible. Interrumpir a otros equipos o central de coordinación puede generar confusión o pérdida de información importante.
4. **Brevidad en los mensajes:** Los mensajes deben ser cortos y directos. En emergencias, cada segundo cuenta, por lo que es esencial transmitir únicamente la información necesaria y evitar detalles irrelevantes.
5. **Confirmación de mensajes:** Siempre se debe confirmar la recepción de un mensaje, utilizando códigos estandarizados o respuestas cortas como "recibido" o "entendido".
6. Uso de **claves y códigos** preestablecidos: (ANEXO I)
7. **Indicativos de servicio:**
 - **Álamo 0:** Alcaldesa.
 - **Álamo 1:** Concejal de Seguridad.
 - **SEAPA 0:** Coordinador de Protección Civil y Emergencias de Pozuelo de Alarcón.
 - **SEAPA 1:** Ambulancia de servicio principal.
 - **SEAPA (seguido de un número):** Se refiere a las demás ambulancias, organizadas según su antigüedad (SEAPA 2, SEAPA 3, etc.).
 - **FARO:** Vehículo de apoyo del CECOPI (Centro de Coordinación Operativa Integrado), utilizado como vehículo de comunicaciones.
 - **VIR01:** Coche de mando de SEAPA.
 - **Sierra (seguido de un número):** Personal de SEAPA.

- **PSA (Puesto Sanitario Avanzado):** Indicativo para el puesto sanitario y, especialmente, su responsable, independientemente de si está ubicado en una tienda de emergencias o en otro establecimiento.
- **Halcón:** Motorizada de SEAPA.
- **Torre:** Centro coordinador.
- **Vector (seguido de un número):** Patrulla de distrito.
- **Base:** Base de SEAPA en el edificio de seguridad.
- **3-5:** Indicativo de Bomberos.
- **3-1:** Grúa municipal.

Uniformidad y EPIs

"El uniforme corporativo debe ser tratado con respeto, cuidado y portado con dignidad".

- La aplicación de este procedimiento será de obligado cumplimiento para todo el personal de los equipos operativos de SEAPA- Protección Civil del Ayuntamiento de Pozuelo de Alarcón durante los periodos de guardia o estén de servicio y según las características de cada servicio o aviso.
- El personal del servicio tendrá que estar correctamente uniformados durante la guardia, utilizando las mismas prendas de uniforme.
- Todas las prendas deberán estar marcadas con el número de indicativo de cada TES, según se ha indicado previamente. Las prendas que regresen de la lavandería y no estén marcadas serán retiradas, siendo cada técnico responsable de su vestuario.

Asimismo, no están permitidas prendas de trabajo, distintivos, insignias u otro tipo de elementos externos no corporativos y no definidos o autorizados por la Dirección del Servicio.

- El uniforme corporativo básico está compuesto por: calzado (bota de seguridad), pantalón, ceñidor o cinturón, polo de manga larga o corta, etiquetas identificativas y chaleco reflectante. En función de la climatología, se podrá añadir a voluntad de los trabajadores el resto de las prendas teniendo en cuenta que siempre ha de quedar una prenda de alta visibilidad homologada colocada en el tronco y los todos los componentes del servicio vestirán con las mismas prendas.

Cambio de uniformidad de invierno

El cambio a la **uniformidad de invierno** se realizará el **1 de noviembre**. Ese día se sustituirá el polo de manga corta por la prenda de manga larga, la cual se llevará hasta el **15 de abril**. Estas fechas podrán modificarse dependiendo de la climatología, y se debe asegurar que todos los miembros del servicio, incluido el coordinador, lleven las mismas prendas.

La uniformidad incluye el uso del **ceñidor del servicio**, y los pantalones están diseñados específicamente para portar este complemento.

Lavandería

Toda la ropa que se envíe a la lavandería debe estar con las prendas dadas la vuelta, y es responsabilidad del personal entregar la uniformidad en estas condiciones.

Se mantiene la norma de que **todos los componentes del servicio deberán ir uniformados de manera uniforme, sin excepción.**

Está prohibido llevar los polos por fuera del pantalón, ya que la uniformidad es la **imagen del servicio.**

Vestimenta

- Con carácter general, los trabajadores del Servicio disponen de las prendas que se relacionan a continuación, constituyendo la uniformidad reglamentaria del Servicio:



PRENDA	Unidades
Camiseta interior	• 3
Polo de verano m/c	• 3
Polo de invierno m/l	• 3
Chaquetilla	• 2
Chaqueta	• 2
Pantalón	• 3
cinturón	• 1
Calcetines	• 2
Abrigo invierno	• 2
Zapatos de parque	• 1
Traje agua (2 piezas)	• 1
Riñonera	• 1
Linterna frontal	• 1
Guantes de trabajo	• 1
Guantes Invierno	• 1
Gorro lana	• 1
Gorra faena	• 1
Mochila	• 1
Distintivo SEAPA	• 3
Chaleco reflectante	• 2

El equipo E.P.I. de que dispone cada trabajador consta de:

PRENDA	UNIDADES
Gafas antisalpicadura	1
Casco	1
Botas Bombero	1
Guantes bombero	1
Trajes de protección TIVET	2
Chalecos protección (dotación ambulancia)	2
Mascarilla de prot. respiratoria FFP3	Según necesidad

EPI (Equipos de Protección Individual)

Los EPI son elementos que, en determinadas condiciones, **pueden salvar vidas**. Por ello, deben tratarse con el máximo cuidado, utilizarse únicamente para las condiciones para las que fueron fabricados, y revisarse adecuadamente antes de cada uso. Aquellos que no ofrezcan garantías de protección deben ser desechados.

Chaleco de alta visibilidad

El chaleco de alta visibilidad deberá portarse obligatoriamente **de ocase a orto**, sin importar la intervención que se realice. También es obligatorio su uso en intervenciones en vías de circulación urbanas o interurbanas, en intervenciones conjuntas con bomberos o en situaciones de baja visibilidad, así como en todas aquellas situaciones que el personal interviniente considere necesario.

Casco de protección

El casco de protección está diseñado para prevenir daños en la cabeza. Los casos de uso obligatorio son los siguientes:

- Incidentes con riesgo de contusión, atrapamiento o contacto eléctrico (baja tensión).
- Accidentes de tráfico, derrumbes u otros similares.
- Cualquier otra situación en la que el personal interviniente considere necesario su uso.

Chaleco (antibalas, antipinchazos o antifragmentos)

- Estos chalecos, son personales y responsabilidad de cada Técnico de su conservación en las condiciones adecuada para su uso.
- El uso del chaleco es obligatorio en cualquier actuación donde esté implicada **cualquier tipo de arma** o se prevea la posibilidad de agresión hacia la dotación. También debe utilizarse en **DRP multitudinarios** (Dispositivos de Riesgo Previsible) que puedan requerir intervención policial.

Uso y mantenimiento de vehículos

- En el cuadrante se refleja la ambulancia asignada para el servicio. En caso de sustitución por avería, si no hubiese una ambulancia establecida en la OGS, se utilizará el vehículo más antiguo disponible.
- Las llaves de los vehículos de SEAPA se encuentran en la sala de control de SEAPA; dichas llaves deben ser controladas por los Técnicos de guardia, dejando registrado quién las retira o si falta alguna. Esta revisión se hará al inicio del servicio.
- Al comienzo del turno se abrirá el correspondiente programa informático y se hará uso de las nuevas tecnologías aplicadas al servicio.
- Los vehículos deberán estar totalmente operativos para ser movilizados en cualquier momento y siempre estarán repuestos de material fungible y del resto de material sanitario al término de las guardias.
- Es obligatorio que todos los vehículos mantengan siempre más de 3/4 de depósito de combustible.
- Los TES entrantes de guardia verificarán que todos los vehículos estén enchufados y realizando una correcta carga. Al finalizar la guardia, es competencia de los TES dejar los vehículos en perfecto estado y enchufados a la corriente eléctrica, verificando que estén bien conectados.
- La revisión del vehículo se realizará nada más comenzar el turno, utilizando los formularios establecidos para cada vehículo. El equipo saliente remitirá por correo electrónico el informe de guardia al coordinador y a las personas designadas. El equipo entrante, una vez realizada la revisión del vehículo, entregará en mano al coordinador del servicio o al responsable operativo la hoja de revisión del vehículo y los informes del turno saliente, con el fin de transmitir las novedades y procurar la solución de los problemas detectados. En caso de no poder realizar la entrega en mano, se depositarán en el buzón de Jefatura, previa autorización del coordinador del servicio.
- Por motivos de higiene, queda totalmente prohibido depositar material perteneciente a las unidades en la sala de guardia, ya que este material muchas veces está en contacto con fluidos de los pacientes, lo cual no es saludable ni higiénico. Para tal efecto, está habilitado el almacén de reposición de material.
- Salvo indicación contraria en la Orden General de Servicio (O.G.S.) de la semana, la limpieza de los vehículos se realizará los lunes, miércoles y viernes de octubre a junio (ambos incluidos), y los martes y jueves de julio a septiembre (ambos incluidos). El horario de limpieza será por la mañana, salvo que haya algún servicio, en cuyo caso se realizará nada más terminar dicho servicio.
- Todo material caducado o deteriorado que se retire de los vehículos será depositado en el almacén de reposición, dentro de una bolsa, junto con un informe de la unidad retirada, el motivo y firmado por los TES.

Uso y mantenimiento de las instalaciones

- El objetivo de este procedimiento, de obligado cumplimiento para el personal del Servicio, es garantizar el buen uso y disfrute de las instalaciones que el Servicio pone a disposición de los trabajadores.
- Se podrá utilizar la sala de descanso en el horario de 23:00 horas a 07:00 horas.
- La puerta de la base se mantendrá abierta siempre que el personal de servicio se encuentre en las instalaciones, desde las 07:00 horas hasta las 15:00 horas, y desde las 17:00 horas hasta las 20:00 horas.
- El Cuerpo de Guardia es una sala de uso común, por lo que debe mantenerse recogida y ordenada. Se prohíbe el uso de almohadas y sábanas que no sean para proteger el

mobiliario. En beneficio de una correcta imagen de trabajo, debe hacerse un uso decoroso de la sala, quedando prohibido permanecer tumbado en los sillones en los horarios en que la puerta de la base esté abierta, así como poner los pies encima del mobiliario.

- La cocina, de uso común, requiere especial limpieza por motivos de higiene. Debe permanecer siempre recogida, sin dejar utensilios sucios. Estos deberán ser lavados después de cada comida y guardados en sus lugares correspondientes. Es responsabilidad del personal que utilice la cocina mantenerla limpia y ordenada tras su uso. La no observancia de este punto del Manual será de especial consideración por la Coordinación del Servicio a efectos de seguimiento y, en su caso, apercibimiento.
- El frigorífico debe usarse manteniendo la máxima higiene. Se prohíbe dejar comida de una guardia a otra. Toda la comida deberá estar en una bolsa con la identificación del personal y la fecha visible. No se permite dejar leche, refrescos, yogures, zumos u otros alimentos con los envases abiertos. La no observancia de este punto del Manual será de especial consideración por la Dirección del Servicio a efectos de seguimiento y, en su caso, apercibimiento.
- El almacén de reposición de material permanecerá siempre cerrado, con la encimera libre de todos los productos que no se estén utilizando. En caso de falta de material, y salvo orden contraria, se informará de inmediato al coordinador vía correo electrónico.
- El vestuario es un espacio común, donde los miembros del servicio comparten sitio durante los relevos. Por razones de higiene, toda la uniformidad debe guardarse dentro de las taquillas cuando no se está de servicio. Al finalizar el turno, las prendas deben enviarse a la lavandería o ser llevadas a casa para su lavado. No debe quedar ninguna prenda fuera de las taquillas, salvo las de los equipos de guardia. En la parte superior de las taquillas se deberán colocar las botas y cascos de protección, facilitando así la labor del personal de limpieza y manteniendo el vestuario en óptimas condiciones para el servicio.

Informe de asistencia de soporte vital básico instrumentalizado

- Se entiende por informe de asistencia en el transporte sanitario el documento elaborado en papel impreso o en soporte informático por la dotación de un equipo sanitario extrahospitalario sobre la actuación realizada ante una demanda de carácter sanitario. En el caso del Servicio de SEAPA-Protección Civil del Ayuntamiento de Pozuelo de Alarcón, la existencia en las unidades de material como glucómetro, dispositivos de compresión cardíaca externa, monitor-desfibrilador o medios alternativos para el aislamiento de la vía aérea como el tubo laríngeo, permite considerar la actuación, y con ello el informe de asistencia, como intermedio entre el soporte vital básico “stricto sensu” y el soporte vital avanzado, reflejando esta particularidad del Servicio con el término ya acuñado en la literatura sanitaria de “instrumentalizado”.
- Mediante el informe de asistencia, el Servicio y sus profesionales pueden garantizar la continuidad del proceso asistencial, realizar evaluación y mejora de la calidad asistencial, justificar legalmente las actuaciones, realizar formación e investigación, y responder a las posibles reclamaciones que realicen los usuarios del servicio. Es documentación legal a la que tienen derecho los pacientes, otros profesionales sanitarios y los jueces, de acuerdo con la normativa vigente.
- En beneficio de la ciudadanía y del propio trabajador, el TES está obligado a realizar los informes oficiales de asistencia del Servicio en cualquier supuesto en que sea activada una unidad. Igualmente, por cada ciudadano valorado y/o asistido debe confeccionarse un

informe de asistencia. La correcta y completa confección del informe es garantía jurídica para el trabajador y el Servicio.

- En beneficio del propio trabajador, el informe debe ser legible en su totalidad, estructurado de forma ordenada y coherente; la información escrita debe ser comprensible para cada paciente.
- El apartado de los datos de filiación y codificación del informe es especialmente sensible, por lo que debe rellenarse al completo; si no es posible, debe consignarse en el informe el motivo.
- Los casilleros referentes al ABCD se corresponden con el estado del paciente a la llegada de la unidad a escena, y se complementan, en caso de traumatismo, con una figura humana en la que deben reflejarse las lesiones valoradas en el paciente mediante cruces, áreas sombreadas y/o flechas. En caso de quemaduras, se utilizará la tabla correspondiente siguiendo la regla de Wallace.
- Es obligatorio cumplimentar el apartado de valoración del paciente con al menos dos líneas completas de valoración si el paciente queda en el punto de asistencia o es transferido a una unidad de soporte vital avanzado (una a la recepción del paciente y otra a la transferencia), y al menos tres si es trasladado a un centro sanitario (una a la recepción, otra durante el traslado y otra a la transferencia). En todo cambio del estado del paciente, debe realizarse una valoración adicional a las señaladas.
- En el caso concreto de la glucemia capilar, técnica avalada por el Servicio, se considera una constante más en el paciente diabético. En el paciente en que se desconozca este dato, deberá realizarse siempre que exista sintomatología aguda a nivel de comportamiento, neurológico o cardiovascular. Si los valores están dentro de la normalidad, no será necesaria la repetición, salvo cambios bruscos en la sintomatología del paciente o actitud terapéutica sobre él relacionada con los niveles de glucosa en sangre. La temperatura se valorará a criterio del TES actuante.
- Dentro de las medidas ejercitadas sobre el paciente, figuran los casilleros de inmovilización y curas, que se rellenarán cuando corresponda.
- El informe de asistencia, en su apartado de Observaciones, debe tener un orden coherente de lectura, aconsejándose la siguiente estructura:
 - Mc. Motivo de consulta; incluya:
 - El motivo de activación; así “somos activados por”
 - La historia del incidente: qué, cómo, cuándo, dónde, hace cuánto; no olvide el mecanismo lesional; así, “choque frontal entre dos turismos en vía de alta velocidad”
 - Estado clínico del paciente a la recepción, incluyendo los síntomas principales de los que se queja el paciente; así, “a nuestra llegada en parada cardiorrespiratoria”.
 - Ap y Al. Antecedentes personales y alergias; incluya cualquier dato que considere relevante para el caso; recuerde que es mejor indicar “toma tratamiento antihipertensor” que poner con dudas el nombre del fármaco; refleje siempre que se ha preguntado por alergias.
 - Ef. Exploración física; indique los hallazgos físicos más relevantes, incluyendo apariencia general, posición, valoración de cabeza a pies; así, “en decúbito supino sobre la vía pública, mal aspecto general”
 - AyT. Asistencia y tratamiento; refleje las acciones terapéuticas llevadas a cabo, así como los cambios en el estado del paciente durante la asistencia y traslado; así, “se coloca en semiFowler, con oxígeno suplementario al 23 % y 3 lpm, sufriendo a los tres minutos un episodio de bradicardia a

40 lpm sintomática que cede espontáneamente en dos minutos (adjuntamos copia del ritmo objetivado)”;

- En Resolución de la incidencia debe quedar reflejado el destino del paciente: traslado a centro sanitario, transferencia a unidad avanzada, queda en el lugar, se traslada por sus medios.
- Es imprescindible en caso de quedar en el lugar, la escrupulosa cumplimentación del apartado correspondiente.
- Los informes sanitarios tienen que ser firmados por los dos TES y, en caso de transferencia a centro sanitario, debe constar el sello del centro receptor. La negación de un TES a firmar un informe de asistencia conlleva la realización de un informe sobre los motivos a la negativa de firmar dicho informe.
- En ciertos servicios como DRP es posible que solo firme un TES.
- No olvide la cara posterior del informe, que ha de cumplimentarse obligatoriamente en las diferentes circunstancias que se ofertan; sea particularmente meticuloso en el número de informe y en el apartado de traslado de menores.

“Sobre el informe asistencial, la enfermería del servicio también está obligada a su cumplimentación”

Confidencialidad y protección de datos en informes de asistencia.

El informe de asistencia sanitaria está **protegido por la Ley de Protección de Datos**, dado que los datos sanitarios tienen una especial sensibilidad. Por ello, es imprescindible cumplir con la legalidad vigente en todo momento:

- Los componentes de SEAPA actuantes están **obligados a la custodia** de los informes que elaboren. Estos informes no deben quedar a la vista de terceros. Para garantizar su protección, el personal de SEAPA disponen de **casilleros con llave** donde pueden depositar los informes hasta la finalización de la guardia, o bien guardarlos en la carpeta de la ambulancia, siempre que esté **debidamente cerrada**.
- El informe de asistencia **no puede ser fotografiado** y debe ser guardado con sumo recelo para proteger la privacidad del paciente.
- En caso de que el informe sea necesario para una investigación, los **agentes de la autoridad** o el **juzgado** deberán solicitarlo a través de un **escrito oficial dirigido a la jefatura del servicio**.
- Si la petición se realiza con carácter de **urgencia durante la misma guardia en la que ha ocurrido el incidente**, el personal de SEAPA **no podrá facilitar** el informe de asistencia ni los datos clínicos del paciente sin una solicitud formal mediante un **escrito oficial debidamente firmado**. En este documento deben figurar:
 1. El **solicitante**.
 2. El **incidente** o el **nombre del paciente** sobre el que se solicita el informe.
 3. El **motivo de la petición**.
- Este escrito u oficio deberá ser reflejado en el **informe de guardia**, indicando qué informe ha sido solicitado, quién lo ha solicitado y los motivos de la petición. Además, se adjuntará el escrito u oficio para garantizar la confidencialidad y preservar los derechos de los pacientes.

Se recuerda que el personal de SEAPA es **responsable de la custodia y confidencialidad** de los datos de los siniestros y de los pacientes, y tiene la **obligación** de proteger esta información conforme a la normativa vigente.

Solicitud de Soporte Vital Avanzado

- El objetivo de este procedimiento es la regulación de aquellas situaciones en las que una unidad de SVB debe solicitar la presencia de una unidad de SVA.
- La solicitud de una unidad avanzada será realizada exclusivamente a criterio técnico de los Técnicos de la USVB, y en base a lo establecido en cada uno de los procedimientos asistenciales de SVB.
- Como premisa general, se solicitará una unidad de SVA en todos aquellos casos en los que el paciente, tras la valoración primaria, pueda beneficiarse del tratamiento por una USVA. En los criterios de solicitud se tendrán en cuenta el mecanismo lesional, la sospecha patológica, el estado clínico y la proximidad a un centro hospitalario.

Situaciones patológicas susceptibles de solicitud de una unidad de SVA:

Inestabilidad respiratoria:

- Parada respiratoria.
- Taquipnea > 30 rpm mantenida (excepto en crisis de ansiedad).
- Bradipnea < 10 rpm y ventilación ineficaz.
- Asimetría de movimientos torácicos o presencia de tórax inestable.
- Esfuerzo respiratorio con tiraje subcostal y clavicular manifiesto.
- Hemoptisis con impresión de gravedad.
- Saturación de Oxígeno (SatO₂) < 90% mantenida sin oxígeno suplementario, o SatO₂ < 94% que no mejora con oxigenoterapia. (En pacientes EPOC: si no se alcanzan valores de 88-92% pese a la oxigenoterapia e impresión de gravedad).

Inestabilidad circulatoria:

- Taquicardia > 150 lpm mantenida con impresión de gravedad.
- Bradicardia < 60 lpm mantenida, no habitual en el paciente, con impresión de gravedad.
- Ausencia de pulsos distales.
- Hemorragia severa con imagen de shock clínico (palidez, frialdad, relleno capilar retrasado o ausente).
- Tensión arterial sistólica (TAS) ≥ 180 mmHg, TAS < 91 mmHg, TAD ≥ 120 mmHg, mantenidas tras 3 a 5 minutos de reposo, con repercusión clínica. En caso de focalidad neurológica, solicite siempre apoyo de SVA.

Inestabilidad neurológica:

- Disminución del nivel de conciencia (GCS < 13) sin mejora tras la valoración inicial.

- En caso de intoxicación por alcohol, valore el traslado por USVB si el paciente mantiene estabilidad ventilatoria y hemodinámica.
- Déficit neurológico (sensibilidad y/o movilidad). Sospecha de ictus agudo.
- Crisis comicial: si el paciente está en crisis a la llegada a escena, repite convulsiones en su presencia, o mantiene un bajo nivel de conciencia sin recuperación durante la valoración.

Sospecha de patología coronaria aguda:

- Dolor torácico típico precordial.
- Dolor torácico atípico con impresión de origen coronario en mayores de 75 años, diabéticos, con insuficiencia renal, disnea súbita, fatiga extrema y/o síncope.

Traumatismos:

- Mecanismo lesional asociado a sospecha de lesión grave en accidentes de alta energía, especialmente si hubo expulsión del automóvil, muerte de pasajeros en el mismo vehículo, menor de 2 años o mayor de 65, precipitado o embarazada.
- Necesidad de analgesia en pacientes con dolor difícil de tolerar.
- Polifracturados o con fractura abierta de hueso largo.
- TCE leve (GCS 14-15) con sintomatología neurológica asociada (vómitos, cefalea, visión borrosa, alteraciones pupilares, alteración de la sensibilidad y/o motricidad). Prestar atención a signos de lesión de la base del cráneo.
- TCE leve con negativa al traslado a centro sanitario, uso de antiagregantes o anticoagulantes, sin presencia de un responsable adecuado para garantizar su observación posterior.
- TCE moderado o grave.
- Objetos enclavados proximales a codo o rodilla.
- Fracturas o lesiones de miembros con afectación vasculonerviosa.
- Sospecha de lesión vertebral o medular.
- Traumatismos torácicos con insuficiencia respiratoria, inestabilidad hemodinámica o abiertos.
- Traumatismos abdominales con inestabilidad hemodinámica o abiertos.
- Quemaduras eléctricas o químicas graves, o térmicas con > 10% SCT quemada en adultos, y > 5% en niños.
- Traumatismos en sospecha de maltrato infantil.
- Amputaciones proximales a dedos de manos o pies.

Patología psiquiátrica aguda:

- Síntomas compatibles con patología psiquiátrica aguda, con agitación extrema o riesgo de auto y heteroagresividad, y sin colaboración.

Proceso de solicitud de SVA:

- Tras la comprobación por parte de la unidad de SVB de que un paciente presenta alguno de los criterios anteriores, se contactará con la estación de comunicaciones para solicitar una unidad de SVA, proporcionando al menos la siguiente información:
 - Edad y sexo del paciente.

- Motivo principal de la solicitud de apoyo.
- En caso de trauma, el mecanismo lesional y las lesiones principales.
- Cualquier otra información que los componentes de la unidad de SVB consideren relevante.
- Al solicitar el apoyo de una unidad de SVA a la Comunidad de Madrid, será el TES quien valorará la espera de dicha unidad o el traslado al centro hospitalario.

Transferencia de pacientes

- La transferencia de pacientes se define como el proceso mediante el cual se traspasa la información clínica relevante y la responsabilidad sobre la atención de un paciente de un profesional sanitario a otro (en nuestro medio técnico de emergencias/ médico/enfermero).
- El objetivo principal de la transferencia es garantizar la continuidad de cuidados asistenciales con la máxima seguridad y calidad para el paciente, por lo que se considera adecuado disponer de sistemas estandarizados de transferencia.
- Se trata de un proceso informativo y dinámico, que debe realizarse de forma verbal (cara a cara junto al paciente) y escrita mediante un informe asistencial.
- Desde el Servicio se recomienda el procedimiento ISOBAR australiano adaptado a nuestro medio:

Identificación	Me identifico e identifico al paciente
Situación	Historia del incidente, mecanismo lesional
Observación	Exploración a la recepción e impresión de gravedad
Básico	Soporte vital y evolución
Antecedentes	Patología previa y alergias
Re-leer	Confirmar la transferencia entregando el informe y

- No olvide entregar las pertenencias del paciente al centro receptor, dejando constancia del responsable de su recogida y descritas en el informe de asistencia, en el apartado de observaciones.

Accidente laboral

Todo accidente laboral deberá ser informado de manera inmediata al coordinador del servicio, explicando cómo ha ocurrido, dónde ha tenido lugar y su gravedad. Asimismo, deberá quedar reflejado en el informe de guardia correspondiente.

Accidente laboral con riesgo biológico: VHB, VHC, VIH

- Este procedimiento tiene por objeto regular la actuación del personal ante accidentes laborales con riesgo biológico, señalando las recomendaciones necesarias para el manejo de exposiciones accidentales a fluidos biológicos contaminados, según la evidencia científica internacional actual.
- Ante accidentes de estas características con contaminación por fluidos corporales (sangre, LCR, líquido sinovial, pericárdico, amniótico, semen o fluidos vaginales) en el desarrollo de la actividad laboral, se debe:
 - Comunicar, inmediatamente, el accidente a la estación de

Comunicaciones,

haciendo constar que se trata de una exposición accidental a material biológico que, a su vez, lo pondrá en conocimiento de la Dirección Operativa.

- El personal accidentado realizará las pautas de manejo inicial ante exposiciones potencialmente contaminadas, consistentes en:
 - Contaminación de heridas abiertas y exposición percutánea: Lávese lo antes posible con agua y jabón. Posteriormente irrigue con suero salino estéril y desinfecte con solución antiséptica.
 - Contaminación de mucosas: Irrigue con agua o suero salino abundante.
- El personal accidentado deberá acudir al centro sanitario de referencia para accidentes laborales (Mutua laboral) para la primera extracción sanguínea de seguimiento para VHB, VHC y VIH, y establecimiento de pautas de profilaxis si procede, especialmente importante en las dos primeras horas de exposición de alto riesgo al VIH.
- El personal accidentado deberá seguir el procedimiento administrativo correspondiente de notificación del accidente laboral a la Dirección del servicio.
- Deberá quedar constancia en el informe de guardia de la existencia del accidente laboral con riesgo biológico.

Accidente laboral con riesgo biológico: meningitis bacteriana, tuberculosis activa

- Este procedimiento tiene por objeto regular la actuación del personal ante accidentes laborales con riesgo biológico por contacto con pacientes con posible meningitis bacteriana o con tuberculosis activa.
- Prevención:
 - Uso de mascarilla para el paciente.
 - Uso de mascarilla de alta eficacia FFP3 para el personal sanitario.
 - Quimioprofilaxis de los contactos cercanos en caso de meningitis bacteriana. En la definición de contacto cercano, en el caso de personal sanitario quedan excluidos los contactos transitorios breves, no íntimos, salvo que se haya participado en maniobras de reanimación cardiopulmonar, intubación endotraqueal y/o aspiración de secreciones respiratorias. Momento de instauración de la quimioprofilaxis en meningitis bacteriana: se debe administrar tan pronto como sea posible (idealmente menos de 24 horas después de la identificación del paciente).
- El personal accidentado comunicará inmediatamente el accidente a la estación de

Comunicaciones, haciendo constar que se trata de una exposición accidental a material biológico que, a su vez, lo pondrá en conocimiento de la Dirección Operativa.

- El personal accidentado deberá acudir al centro sanitario de referencia

accidentes laborales (Mutua laboral) para el seguimiento de la exposición de riesgo, en el caso de meningitis bacteriana no más allá de las primeras 72 horas tras exposición, y en el caso de tuberculosis en el momento fijado de acuerdo con la Mutua laboral.

- El personal accidentado deberá seguir el procedimiento administrativo correspondiente de notificación del accidente laboral a la Dirección.
- Deberá quedar constancia en el informe de guardia de la existencia del accidente laboral con riesgo biológico.





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
OPERATIVOS DEL SERVICIO DE
EMERGENCIAS DEL AYUNTAMIENTO DE
POZUELO DE ALARCÓN (SEAPA)**

TITULO II

Valoración de la escena

Considere la situación y realice un primer reconocimiento visual según se aproxima al incidente, antes de tomar contacto directo con el mismo, valorando:

- Mecanismo de producción.
- Número de víctimas aproximado.
- Impresión de gravedad del paciente o pacientes.
- Posibles riesgos añadidos al suceso.

No intervenga en aquellas situaciones en las que la seguridad de su equipo no esté garantizada, como puedan ser:

- Vehículos inestables o con riesgo de incendio.
- Situaciones en las que estén implicadas materias peligrosas.
- Accidentes donde encontremos estructuras eléctricas de alta tensión, con especial atención a coches eléctricos.
- Acceso a vías ferroviarias sin tener la seguridad de que esté cortado el tráfico de trenes.

Adopte aquellas medidas de seguridad necesarias para la protección del equipo y el personal, ya sea **seguridad activa** (ser consciente del peligro y esperar a los equipos de rescate, si la situación así lo requiere) o **seguridad pasiva** (casco, gafas antisalpicadura, chaleco reflectante, guantes, traje de protección, etc.).

Si fuese necesario, solicite recursos de apoyo e indique la mejor forma de acceso al lugar del incidente o el cambio de dirección, si lo hubiese.

Recabe toda la información posible de testigos presenciales, familiares u otros cuerpos intervinientes en cuanto sea posible.

Análisis del accidente y mecanismo lesional

Analice el tipo de accidente y el mecanismo lesional que se produce, sospechando las diferentes lesiones para encaminar nuestra valoración.

Mecanismo lesional	Tipo de lesión a sospechar
Con víctimas mortales	Considere al resto de pacientes presumiblemente como graves, debido a la gran cantidad de energía producida.
Colisión o choque frontal. Trayectoria ascendente.	- TCE - Lesión cervical - Contusión miocárdica - Neumo/hemotórax - Ruptura de la aorta - Rotura del diafragma - Traumatismo abdominal
Colisión o choque frontal. Trayectoria descendente.	- Trauma facial - TCE - Lesión cervical

Mecanismo lesional	Tipo de lesión a sospechar
	<ul style="list-style-type: none"> - Contusión miocárdica - Hemo/neumotórax - Ruptura de la aorta - Rotura del diafragma - Traumatismos en MMII y cadera
Embestida (colisión o choque lateral)	<ul style="list-style-type: none"> - TCE - Lesión cervical contralateral - Neumo/hemotórax - Tórax inestable lateral - Ruptura de la aorta - Rotura diafragmática - Ruptura de hígado o bazo - Traumatismos en MMSS e II homolateral
Alcance	<ul style="list-style-type: none"> - Lesión cervical
Proyección fuera del vehículo	<ul style="list-style-type: none"> - Exposición a todo tipo de mecanismos traumáticos - La mortalidad se eleva significativamente
Accidente de motocicleta	<ul style="list-style-type: none"> - Retirar casco según procedimiento - Lesiones impredecibles, las más específicas son: - Quemaduras por fricción - Trauma toracoabdominal - Fracturas en fémur
Atropello primera fase	<ul style="list-style-type: none"> - Traumatismos en MMII
Atropello segunda fase	<ul style="list-style-type: none"> - TCE - Traumatismo torácico - Traumatismo abdominal
Atropello tercera fase	<ul style="list-style-type: none"> - Lesiones impredecibles - El "efecto látigo" indica mucha transferencia de energía, por lo que es presumiblemente grave
Precipitado	<ul style="list-style-type: none"> - Todo tipo de lesiones, especialmente: - TCE - Traumatismo pélvico - Lesiones en columna/medular

Consideraciones adicionales según el tipo de accidente

Tráfico en vía pública:

- Dónde se encuentra el accidente y si está correctamente señalizado.
- Accesibilidad al lugar del accidente.
- Tipo y número de vehículos implicados (de mercancías normales o peligrosas, transporte colectivo de viajeros, turismos, etc.).
- Tipo de accidente (vuelco, colisión frontal, etc.).
- Número de heridos y gravedad de los mismos.
- Necesidad de otros recursos de emergencia (Bomberos, etc.).
- Si hay atrapados, indicar el nivel de atrapamiento.

Niveles de atrapamiento:

- **Mecánico:** La víctima está atrapada dentro del vehículo y no puede salir debido al colapso de puertas.
- **Físico I o médico:** La víctima está dentro del vehículo y no puede salir debido a sus lesiones.
- **Físico II:** La víctima está atrapada dentro del vehículo, no puede salir debido a sus lesiones y al colapso de elementos del vehículo sobre ella.

Accidentes no de tráfico y enfermedades en vía pública:

- Dónde se encuentra el/los pacientes y si es accesible.
- Elementos de riesgo (posibles desprendimientos, alteraciones del orden público).
- Presión social.
- Número y tipo de pacientes.
- Necesidad de otros recursos de emergencia.

Intervenciones en domicilio:

- Barreras arquitectónicas para la posible evacuación (escaleras, anchura de pasillos y ascensores, anchura de puertas y colocación de muebles).
- Dónde y cómo se encuentra el/los pacientes (cama, aseo, terraza, cocina, etc.).
- Elementos de riesgo (intoxicaciones por gases y humo).
- Presión social.
- Necesidad de otros recursos de emergencia.

Valoración Primaria y Soporte Vital

De preferencia, la valoración primaria se realiza **in situ**. En la valoración inicial, observe la impresión de gravedad al aproximarse al paciente, priorizando la valoración y actuación rápida en hemorragias exanguinantes. (*Ver valoración y tratamiento de hemorragias exanguinantes*)

1. Respuesta del paciente

Determine si el paciente se encuentra consciente o inconsciente. Para ello, realice estímulos verbales y dolorosos y evalúe el nivel de consciencia mediante la escala **AVDN**:

- **(A)** Alerta.
- **(V)** Respuesta a estímulos verbales (letargia).
- **(D)** Respuesta a estímulos dolorosos (estupor).
- **(N)** Sin respuesta (coma).

Paciente consciente:

- Continúe con la valoración del paciente.

Paciente inconsciente:

- Si el paciente está inconsciente, **abra la vía aérea**.
- Evalúe los signos de respiración y circulación (no utilice más de 10 segundos para ello).

Si el paciente tiene signos de respiración y circulación:

- Solicite SVA.
- Garantice la permeabilidad de la vía aérea.
- Proporcione O₂ a alto flujo (mascarilla con reservorio a 10-12 l/min) en pacientes con SaO₂ < 94%. Si la SaO₂ es ≥94%, utilice mascarilla Venturi o gafas nasales, excepto en pacientes con **EPOC** (saturación entre 88-92%).
- Reevalúe al paciente constantemente por posibles cambios en su estado.

Si el paciente no tiene respiración eficaz (boquea o jadea), pero tiene signos de circulación:

- Solicite SVA.
- Garantice la permeabilidad de la vía aérea.
- Realice ventilaciones efectivas con bolsa de resucitación conectada a reservorio y O₂ a 10-12 l/min.
- Coloque los parches del monitor-desfibrilador.
- Reevalúe el pulso carotídeo cada 2 minutos (utilice no más de 10 segundos).

Si el paciente no tiene respiración ni signos de circulación (no encuentra pulso carotídeo o tiene dudas):

- Solicite SVA.
- Filie la hora.
- Inicie maniobras de R.C.P.
- Coloque los parches del monitor-desfibrilador en modo DESA tan pronto como sea posible y siga el algoritmo de R.C.P. del European Resuscitation Council (ERC).

2. Estado respiratorio

Evalúe los siguientes puntos:

Frecuencia respiratoria (FR):

- **Taquipnea:** > 20 rpm.
- **Eupnea:** 12-20 rpm.
- **Bradipnea:** < 10 rpm.

Características:

- Profundidad: superficial, normal, profunda.
- Regularidad: regular, irregular.

Movimientos respiratorios:

- Simetría de los movimientos torácicos.
- Esfuerzo respiratorio (tiraje subcostal, infra y supraclavicular).
- Ruidos en vías aéreas (estridor).

Pulsioximetría:

- Normal: 94-98%.
- Baja: < 94% (insuficiencia respiratoria).
- Crítica: < 80% (atención especial a pacientes con **EPOC**: 88-92%).

Capnometría (si hay tubo laríngeo):

- Normal: 30-40 mmHg.
- Baja: < 25 mmHg.
- Alta: > 50 mmHg.

Alteraciones respiratorias: Si el paciente presenta:

- **Taquipnea, bradipnea**, irregularidad o superficialidad.
- **Asimetría** de los movimientos torácicos (posible neumotórax o tórax inestable).
- **Esfuerzo respiratorio** con tiraje subcostal o clavicular.
- **Ruidos respiratorios anormales.**
- **Pulsioximetría < 90%** que no mejora pese a la oxigenoterapia.

Acciones a tomar:

- Solicite SVA o traslade al centro sanitario útil más cercano.
- Proporcione O₂ a alto flujo (10-12 l/min) si la SaO₂ es < 94%.
- Ventile con bolsa de resucitación si no respira o tiene bradipnea extrema (10 ventilaciones/min).

3. Estado circulatorio

Evalúe los siguientes puntos:

Frecuencia cardíaca (FC) en adultos:

- **Taquicardia:** > 100 lpm.
- **Normal:** 60-100 lpm.
- **Bradycardia:** < 60 lpm.

Ritmo:

- Regular.
- Irregular (tome el pulso durante un minuto).

Amplitud de pulso:

- Llano.
- Débil (filiforme).

Estado de perfusión tisular:

- Tiempo de relleno capilar (< 2 segundos).
- Coloración y temperatura de la piel: sonrosada, pálida, cianosis periférica, sudoración fría.

Tensión arterial (TAS):

- **Pulso radial:** TAS > 80 mmHg.
- **Pulso femoral:** TAS > 70 mmHg.
- **Pulso carotídeo:** TAS > 60 mmHg.

Glucemia capilar:

- Hipoglucemia: < 60 mg/dl.
- Hiperglucemia: > 126 mg/dl.

Acciones a tomar ante inestabilidad hemodinámica:

- Solicite USVA o traslade al centro sanitario útil más cercano.
- Proporcione O₂ a alto flujo.
- Eleve ligeramente los miembros inferiores (15°-30°).
- Realice hemostasia de hemorragias severas.
- Actúe según protocolo en caso de hipoglucemia sintomática.

4. Estado neurológico

Evalúe el nivel de consciencia y déficits neurológicos:

- Comprobación de la orientación témporo-espacial y personal.
- Realización de la escala de coma de Glasgow (GCS < 9 indica coma).
- Valore tamaño y reactividad pupilar:
 - **Midriasis** (dilatadas), **miosis** (pequeñas).
 - **Isocoria** (pupilas iguales), **anisocoria** (diferentes).
 - **Reactividad a la luz:** normal, lenta o arreactivas.
- Movilidad y sensibilidad en las extremidades:
 - **Hemiplejia:** pérdida completa de movilidad en un lado.
 - **Hemiparesia:** pérdida parcial de movilidad.

Acciones ante déficits neurológicos:

- Solicite SVA o traslade al centro útil.
- Administre O₂ a alto flujo si la SaO₂ es < 94%.

5. Exposición

- Descubra rápidamente el cuerpo o la parte afectada para evaluar signos de lesiones.
- Mantenga la privacidad del paciente.
- **Hipertermia severa:** > 39 °C, disminuir con medidas físicas.
- **Hipotermia:** < 35 °C, abrigue al paciente.

Valoración Secundaria

- Se realiza en el interior de la unidad asistencial o durante el traslado al centro de referencia.
- Inicie la valoración secundaria solo si las funciones vitales lo permiten.
- Si detecta compromiso vital, suspenda la valoración secundaria y reevalúe desde la Valoración Primaria.
- Realice una exploración completa del paciente desde la cabeza a los pies.

Soporte vital básico instrumental en adultos

Valoración del paciente

1. **Si el paciente responde hablando o moviéndose:**
 - Continúe la valoración del paciente.
2. **Si el paciente no responde:**
 - Solicite SVA.
 - Coloque al paciente en **decúbito supino** (boca arriba) evitando movimientos violentos, con los brazos alineados a lo largo del cuerpo sobre una superficie dura y lisa.
 - Compruebe si el paciente **respira adecuadamente, no respira** o lo hace **inadecuadamente** (jadea o boquea).

Si el paciente respira adecuadamente:

- **Si hay riesgo de broncoaspiración** y no hay sospecha de lesión traumática cervical, colóquelo en **posición lateral de seguridad (PLS)** para permitir el drenaje de fluidos.
- Limpie la orofaringe de secreciones, sangre o vómito usando una **sonda de Yankauer**.
- Valore la utilización de una **cánula orofaríngea tipo Guedel** del tamaño adecuado (desde los incisivos centrales hasta el ángulo mandibular).
 - No fuerce su introducción si es rechazada.
 - Introduzca la cánula con la concavidad hacia el paladar duro. Cuando el extremo distal alcance el paladar blando y supere la curvatura de la lengua, rote la cánula 180° hacia su posición definitiva.

- Coloque el **pulsioxímetro**. Si **SatO₂ < 94%**, administre oxígeno a alto flujo (10-12 l/min) con mascarilla de reservorio. Si **SatO₂ ≥ 94%**, valore la necesidad de oxígeno mediante gafas nasales.
- **Reevalúe al paciente** de forma continua hasta su transferencia al SVA o ante cualquier cambio en su estado.

Si el paciente no respira o lo hace inadecuadamente (jadea o boquea):

- Compruebe la existencia de **pulso carotídeo** durante no más de 10 segundos.

Si hay pulso:

- Colóquese a la **cabecera del paciente**.
- Realice la **apertura de la vía aérea**:
 - Si no hay sospecha de traumatismo, utilice la maniobra de **frente-mentón**.
 - Si hay sospecha de traumatismo, utilice la maniobra de **tracción mandibular** sin extensión de la cabeza.
- Limpie la orofaringe de cuerpos extraños:
 - Extraiga cuerpos extraños visibles y alcanzables que puedan comprometer el paso del aire. Si no puede alcanzarlo, use la **pinza de Magill**.
 - Si es necesario, realice **aspiración de secreciones** con sonda de Yankauer.
 - Retire las prótesis dentales sueltas; deje las fijas.
- Introduzca la **cánula orofaríngea de Guedel** si no lo ha hecho previamente.
 - No fuerce su entrada si el paciente no la admite. En ese caso, retírela.
- Realice **ventilaciones efectivas** con bolsa de resucitación conectada a reservorio y O₂ a 10-12 l/min. Para ello:
 - Coloque la mascarilla de la bolsa con el canto estrecho hacia la nariz y el ancho hacia la boca.
 - Sujete la mascarilla colocando el pulgar sobre el lado estrecho y el índice sobre el ancho, presionando contra la boca y la nariz.
 - Realice compresiones amplias de la bolsa durante 1 segundo para que el tórax se eleve visiblemente.
 - **Evite la hiperventilación** para prevenir hiperinsuflación gástrica y aspiración, además de evitar un descenso en el retorno venoso.
 - Compruebe que las ventilaciones son efectivas, observando la elevación del tórax.
 - Ventile a un ritmo de **10-12 rpm** (una ventilación cada 6 segundos).
- **Reevalúe el pulso** cada 2 minutos.

Si no hay pulso o tiene dudas:

- Coloque el monitor-desfibrilador en **modo DESA** y utilícelo cuando esté disponible.
- Filie la hora y coloque al paciente en **posición de RCP**.
- Comience con **compresiones torácicas (C-A-B)** y administre RCP de alta calidad:
 - Colóquese a un lado del paciente, con el talón de una mano en la mitad inferior del esternón, evitando el apéndice xifoides.
 - Coloque la otra mano sobre la primera y entrelace los dedos.

- Mantenga los brazos extendidos y perpendiculares al tórax, comprimiendo con una profundidad de al menos **5 cm** y una frecuencia de **100-120 compresiones por minuto**.
- Después de **30 compresiones**, administre **2 ventilaciones**.
- Evite interrupciones durante las compresiones.
- **Controle las hemorragias** mediante vendaje compresivo o torniquete, sin retrasar las compresiones.
- El segundo reanimador maneja el DESA, coloca el **tubo laríngeo** adecuado y realiza ventilaciones efectivas con bolsa de resucitación.
 - Use el **cardiocompresor LUCAS** en modo activo continuo (con tubo laríngeo) o en modo 30:2 (sin tubo laríngeo).
 - No utilice el sistema LUCAS si no es seguro colocarlo correctamente.

No inicie la RCP si:

- El paciente presenta lesiones incompatibles con la vida.
- Presenta livideces o rigidez.

Consideraciones finales:

En caso de **muerte sospechosa de criminalidad**, manipule lo menos posible la escena y el cadáver para evitar la destrucción de pruebas.

Si no es posible el acceso de una unidad de SVA en un tiempo prudencial (máximo 20 minutos), contacte con la Coordinación del Servicio para garantizar la continuidad de la atención y el traslado con preaviso al hospital de referencia. Si no puede hablar con la coordinación, contacte con el hospital de referencia para que el TES dé el preaviso y **NO demore el traslado**.

Soporte Vital Básico Instrumental Pediátrico

Este procedimiento es aplicable en **lactantes** (menores de 1 año) y en **niños** desde 1 año hasta el comienzo de la pubertad (aparición de caracteres sexuales secundarios). Ante la duda, la literatura médica considera **niño** al menor de 8 años y/o con un peso inferior a 25 kilogramos.

- **Nota:** Este procedimiento no incluye la reanimación del **neonato**.
1. **Valore la capacidad de respuesta del niño:**
 - Háblele con voz fuerte y estímulelo con movimientos suaves.
 - Si responde **hablando o moviéndose**, continúe con la valoración del paciente.
 - Si **no responde**, solicite SVA o realice el traslado al centro sanitario más cercano.
 2. **Coloque al paciente en decúbito supino** (boca arriba), evitando movimientos violentos, con los brazos alineados a lo largo del cuerpo sobre una superficie dura y lisa. Compruebe si el paciente **respira adecuadamente, no respira** o lo hace **inadecuadamente** (jadea o boquea).

Si el paciente respira adecuadamente:

- **Si hay riesgo de broncoaspiración** y no hay sospecha de lesión vertebral, colóquelo en **posición lateral de seguridad (PLS)** para permitir el drenaje de fluidos.
- Limpie la vía aérea superior de cuerpos extraños sin realizar barridos digitales, a menos que se visualice claramente el cuerpo extraño y pueda alcanzarlo. Si lo ve, pero no puede alcanzarlo, use la **pinza de Magill**.
- Valore la utilización de una **cánula orofaríngea de Guedel** del tamaño adecuado (distancia desde los incisivos centrales hasta el ángulo mandibular):
 - No fuerce su introducción si es rechazada.
 - En **lactantes**, inserte la cánula con depresión de la lengua y directamente, sin rotación.
- Coloque el **pulsioxímetro**:
 - Si **SatO₂ < 94%**, administre oxígeno a alto flujo (10-12 l/min) con mascarilla de reservorio.
 - Si **SatO₂ ≥ 94%**, valore la necesidad de oxígeno, preferiblemente con gafas nasales.
- **Reevalúe al paciente** de forma continua hasta su transferencia al SVA o ante cualquier cambio en su estado.

Si no respira o lo hace inadecuadamente (jadea o boquea):

1. Realice la **comprobación del pulso**:
 - En **lactantes**, verifique el pulso **braquial**.
 - En **niños**, verifique el pulso **carotídeo**.
 - No dedique más de 10 segundos a esta comprobación. **Ante la duda, no tiene pulso.**

Si el pulso es mayor de 60 lpm:

- Colóquese a la **cabecera del paciente**.
- Realice la **apertura de la vía aérea**:
 - Si no hay sospecha de trauma, utilice la **maniobra de frente-mentón**:
 - Coloque la mano en la frente del paciente, ejerciendo presión para extender la cabeza hacia atrás. Simultáneamente, eleve el mentón con los dedos índice y medio de la otra mano.
 - En **niños pequeños**, no extienda demasiado el cuello para evitar obstrucciones en la vía aérea.
 - Si hay sospecha de lesión cervical, utilice la **maniobra de tracción mandibular** sin extensión de la cabeza.
- Limpie cuidadosamente la vía aérea de cuerpos extraños. Si no puede alcanzarlos, use la **pinza de Magill**.
- Mantenga la vía aérea abierta hasta que el paciente recupere la consciencia o finalice el procedimiento.

Ventilaciones efectivas:

- Inserte la **cánula orofaríngea de Guedel** si no lo ha hecho antes.
- Elija el tamaño correcto de **maskarilla** según la cara del paciente:
 - En mayores de 6 meses, prefiera una maskarilla triangular.
 - En menores de 6 meses, use una maskarilla circular.
- Realice ventilaciones con bolsa de resucitación conectada a reservorio y oxígeno a 10-12 l/min, a un ritmo de **10-20 rpm** (una ventilación cada 3-5 segundos) durante 2 minutos.
- Evite la **ventilación excesiva** en frecuencia, volumen o presión.
- Compruebe que las ventilaciones son efectivas viendo si el tórax se eleva como en una respiración normal.
- **Reevalúe el pulso** cada 2 minutos.

Si no hay pulso o es inferior a 60 lpm:

- **Combine ventilaciones y compresiones cardiacas externas** siguiendo la secuencia **CAB** (Compresiones, Apertura de la vía aérea, Ventilaciones).
 - Solicite SVA si no lo ha hecho ya.
 - Coloque al paciente en **posición de RCP** y filie la hora.

RCP en lactantes (menores de 1 año):

1. **Dos reanimadores:**
 - Rodee el tórax del lactante con las dos manos.
 - Coloque los pulgares sobre la mitad inferior del esternón.
 - Realice compresiones de **4 cm** de profundidad, a una velocidad de **15 compresiones y 2 ventilaciones**.
2. **Un solo reanimador:**
 - Coloque dos dedos en la mitad inferior del esternón.
 - Realice compresiones de **4 cm** de profundidad (o mínimo 1/3 del diámetro anteroposterior), a una velocidad de **30 compresiones y 2 ventilaciones**.

RCP en niños (1 año hasta la pubertad):

- Coloque el talón de una o ambas manos en la mitad inferior del esternón.
- Realice compresiones de **al menos 5 cm** de profundidad a una velocidad de **100-120 cpm**.
- Combine en una relación de **15 compresiones y 2 ventilaciones** (30:2 si es un solo reanimador).

Consideraciones comunes para lactantes y niños:

- En cada compresión, permita que el tórax se recupere completamente para un buen llenado cardíaco.
- **Limite las interrupciones** en las compresiones torácicas.
- Cambie de reanimador cada 2 minutos.

Mantenga la RCP hasta:

- Que el paciente recupere pulso.
- Que una SVA se haga cargo.

Desfibrilación pediátrica:

- En niños víctimas de un colapso presenciado, es probable que necesiten **desfibrilación rápida**.
 - Use **parches pediátricos** o un DESA en **modo pediátrico** (con atenuador de energía) para niños entre 1 y 8 años.
 - Si no es posible, utilice el **DESA estándar**. En menores de 1 año, el uso de DESA es aceptable si no hay un desfibrilador manual disponible.

Procedimiento OVACE en Adultos y Niños.

Procedimiento OVACE en Mayores de 1 Año

1. Valore la severidad de la obstrucción de la vía aérea:

- **Obstrucción leve:**
 - Intercambio adecuado de aire.
 - Tos efectiva, posibles ruidos respiratorios entre accesos de tos.
 - Anime al paciente a toser.
 - Continúe la valoración por si revierte la obstrucción o si se deteriora.
- **Obstrucción severa:**
 - Intercambio de aire insuficiente o inexistente.
 - Tos débil o ausencia de tos, posible cianosis.
 - Imposibilidad para hablar.
 - Active una unidad de SVA.
 - Valore el estado de consciencia del paciente.

Obstrucción Severa de la Vía Aérea: Procedimiento de Actuación

- **Paciente consciente:**
 - Realice **golpes interescapulares**:
 1. Incline al paciente ligeramente hacia delante.
 2. Aplique 5 golpes secos entre las escápulas mientras indica al paciente que tosa.
 - Si no es efectivo, realice **compresiones abdominales (maniobra de Heimlich)**:
 1. Póngase detrás del paciente y rodee su abdomen con ambos brazos.
 2. Incline al paciente hacia delante.
 3. Cierre el puño y colóquelo en la línea media, entre el ombligo y el esternón.
 4. Agarre el puño con la otra mano y comprima hacia el abdomen y hacia arriba.

- **Repita las maniobras** de golpes interescapulares y compresiones abdominales hasta que el objeto sea expulsado o el paciente quede inconsciente.
- En **embarazadas y pacientes obesos**, sustituya las compresiones abdominales por **compresiones torácicas**.
- **Paciente inconsciente:**
 - Sitúe al paciente cuidadosamente en el suelo.
 - Active una SVA o traslado si no lo ha hecho antes.
 - Inicie RCP:
 - Realice 30 compresiones torácicas sin comprobar el pulso.
 - Antes de las 2 ventilaciones, busque el objeto en la boca y retírelo si es visible.
 - Si el objeto es expulsado, compruebe el pulso, la respiración y la capacidad de respuesta del paciente.
 - **Mantenga la activación del SVA.**

Procedimiento OVACE en Menores de 1 Año

1. **Valore la severidad de la obstrucción de la vía aérea:**

- **Obstrucción leve:**
 - Intercambio adecuado de aire.
 - Tos efectiva, posibles ruidos respiratorios entre accesos de tos.
 - Continúe la valoración por si revierte la obstrucción o si se deteriora.
 - Valore la necesidad de SVA.
- **Obstrucción severa:**
 - Intercambio de aire insuficiente o inexistente.
 - Tos débil o ausencia de tos, posible cianosis.
 - Active inmediatamente una SVA.
 - Valore el estado de consciencia del niño.

Obstrucción Severa de la Vía Aérea en Lactantes: Procedimiento de Actuación

● **Si el lactante está consciente:**

1. **Golpes interescapulares:**

- Sujete al lactante con la cabeza hacia abajo, en posición prona (boca abajo).
- Siéntese o arrodílese para sujetar al lactante de forma segura.
- Sujete la cabeza del lactante con el pulgar y los dedos en los ángulos de la mandíbula.
- Evite comprimir los tejidos blandos bajo la mandíbula para no empeorar la obstrucción.
- Aplique hasta 5 golpes secos con el talón de la mano en el centro de la espalda, entre las escápulas.

2. **Compresiones torácicas:**

- Coloque al lactante en posición supina (boca arriba) con la cabeza más baja.
- Sujete el occipucio del lactante con la mano, apoyándolo sobre su antebrazo y muslo.

- Identifique el punto de compresión torácica (un dedo por debajo de la línea intermamilar).
 - Realice 5 compresiones torácicas, similares a las de RCP, en dirección hacia la cabeza.
 - **Repita la secuencia** de 5 golpes interescapulares y 5 compresiones torácicas hasta que el objeto salga o el lactante quede inconsciente.
- **Si el lactante está inconsciente:**
 - Sitúe al lactante cuidadosamente sobre una superficie dura y lisa.
 - Active una SVA si no lo hizo antes.
 - Inicie RCP:
 - Realice 30 compresiones torácicas sin comprobar previamente el pulso.
 - Antes de las 2 ventilaciones, busque el objeto en la boca y retírelo si es visible.
 - Si el objeto es expulsado, compruebe el pulso, la respiración y la capacidad de respuesta del lactante.
 - **Mantenga la activación del SVA.**

Valoración y tratamiento de hemorragias exanguinantes

Valoración Inicial

- **Evaluación rápida:** En la valoración inicial del paciente, se debe verificar si existe una hemorragia exanguinante visible. Esto debe ser priorizado antes de la evaluación del ABCD.
- **Identificación del origen:** Localice la fuente de la hemorragia en el cuerpo (extremidades, tronco, cabeza, etc.). Evalúe el volumen de sangre perdida y la rapidez del sangrado.

Tratamiento de la Hemorragia Exanguinante

El control de la hemorragia debe realizarse de manera rápida para minimizar la pérdida de sangre, utilizando los siguientes métodos:

Presión Directa

- **Aplicación inmediata:** En primer lugar, aplique **presión directa** sobre la herida utilizando gasas estériles o apósitos. Si la hemorragia es en una extremidad y no se controla con presión, avance al uso de un torniquete.

Uso del Torniquete (ver Procedimiento de Colocación de Torniquete)

El torniquete es una medida eficaz para el control de hemorragias exanguinantes en las extremidades, cuando no es suficiente la presión directa. Debe aplicarse según el siguiente procedimiento:

1. Indicación:

- Utilice el torniquete en extremidades cuando la hemorragia no se controle con presión directa, o cuando el sangrado sea severo e incontrolable.

2. **Colocación:**
 - Coloque el **torniquete** aproximadamente **5-7 cm por encima de la herida**, parte más proximal, asegurándose de que no esté sobre una articulación.
 - Ajuste firmemente el torniquete hasta que el sangrado se detenga. Asegúrese de que no fluya sangre distalmente al torniquete.
3. **Consideraciones importantes:**
 - Anote la **hora exacta** en que se colocó el torniquete en un lugar visible, como en la frente del paciente o en el dispositivo.
 - No afloje ni retire el torniquete hasta que el paciente reciba atención médica avanzada.
 - El torniquete debe ser revisado regularmente para asegurar que continúe deteniendo el sangrado.
4. **Complicaciones:**
 - El uso prolongado del torniquete (más de 2 horas) puede causar daño tisular. Trasladar al paciente lo más rápido posible a un centro médico para la valoración definitiva.

Uso de Agentes Hemostáticos (Ver procedimiento agentes hemostáticos)

Los **agentes hemostáticos** son útiles para controlar hemorragias donde el torniquete no puede ser aplicado, como en áreas del torso, cuello, ingle o cabeza.

1. **Indicación:**
 - Utilice agentes hemostáticos en **heridas no accesibles al torniquete** o donde la hemorragia no pueda ser controlada con presión directa.
2. **Aplicación:**
 - **Gasas hemostáticas** o **polvos hemostáticos** deben ser aplicados directamente en el sitio de sangrado. Inserte la gasa hemostática dentro de la herida si es profunda y presione firmemente sobre la herida con la palma de la mano durante al menos **5 minutos**.
 - Asegúrese de que todo el área de la herida esté cubierta por el agente hemostático para maximizar su eficacia.
3. **Monitorización:**
 - Después de aplicar el agente hemostático, continúe monitoreando la hemorragia. Si el sangrado no se controla, reevalúe el uso de presión directa o el torniquete, y asegúrese de que la técnica de aplicación sea adecuada.

Siga con el procedimiento asistencial que originó la hemorragia masiva.

Posible Patología de Origen Coronario

Valoración de la Escena

Obtenga datos de familiares o testigos en cuanto sea posible sobre:

- **Antecedentes médicos** (en especial episodios similares previos).

- **Tratamientos farmacológicos actuales**, prestando especial atención al uso de anticoagulantes (por ejemplo, **Sintrom®**) o la pauta de medicación para este tipo de episodios, como **Cafinitrina®**.
- **Alergias medicamentosas** conocidas.
- **Circunstancias desencadenantes**: aparición en reposo, con ejercicio, tras un traumatismo, etc.
- **Factores que alivian o empeoran** los síntomas, como reposo, cambio de posición, tos, inspiración o espiración.
- **Presencia de algunos de los siguientes síntomas** y tiempo de inicio de los mismos:
 - Dolor precordial descrito como opresivo o constrictivo. Tenga presente que las patologías coronarias pueden cursar sin este dolor (en ancianos, diabéticos) o con irradiación hacia ambos miembros superiores, cuello, mandíbula, epigastrio o espalda.
 - Dificultad respiratoria súbita y/o sensación de ahogo.
 - Mareo súbito.
 - Sudoración, náuseas y/o vómitos.
 - Síncope súbito con o sin relación con el esfuerzo.

Recuerde: en lo posible, preserve la privacidad del paciente y sepárelo de ambientes de estrés.

Valoración Primaria y Soporte Vital

1. **Reposo absoluto:** No permita que el paciente se mueva. Tranquilice al paciente.
2. **Posición del paciente:** Coloque al paciente en posición semisentada, considerando sus deseos para disminuir el estrés.
3. **Permeabilidad de la vía aérea:**
 - Si el paciente está inconsciente, vigile la aparición de vómitos para evitar broncoaspiración.
 - Aspire la boca y orofaringe si es necesario.
 - Retire cualquier objeto suelto de la boca del paciente.
 - Indague si el paciente ha tomado algún fármaco para el dolor precordial.
4. **Oxigenoterapia:** Proporcione oxígeno a alto flujo con mascarilla con reservorio (10-12 l/min) en pacientes con SaO₂ < 94%. Utilice gafas nasales si SaO₂ ≥ 94%, excepto en pacientes con **EPOC** (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), donde la SatO₂ debe mantenerse entre 88-92% con mascarilla Venturi y flujos bajos.
5. **Estado respiratorio:** Valore la presencia de disnea y otras dificultades respiratorias (ver procedimiento de Valoración del paciente).
6. **Estado circulatorio:**
 - **Frecuencia cardíaca y pulso:** Identifique taquicardia o bradicardia de riesgo; pulso periférico ausente o filiforme.
 - **Perfusión tisular:** Palidez, sudoración fría y relleno capilar retardado.
 - **Tensión arterial:** TAS ≥ 180 mmHg / TAS < 91 mmHg / TAD ≥ 120 mmHg (Recuerde: la TAS debería ser ≤ 160 mmHg en pacientes coronarios).
7. **Registro electrocardiográfico:** Obtenga un ECG de 12 derivaciones dentro de los primeros 10 minutos de acceso al paciente. Entréguelo para su análisis al médico receptor. *(ver procedimiento electrocardiograma)*

8. **Estado neurológico:** Evalúe signos neurológicos de riesgo (ver procedimiento de Valoración del paciente).

Si detecta alteraciones durante la valoración primaria:

- **Solicite SVA** (Soporte Vital Avanzado) o valore el traslado al centro sanitario útil.
- Proporcione O₂ a alto flujo si no lo ha hecho previamente.
- Si la respiración está ausente o es insuficiente, ventile con bolsa de resucitación conectada a reservorio y O₂ a 10-12 l/min.
- **Exposición del paciente:** Retire o afloje la ropa del tórax, abdomen y cuello para facilitar la respiración.
- En casos graves o de sospecha de patología coronaria aguda, coloque los **parches de desfibrilación** en el pecho desnudo del paciente.

Valoración Secundaria

Hasta la llegada del SVA o durante el traslado:

- Reevaluar continuamente el **ABCD del paciente**. Si detecta un compromiso de las funciones vitales, suspenda la valoración secundaria e intente estabilizar al paciente. Manténgase alerta ante la posibilidad de **PCR** (Paro Cardiorrespiratorio) y tenga listo el **DESA** (Desfibrilador Externo Semiautomático).
- **Monitorice constantes:** TA, FC, FR, SatO₂ y alteraciones en el ECG.
- **Historia clínica:** Realice una breve historia del paciente si es posible, o pida a algún familiar o testigo información relevante. Solicite informes médicos y medicación para entregarlos al SVA.
- Valore el traslado al centro sanitario útil.
- **Informe de asistencia:** Cumplimente el informe, detallando:
 - Tiempo desde el inicio del episodio.
 - Factores desencadenantes.
 - Síntomas predominantes.
 - Cambios significativos (filiación horaria).
 - Maniobras realizadas: DESA, RCP.

Resolución de la Actuación

- **Solicite SVA** en todos los casos de presunta patología coronaria o traslade al paciente al centro sanitario útil con preaviso a la unidad de **hemodinámica del Hospital Puerta de Hierro** (teléfono: 638210766).
- En caso de sospecha firme de **patología coronaria aguda** y sin contraindicaciones, aconseje la toma oral de 160 a 325 mg de **ácido acetilsalicílico**. Si ya tomó la dosis diaria, recomiende 100 mg adicionales.
- **Nitroglicerina sublingual:** Desaconseje su uso si la TAS es < 90 mmHg, FC < 50 lpm, o si ha tomado fármacos para disfunción eréctil en las últimas 24 horas. Si está pautaada por su médico, aconseje su uso salvo contraindicación. Registre la administración en el informe.
- **Traslado en soporte vital básico:** Si es necesario, traslade al paciente en posición semisentada, a baja velocidad y de forma cuidadosa, minimizando el uso de señales acústicas.

Posible Patología de Origen Respiratorio

Valoración de la Escena

Obtenga datos de familiares o testigos en cuanto sea posible sobre:

- **Existencia de antecedentes de patologías respiratorias:** asma, EPOC, neumonías, entre otras, y los tratamientos correspondientes. Recoja también otros antecedentes y alergias.
- **Condiciones previas al incidente** y la presencia de algunos de los siguientes signos y síntomas, así como el tiempo de inicio de los mismos:
 - Dificultad respiratoria.
 - Tos o expectoración.
 - Sangrado con la tos.
 - Aparición brusca o progresiva.
- **Posibles desencadenantes y otros cuadros con síntomas respiratorios:**
 - Obstrucción por cuerpo extraño.
 - Ahogamiento por inmersión.
 - Traumatismos o heridas penetrantes.
 - Quemaduras.
 - Infarto de miocardio.
 - Alergias / anafilaxia.
 - Intoxicaciones.

Recuerde: en lo posible, preserve la privacidad del paciente y sepárelo de ambientes de estrés.

Valoración Primaria y Soporte Vital

1. **Reposo absoluto:** No permita que el paciente se mueva. Tranquilice al paciente.
2. **Posición del paciente:** Coloque al paciente en posición semisentada, considerando sus deseos para disminuir el estrés.
3. **Descartar hiperventilación por ansiedad:** Asegure la permeabilidad de la vía aérea del paciente:
 - Si el paciente está inconsciente, vigile la aparición de vómito o sangre para evitar broncoaspiración.
 - Aspire la boca y orofaringe si es necesario.
 - Retire cualquier objeto suelto que el paciente pudiera tener en la boca.
4. **Oxigenoterapia:** Proporcione oxígeno a alto flujo con mascarilla con reservorio (10-12 l/min) en pacientes con $SaO_2 < 94\%$. Utilice gafas nasales si $SaO_2 \geq 94\%$, excepto en pacientes con **EPOC** (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), donde la $SatO_2$ debe mantenerse entre 88-92% con mascarilla Venturi y flujos bajos.
5. **Estado respiratorio:** Valore la presencia de disnea, ruidos respiratorios anormales (estridor), uso de musculatura accesoria (tiraje), movimientos respiratorios anormales, asimetría e irregularidad en la respiración (ver procedimiento de Valoración del paciente).
6. **Estado hemodinámico:** Evalúe los signos de riesgo, prestando atención a las constantes del paciente (ver procedimiento de Valoración del paciente).

7. **Estado neurológico:** Analice la presencia de datos de riesgo como hormigueos o parestesias, lo que puede sugerir crisis de ansiedad (ver procedimiento de Valoración del paciente).

Si se detecta alguna alteración durante la valoración primaria:

- **Solicite SVA** (Soporte Vital Avanzado) si no lo ha hecho con anterioridad.
- Proporcione O₂ a alto flujo si no se ha hecho previamente.
- Si la respiración está ausente o existe una bradipnea extrema, ventile con bolsa de resucitación conectada a reservorio y O₂ a 10-12 l/min.
- **Exposición del paciente:** Retire y/o afloje la ropa del tórax, abdomen y cuello del paciente para facilitar los movimientos respiratorios.

Valoración Secundaria

- Reevaluar continuamente el **ABCD del paciente**. Si detecta un compromiso de las funciones vitales, suspenda la valoración secundaria y establezca al paciente.
- **Monitoree constantes:** Preste especial atención a la evolución de TA, FC, FR, SatO₂ y ECG.
- **Historia clínica:** Realice una breve historia del paciente si es posible, o pida a algún familiar o testigo información relevante. Solicite informes médicos y medicación para entregarlos al SVA.
- **Informe de asistencia:** Cumplimente el informe, detallando de la manera más precisa posible:
 - Tiempo desde el inicio del episodio.
 - Signos y síntomas predominantes.
 - Otros datos relevantes de la asistencia.

Resolución de la Actuación

- **Solicite SVA** en todos los casos de sospecha de patologías respiratorias que puedan comprometer la vida del paciente.
- Transfiera toda la información recogida al médico del SVA y colabore con el personal de la unidad en la asistencia al paciente, si así se requiere.
- Si el traslado se realiza en una **unidad de soporte vital básico**, debe hacerse en posición semisentada. Transfiera toda la información al personal del hospital receptor.

Posible patología de origen neurológico ICTUS

Valoración de la Escena

Obtenga datos de familiares o testigos en cuanto sea posible sobre:

- Existencia de antecedentes patológicos y tratamientos, particularmente ictus previo, HTA, DM, FA, epilepsia, migraña, tabaquismo, alcoholismo, fármacos (antiagregantes, anticoagulantes, corticoides, anticonceptivos orales).
- Alergias conocidas.

- Situación basal del paciente, nivel de dependencia si la hubiera (escala de Rankin).
- Interrogue sobre el episodio: velocidad de instauración, hora de inicio de los síntomas.
- Factores precipitantes: maniobra de Valsalva en ictus embólicos, trauma cervical en disección arterial.
- Confirme la edad del paciente.

Procure, en lo posible, preservar la privacidad del paciente y separarle de ambientes de estrés.

Valoración Primaria y Soporte Vital

Garantice reposo absoluto.

Tranquilice al paciente.

Coloque al paciente en posición semisentada. Tenga presente los deseos del paciente para

disminuir el grado de estrés.

Asegure la permeabilidad de la vía aérea del paciente:

- Si éste está inconsciente, vigile la aparición de vómito o sangre para evitar aspiración a vía aérea.
- Si es preciso, aspire boca y orofaringe para evitar la broncoaspiración.
- Retire cualquier objeto que el paciente pudiera tener suelto en la boca.

Proporcione O₂ a alto flujo (mascarilla con reservorio a 10-12 l/min) en pacientes con SaO₂ < 94 % y con gafas nasales si SaO₂ ≥94 %, excepto en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), en los que se limitará la administración de O₂ hasta conseguir una SatO₂ entre 88-92%, de preferencia con mascarilla Venturi comenzando con bajos flujos.

Valore el *estado respiratorio* del paciente, analizando la presencia de datos de riesgo (ver *procedimiento de Valoración del paciente*).

Valore el *estado hemodinámico* del paciente, analizando la presencia de datos de riesgo (ver *procedimiento de Valoración del paciente*).

Valore el *estado neurológico* del paciente, analizando la presencia de datos de riesgo (ver *procedimiento de Valoración del paciente*).

Sospeche ictus en curso cuando el paciente presente clínica compatible los apartados de *la escala de Cincinnati*:

- Asimetría Facial: pida al paciente que sonría o muestre los dientes. Normal: Ambos lados de la cara se mueven de forma simétrica. Anormal: Un lado de la cara no se mueve tan bien como el otro.
- Fuerza en los brazos: pida al paciente que cierre los ojos y mantenga los brazos estirados durante 10 segundos. Normal: Ambos brazos se mueven por igual (pueden servir otras pruebas como presión de manos). Anormal: Un brazo se mueve o cae respecto al otro.
- Lenguaje Normal: El paciente utiliza palabras correctas, sin farfullar. Anormal: El paciente al hablar arrastra las palabras, utiliza palabras incorrectas o no puede hablar.

RECUERDE: es una patología tiempodependiente, luego es esencial que interrogue sobre la hora de comienzo de los síntomas para informarlo al médico receptor.

En el paciente neurológico, es particularmente importante la realización de la glucemia capilar; en caso de hipoglucemia, podría ser la causa de la clínica; actúe de acuerdo al *procedimiento de hipoglucemia sintomática*.

Si se detecta alguna o varias de las alteraciones señaladas en el curso de la valoración primaria:

- Solicite SVA si no lo ha hecho con anterioridad.
- Si no se hubiera realizado con anterioridad, proporcione O₂ a alto flujo (mascarilla con reservorio a 10-12 l/min) en pacientes con SaO₂ < 94 % y con gafas nasales si SaO₂ ≥94 %, excepto en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), en los que se limitará la administración de O₂ hasta conseguir una SatO₂ entre 88-92%, de preferencia con mascarilla Venturi comenzando con bajos flujos.
- Si la respiración está ausente o existe una bradipnea extrema, ventile con bolsa de resucitación conectada a reservorio y O₂ a 10-12 l/min.

Exponga al paciente. Retire y/o afloje las ropas del tórax, abdomen y cuello del paciente para facilitar los movimientos respiratorios.

Valoración Secundaria

Reevalúe de forma continua el ABCD del paciente. Si detecta compromiso de las funciones vitales, suspenda la valoración secundaria y estabilice al paciente.

Monitoree constantes, prestando especial atención a la evolución de éstas: TA, FC, FR, SatO₂. Realice una breve historia del paciente, si su estado lo permite o está presente alguna persona que pueda ampliar información.

Reevalúe la clínica neurológica cada 15 minutos hasta la transferencia al médico receptor. A efectos terapéuticos, no distinga entre ictus y accidente isquémico transitorio (clínica menor de 1 hora).

Solicite de familiares que aporten informes médicos y medicación para facilitarla a la SVA. Cumplimente el informe de asistencia detallando de la forma más precisa posible los datos correspondientes a:

- Hora de inicio de los síntomas.
- Filiación (incluyendo teléfono y domicilio) del paciente.
- Sintomatología clínica dominante a la recepción y a la transferencia.
- Medidas terapéuticas aplicadas.

Resolución de la Actuación

Solicite una SVA en todos los casos en que se presuma la existencia de ictus agudo. Transfiera toda la información recogida y su valoración al médico del SVA. Colabore con el personal del SVA en la asistencia al paciente, si así es requerido. Al ser una patología tiempodependiente y para asegurar la correcta atención del paciente, si no se espera respuesta de un SVA en menos de 20 minutos, realice escala Madrid-Direct.

- **Escala 0-1** Traslado a unidad de ictus más cercana
- Escala 2-5 Hablar con la mesa de enfermería o con la unidad de ictus cercana para saber hospital de guardia.

Sistema Motor (Brazo)	0: Vence gravedad sin ayuda 1: No vende gravedad
Sistema Motor (Pierna)	0: Vence gravedad sin ayuda 1: No vende gravedad
Desviación de mirada	0: No desviación 1: Desviación de mirada
Respuesta a ordenes	0: Obedece ordenes 1: No obedece ordenes
Reconocimiento déficit	0: Lo reconoce sin problema 1: No reconoce déficit o no reconoce extremidad parética
Presión arterial sistólica	RESTAR: -1: 180 a 189 de TAS -2: 190 a 199 de TAS -3: 200 a 209 de TAS -4: Mayor de 209 de TAS
Edad	Sin limite Se resta un punto por cada año a partir de 85 años

NOTAS:

- En los ítems motores, se puntúa solo aquella extremidad que no consiga vencer gravedad (un balance muscular de 0 a 2 o una puntuación en la escala NIHSS de 3 o 4 en este ítem)
- La desviación de la mirada se puntúa ya sea parcial o forzada (NIHSS de 1 o 2 en este ítem)
- La respuesta a órdenes se puntúa si no obedece la mitad o más de órdenes sencillas (NIHSS de 1 o 2 en este ítem)
- El reconocimiento del déficit se evalúa preguntando al paciente "¿de quién es este brazo?", O "¿es suyo este brazo?" y adicionalmente "¿puede mover bien los brazos?". Si cualquiera de las dos respuestas es incorrecta o el paciente muestra otros signos muy evidentes de no reconocer su déficit, se puntuará 1. En este caso, no se evalúa la extinción visual o sensitiva
- La respuesta a órdenes y el reconocimiento del déficit son ítems mutuamente excluyentes, pues es necesario obedecer órdenes para responder a las preguntas de reconocimiento
- En caso de pacientes cuya puntuación sea < debido exclusivamente a su edad, y su situación basal sea excelente, se podrá valorar con el neurólogo del hospital de guardia para TM la posibilidad de traslado directo

*** Los valores de Escala NIHSS (National institute of Health Stroke Scale) son valores de referencia que aporta la escala Madrid-Direct para en caso de duda**

Obtenga hospital de referencia según la escala Madrid-Direct.

Realice el traslado en posición semisentado con la cabeza incorporada a 45° (Fowler), a baja velocidad y de forma lenta y cuidadosa, especialmente en las aceleraciones y deceleraciones del vehículo. Intente hacer el mínimo uso de señales acústicas. Transfiera toda la información

Posible patología de origen neurológico Convulsiones

Valoración de la Escena

Recabe información en cuanto sea posible de familiares o testigos sobre:

- Antecedentes de episodios convulsivos y la toma regular o no de medicación para su tratamiento.
- Historia de trauma craneal reciente.
- Abuso de alcohol o drogas.
- Historia reciente de fiebres altas, dolores de cabeza o rigidez de nuca.
- Enfermedades coronarias, diabetes o ictus.
- Presentación del cuadro, comienzo y circunstancias.
- Última ingesta.

Indague sobre el número de crisis hasta su llegada, la duración de las crisis y el tipo de crisis. Sobre el *tipo de crisis* siga un sencillo esquema:

- Crisis parciales: sin pérdida de conciencia ni fase postcrítica, de una parte del cuerpo.

- Crisis generalizadas: con pérdida de conciencia y generalmente con fase postcrítica, de todo el cuerpo
 - Ausencias: sin pérdida del tono postural
 - Motoras: con pérdida del tono postural (caen al suelo):
 - Tónicas: rigidez
 - Atónicas: flaccidez
 - Mioclónicas: movimientos espasmódicos
 - Tónico-clónicas: fase tónica y posterior fase clónica.

Procure en lo posible preservar la privacidad del paciente y separarle de ambientes de estrés.

Actuación en la fase convulsiva activa:

- No intente sujetar o inmovilizar al paciente. Protéjalo (especialmente cabeza y cuello), retire los objetos peligrosos que se encuentren a su alrededor y sitúele en decúbito supino en una zona segura.
- Proporcione oxígeno a alto flujo.
- No fuerce la introducción de objetos en la boca de un paciente que se encuentra convulsionando.
- Afloje la ropa que le pueda oprimir y evite autolesiones.
- Solicite SVA.

Actuación en la fase postconvulsiva o postcrítica: realice valoración primaria y secundaria.

Valoración Primaria y Soporte Vital

Si el paciente está consciente, esté atento ante una posible respuesta agresiva del mismo. Garantice la permeabilidad de la vía aérea:

- Colóquelo en posición lateral de seguridad si su nivel de conciencia lo permite.
- Tenga preparado el aspirador para evitar la broncoaspiración si el paciente vomita y tiene disminuido su nivel de consciencia.

Valore el *estado respiratorio* del paciente, analizando la presencia de datos de riesgo (ver *procedimiento de Valoración del paciente*). En caso de alteración, si no se hubiera realizado con anterioridad, proporcione O₂ a alto flujo (mascarilla con reservorio a 10-12 l/min) en pacientes con SaO₂ < 94 % y con gafas nasales si SaO₂ ≥ 94 %, excepto en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), en los que se limitará la administración de O₂ hasta conseguir una SatO₂ entre 88-92%, de preferencia con mascarilla Venturi comenzando con bajos flujos.

Valore el *estado hemodinámico* del paciente, analizando la presencia de datos de riesgo (ver *procedimiento de Valoración del paciente*).

Valore el *estado neurológico* del paciente, analizando la presencia de datos de riesgo (ver *procedimiento de Valoración del paciente*).

En el paciente neurológico, es particularmente importante la realización de la glucemia capilar; en caso de hipoglucemia, podría ser la causa de la clínica; actúe de acuerdo al *procedimiento de hipoglucemia sintomática*.

Controle la temperatura corporal del paciente, para evitar la aparición de hipo o hipertermia. Si persisten las alteraciones tras el episodio convulsivo, el paciente no se recupera del estado postcrítico o vuelve a convulsionar:

- Solicite USVA.
- Si no se hubiera realizado con anterioridad, proporcione oxígeno mediante mascarilla de adulto con reservorio.
- En el caso en que las alteraciones puedan comprometer las funciones vitales del paciente, aplique maniobras de SVB.
- No realice estimulaciones bruscas que pudieran desencadenar un nuevo episodio convulsivo.

Exponga al paciente. Afloje las ropas (botones de camisas, cinturones, fajas, corbatas, etc.) si no lo hizo antes.

Valoración Secundaria

Reevalúe de forma continua el ABCD del paciente. Si detecta compromiso de las funciones vitales, suspenda la valoración secundaria, solicite SVA e intente su estabilización.

Monitorice constantes del paciente: TA, FR, FC, SatO₂, y esté atento a su evolución.

Realice una breve historia del paciente, si su estado lo permite o está presente alguna persona que pueda proporcionar la información requerida (antecedentes, toma de medicación, incumplimiento terapéutico, etilismo, ayuno, etc.)

Resolución de la Actuación

Solicite SVA:

- Si presencia un episodio convulsivo, éste se repite o no se recupera el estado de alerta tras la convulsión.
 - En todos los casos en que existan alteraciones de las funciones vitales.

Cumplimente el informe de asistencia según procedimiento específico, indicando:

- Tipo de convulsión: parcial o generalizada.
- Número de convulsiones.
- Si se han presenciado; en los casos en que las convulsiones no hubieran sido presenciadas, refleje que los datos expuestos han sido recogidos de testigos.
- Duración de los episodios convulsivos.
- Tiempo entre convulsiones, y si ha recuperado la consciencia entre ellas.
 - Posibles circunstancias desencadenantes de la

convulsión. Si el paciente rechaza la asistencia:

- Aún con recuperación plena de la conciencia, aconséjale traslado a centro sanitario, especialmente si no queda a cargo de un acompañante, que debe consignar su firma en el informe de asistencia.
- Si el paciente deniega cualquier posibilidad de atención, corrobore la negativa con la cumplimentación del apartado correspondiente del informe de asistencia y la identificación de los agentes de la autoridad con su número de placa o su indicativo, o en su defecto, los posibles testigos.
- Si se realiza asistencia sin traslado, con conformidad del paciente, estando éste en pleno uso de sus facultades mentales y con testigos que lo corroboren: cumplimente el apartado correspondiente del informe de atención al paciente, incluyendo su firma.
- En cualquier caso, se le debe aconsejar no conducir su vehículo y comunicar a su médico el episodio.

En los demás casos, traslade en SVB con reevaluación constante y control de las funciones vitales.

Transfiera toda la información al personal del Hospital receptor.

Posible intoxicación por drogas

Valoración de la Escena

Identifique la zona en la que se encuentra el paciente, y valore la seguridad para los componentes de la dotación. Solicite apoyo policial en caso contrario.

Aplique medidas de autoprotección, evitando contaminarse y extraiga al paciente del entorno tóxico si es necesario.

Observe el entorno del paciente en busca de posibles indicios sobre el uso de sustancias tóxicas (jeringuillas, agujas, medicaciones, presencia de vómitos, etc.), y evite el contacto con ellos.

Pregunte a amigos o familiares acerca de la posibilidad de hábitos en el consumo de tóxicos en cuanto sea posible.

Valoración Primaria y Soporte Vital

Determine la respuesta del paciente a estímulos (Valoración AVDN). Garantice la permeabilidad de la vía aérea:

- En pacientes inconscientes, realice su control con cánula orofaríngea tipo Guedel.
- Si existiera vómito, lateralice al paciente, con control cervical en caso de sospecha de trauma, y realice un barrido digital y/o aspiración si procede.

Valore el *estado respiratorio* del paciente, analizando la presencia de datos de riesgo (ver *procedimiento de Valoración del paciente*). Tenga especial cuidado con la posibilidad de depresión respiratoria y pausas de apnea.

En los casos en que existan alteraciones en la respiración:

- Solicite SVA.
- Proporcione O₂ a alto flujo (mascarilla con reservorio a 10-12 l/min) en pacientes con SaO₂ < 94 % y con gafas nasales si SaO₂ ≥94 %, excepto en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), en los que se limitará la administración de O₂ hasta conseguir una SatO₂ entre 88-92%, de preferencia con mascarilla Venturi comenzando con bajos flujos.
- Si la respiración está ausente o existe una bradipnea extrema, ventile con bolsa de resucitación conectada a reservorio y O₂ a 10-12 l/min.

Valore el *estado hemodinámico* del paciente, analizando la presencia de datos de riesgo (ver *procedimiento de Valoración del paciente*). Si existen alteraciones:

- Solicite SVA.
- Si no lo hubiera realizado con anterioridad, proporcione oxígeno suplementario.

Valore el *estado neurológico* del paciente, analizando la presencia de datos de riesgo (ver *procedimiento de Valoración del paciente*).

- Objetive posibles disminuciones en el nivel de respuesta (AVDN) y su evolución tras las primeras estimulaciones.
- Determine la existencia de desorientación témporo-espacial y personal, agitación o convulsiones.
- Compruebe el tamaño y reactividad pupilar, con el fin de determinar signos de miosis o midriasis, así como enlentecimiento en la reactividad a la luz.

No olvide la determinación de la glucemia capilar, en especial si el paciente presenta alteraciones neurológicas.

Si existen alteraciones neurológicas:

- Solicite SVA.
- Si no se realizó con anterioridad, proporcione oxígeno suplementario.
- Si el paciente presenta durante la atención un descenso del nivel de consciencia, coloque cánula orofaríngea tipo Guedel.
- En el caso en que las alteraciones puedan comprometer las funciones vitales del paciente, aplique maniobras de SVB.

Exponga al paciente. Retire las ropas en busca de lesiones o señales que puedan ser indicio del uso habitual de sustancias tóxicas. Tenga cuidado con la posibilidad de contaminación por contacto.

Realice prevención de la absorción del tóxico, lo más precozmente posible y en función de la vía de entrada:

- Vía cutánea: Retire las ropas y lave la piel con agua y jabón durante 15-20 min.
- Vía conjuntival: Irrigue el ojo afecto con suero fisiológico o agua 15-30 min.

Valoración Secundaria

Reevalúe de forma continua el ABCD del paciente. Si detecta compromiso de las funciones vitales suspenda la valoración secundaria, solicite SVA e intente su estabilización.

Explore al paciente desde la cabeza a los pies e interróguele si su estado lo permite:

- Intente descartar la posibilidad de otras patologías subyacentes a la intoxicación (TCE, ictus, hipoglucemia, etc.).
- Preste atención a signos de ingesta de bebidas alcohólicas o administración de otras drogas de abuso (ej. aliento del paciente, jeringuillas, pastillas, etc.)
- El objetivo de la valoración del paciente no se debe centrar en la determinación del uso de uno u otro tóxico, o combinaciones de éstos, sino en la determinación de las alteraciones de las funciones vitales producidas por el/los tóxicos, y en descartar otras patologías enmascaradas por la intoxicación.

Monitoree constantes del paciente, con especial atención en la vigilancia de la FR y SatO2.

Realice breve historia del paciente, si su estado lo permite, o está presente alguna persona que pueda proporcionar la información requerida:

- Alergias.
- Medicaciones que estuviera tomando, relacionadas o no con el incidente.
 - Enfermedades significativas, crónicas o no, que el paciente haya sufrido.

Cumplimente el informe de asistencia.

Resolución de la Actuación

Solicite apoyo de SVA:

- Si el paciente está inconsciente o presenta alteraciones en sus funciones vitales que puedan comprometer su vida.
- Si el paciente puede representar un peligro para sí mismo o para el resto de las personas, y no acepta ser trasladado a un centro sanitario.

Si se realiza asistencia sin traslado con conformidad del paciente, estando éste en pleno uso de sus facultades mentales, y existan testigos que lo corroboren, cumplimente el apartado correspondiente del informe de atención al paciente, incluyendo su firma, excepto si existiera sospecha de etiología suicida, en cuyo caso se deberá trasladar siempre o, si no es posible, solicitar SVA.

Traslade en SVB con reevaluación constante y control de las funciones vitales.

Si se trata de un menor bajo los efectos del alcohol o drogas de abuso, actúe según el siguiente esquema operativo:

- Si precisa traslado al hospital indique al CECOPM el hospital de traslado para que tengan constancia e informen a los padres o tutores.
- En drogas de abuso, si el menor de 18 años no necesita traslado:
 - Solicite al menor la filiación de sus padres o tutores, incluyendo teléfono de contacto, así como la filiación personal.
 - Transmita esta información al CECOPM, que actuará de la siguiente manera:
 - Intentará localizar a padres o tutores para comunicarles la situación del menor, instándoles a que se hagan cargo del mismo (no significando que tengan que personarse en el lugar, sino que conocen el hecho y que están de acuerdo con las medidas que se tomen)
 - En caso de no localización o negativa a hacerse cargo del menor, se pondrá en conocimiento del Fiscal de Menores, según la forma establecida por la Fiscalía.

Para ello, la Dirección operativa enviará un informe por Fax haciendo constar: Filiación completa del paciente (nombre y apellidos, edad, domicilio, etc.) Motivo de asistencia. Breve reseña de la intervención. Centro de recogida al cual se traslada al paciente.
- Si el menor no precisa traslado y hay presentes adultos responsables, puede quedar a cargo de uno de ellos, firmando este último con nombre y DNI la asunción de dicha responsabilidad.
- En caso de que los padres o tutores indiquen que van hasta el lugar a hacerse cargo del menor deberá quedar a cargo de Policía Local hasta su llegada. No se resolverá la incidencia a pacientes menores de 18 años con asistencia sin traslado si no existe un adulto responsable que firme en el informe de asistencia responsabilizándose del paciente o una Unidad de Policía que se haga cargo del mismo.

Posible Paciente Psiquiátrico en Crisis

Pautas Generales de Actuación

1. **Solicite a CECOPM** la mayor información posible sobre el estado actual del paciente (violento, agitado, con ideación suicida), circunstancias, edad, sexo y antecedentes de violencia.
2. **Aproxímese al lugar** evitando el uso de sirenas y rotativos en las inmediaciones, con el fin de no alterar al paciente, siempre que su seguridad lo permita. **Recuerde:** no intervenga si no está garantizada su seguridad.
3. **Análisis de la situación:** Recabe información del entorno, considerando la seguridad del lugar de actuación para el personal y el paciente, así como la presencia de cuerpos de seguridad. **Solicite intervención policial** si se trata de personas violentas o con posibilidad de portar armas. Recoja la mayor información posible de familiares y testigos en cuanto sea posible.

4. **Equipo de Protección Individual (EPI):** Utilice los EPI necesarios en caso de sospechar que el paciente es violento o puede portar armas.

Acercamiento al Paciente

- Evite estímulos ambientales estresantes.
- Vigile continuamente su seguridad, evaluando las condiciones del lugar donde se encuentra el paciente y retirando cualquier objeto que pueda ser utilizado como arma.
- Busque a familiares o acompañantes dispuestos a colaborar, siempre que sean aceptados por el paciente.
- Aparte a las personas desestabilizantes.
- Realice una breve valoración de constantes (incluida la glucemia) si es posible, para descartar otra patología no psiquiátrica.
- **Valore signos de violencia inminente**, tales como:
 - Habla grave, amenazante y vulgar.
 - Elevada tensión muscular.
 - Signos no verbales en la cara.
 - Agresividad con objetos.
 - Hiperactividad.
 - Antecedentes de conducta agresiva.
 - Evita contacto visual, mira de reojo.

Plan de Intervención

Diseñe un plan de intervención del equipo actuante y otros cuerpos intervinientes (Policía, Bomberos), teniendo en cuenta toda la información recabada. Si existe riesgo para el paciente o terceros, los TES podrán decidir retener verbalmente al paciente o, como última opción, realizar una **retención física** con ayuda de la policía. Deje reflejada esta situación en el informe, explicando claramente la razón de la inmovilización mecánica.

En caso de **inmovilización física**, evite dañar al paciente y asegure el acceso lo antes posible a los servicios médicos para su tratamiento. Traslade al paciente con acompañamiento policial si es necesario.

Traslado Voluntario en USVB

Paciente tipo: paciente con antecedentes psiquiátricos que solicita valoración por psiquiatra, encontrándose en crisis intensa, con ideas de autolisis o de hacer daño a terceros.

- **Actúe conforme a las pautas generales.**
- Si durante el traslado el paciente cambia su decisión de forma voluntaria y existe riesgo para él o para su entorno, **solicite una USVA** para valoración.
- Realice el traslado en **USVB** al centro de referencia psiquiátrica si se garantiza la seguridad durante el traslado.
- **Mantenga vigilancia permanente** para evitar autolesiones o daños a terceros.

- **Informe detallado:** indique la solicitud de traslado voluntario para valoración psiquiátrica.

Requisitos Legales para Traslado por Ingreso Involuntario

1. **Orden judicial:**
 - Filiación completa.
 - Fechas en vigencia de la orden.
 - Firma y sellos del juzgado.
2. **Orden médica:**
 - Filiación del sujeto.
 - Nombre, número de colegiado y firma del médico.
 - Fecha (vigencia de 24 horas).
 - Contenido que refleje la valoración médico-psiquiátrica y la necesidad de traslado urgente, forzoso o involuntario.

Resolución de la Actuación

1. **Paciente colaborador:** Persona que acepta el traslado.
 - Traslade, aunque no se tengan todos los documentos correctamente cumplimentados. Registre esta circunstancia en el informe.
 - Permita la presencia de un acompañante durante el traslado si lo considera oportuno.
2. **Paciente no colaborador (no agresivo):** Persona no agresiva con documentación correcta.
 - Intente convencer verbalmente al paciente.
 - Si no es posible, comunique la necesidad de usar técnicas de reducción e inmovilización.
 - Traslado en unidad adaptada para pacientes psiquiátricos (SUMMA112), con sujeciones.
 - Permita la presencia de un acompañante si el paciente lo desea.
3. **Persona no agresiva sin documentación correcta:**
 - Intente convencer verbalmente.
 - Valore los riesgos de violencia para sí mismo o el entorno.
 - Si no hay riesgo, retírese explicando a los familiares.
 - Si hay riesgo, solicite USVA para la valoración médica.
 - Si tras la valoración no es necesario el traslado, retírese y el médico explicará la situación.
4. **Persona agresiva con documentación correcta:**
 - Intente convencer verbalmente.
 - Si no es posible, comunique la necesidad de técnicas de reducción e inmovilización.
 - Solicite colaboración policial y establezca un plan de acción.
 - Solicite USVA para valorar la necesidad de sedación si persiste el riesgo.
 - Traslado en unidad adaptada, con sujeciones.
5. **Persona agresiva sin documentación correcta:**
 - Solicite USVA para valoración médica.
 - Colabore con el personal de USVA en el manejo del paciente.
 - Informe a los familiares y retire a las personas que puedan empeorar la situación.

- Traslado en unidad adaptada, con sujeciones.

6. Persona violenta y peligrosa:

- Si porta armas, la policía será responsable de la intervención.
- Si se estiman otros riesgos, la policía llevará a cabo la aproximación inicial.

Recuerde: El manejo del paciente psiquiátrico en crisis requiere la valoración in situ del personal sanitario, quien determinará la actuación sobre el paciente. Si el paciente es reducido y el SVA o facultativo tarda más de 20 minutos, considere trasladar al paciente para garantizar su acceso inmediato a atención médica.

Paciente con hipoglucemia sintomática

(Ver procedimiento de glucemia capilar)

Cifras de glucemia < 60 mg/dl junto con alteraciones (síntomas adrenérgicos y colinérgicos inicialmente, y posteriormente, neuroglucopénicos) o < 45 mg/dl y paciente asintomático.

- Síntomas adrenérgicos (liberación hormonas coninsulares): sudoración, temblor, taquicardia, nervosismo, hambre.
- Síntomas neuroglucopénicos (déficit de glucosa en SNC): descenso en la concentración, cefalea, mareo, visión doble, agresividad, somnolencia.
- Hipoglucemia leve: clínica adrenérgica.
- Hipoglucemia moderada: clínica adrenérgica y neuroglucopénica.
- Hipoglucemia grave: asocia pérdida de conocimiento, coma.

Repita la determinación de glucemia capilar antes de tomar decisiones terapéuticas.

Valoración de la Escena

Obtenga información en cuanto sea posible de antecedentes personales, tratamiento y factores precipitantes de la alteración glucémica.

Valoración Primaria y Soporte Vital

Monitoree: TA, FC, FR, ECG, SatO₂.

Si es preciso administre oxigenoterapia suplementaria.

Valore el *estado respiratorio* del paciente, analizando la presencia de datos de riesgo (ver *procedimiento de Valoración del paciente*).

Valore el *estado hemodinámico* del paciente, analizando la presencia de datos de riesgo (ver *procedimiento de Valoración del paciente*).

Valore el *estado neurológico* del paciente, analizando la presencia de datos de riesgo (ver *procedimiento de Valoración del paciente*).

Si el paciente está consciente y tolera bien la vía oral sin riesgo de aspirar: Administre 10-15 g de hidratos de carbono (un caramelo, un azucarillo), o 150 ml de zumo azucarado.

Si el paciente está inconsciente:

Garantice la permeabilidad de la vía aérea y administre oxígeno suplementario.

Si el paciente tiene pautado glucagón inyectable confirmado por informe médico: administre el inyectable de glucagón intramuscular en vasto externo siguiendo las recomendaciones del Laboratorio.

El glucagón es una hormona hiperglucemiante que debe actuar aproximadamente en 10 minutos recuperando la consciencia el paciente; una vez recuperada, debe tomar carbohidratos vía oral.

Si no responde o la respuesta es parcial, solicite una USVA.

Si el paciente empeora mientras accede la unidad avanzada y dispone de pasta o gel de glucosa, adminístrela de acuerdo a las especificaciones del fabricante.

Haga una nueva determinación de glucemia capilar tras 10 a 15 minutos de la administración del tratamiento. Si la glucemia es > 70 mg/dl y se ha normalizado la clínica neuroglucopénica, no es necesario que insista en la administración de carbohidratos, procediendo al traslado a centro sanitario.

Debe recomendarse siempre el traslado hospitalario en hipoglucemias de causa no filiada y secundarias al tratamiento con antidiabéticos orales.

En caso de negativa al traslado, recomiende realizar controles posteriores de la glucemia, tanto para la detección de nuevas hipoglucemias (aconsejar ingesta de hidratos de carbono de absorción lenta) como para el control de la hiperglucemia secundaria al tratamiento.

Parto extrahospitalario

Valoración de la Escena

Obtenga y documente antecedentes e historia obstétrica actual:

- GPAC: embarazos, partos, abortos previos y cesáreas.
- Fecha de la última regla (FUR).
- Fecha probable de parto (FPP)
 - Cálculo por la fórmula de Nägele: FUR + 7 días + 9 meses
- Edad gestacional; como regla general, el útero alcanza el ombligo a las 20 semanas de gestación y crece en aproximadamente 1 centímetro de longitud cada semana después (una paciente con una altura fundal de 8 cm por encima del ombligo se haya en la 28 semana de gestación).

- Presencia o no de contracciones:
 - Contracciones de parto normal: de inicio en fondo uterino e irradiadas por todo el útero
 - *Características de la contracción uterina:*

CONTRACCIÓN	TRABAJO DE PARTO	PARTO INMINENTE
FRECUENCIA	• 30-10 min	• 2-3 min
DURACIÓN	• 15-25 seg	• 45-70 seg
INTENSIDAD	• débil	• fuerte

- Evidencia de sangrado vaginal.
- Rotura de bolsa, color y cantidad de líquido amniótico. La rotura de bolsa es indicativo de trabajo de parto activo.

Observe, con la autorización de la parturienta, si el parto es inminente, la región genital; si aprecia que *el feto está coronando (la cabeza del feto permanece visible en la abertura vaginal independientemente de la contracción)*, prepárese para asistir al *parto in situ*.

Valore si el parto es inminente, o procede al traslado, considerando la distancia en tiempo al hospital materno-infantil más próximo (se considera normal un expulsivo de 50 minutos a 2 horas en nulíparas y de 20 minutos a 1 hora en multíparas).

ASISTENCIA AL PARTO EUTÓCICO IN SITU.

Si el parto es inminente, solicite USVA.

Si el parto es prematuro (más de 20 semanas y menos de 36 semanas), Monitoree: TA, FC, FR, ECG, SatO2 y glucemia.

Realice la asistencia con las máximas condiciones de asepsia.

Ponga la madre en un lugar confortable y cálido (32-36°C), en la posición que le sea más cómoda.

Preserve la intimidad y realice un apoyo emocional junto con técnicas de masaje y contacto físico tranquilizador como un método de alivio del dolor.

Cree un campo estéril mediante la colocación de paños y compresas estériles.

Dé instrucciones a la mujer para usar correctamente la prensa abdominal. Sólo debe dejar empujar a la paciente si el parto es inminente y coincidiendo con la contracción uterina.

Se recomienda el pujo espontáneo frente al dirigido ya que, siendo igualmente eficaz, es más corto y evita hipoxia fetal.

Se recomienda la protección activa del periné mediante la técnica de *deflexión controlada de la cabeza fetal*. Para ello:

- Evite la salida brusca de la cabeza, con una mano sobre el vértice para controlar el movimiento hacia adelante y otra sobre el periné posterior, buscando el mentón del feto.
- Mediante una presión sobre el mentón a la vez que deja deslizar el periné, haga salir la cabeza lentamente.
- Pida en este momento a la mujer que no empuje.

Tras la salida de la cabeza fetal y durante la rotación externa de la cabeza, valore la presencia de vueltas de cordón alrededor del cuello. Si existen intente retirarlas si están flojas. Si no puede quitarlas y no aprecia pulso en el cordón, coloque una pinza de cordón en un lugar accesible y otra pinza a una distancia entre uno y dos centímetros y corte con bisturí estéril entre ambas.

Ayude a la salida de los hombros traccionando suave y continuamente, con ambas manos, de la cabeza fetal hacia abajo, hasta que salga el hombro anterior bajo la sínfisis del pubis. Luego traccione suavemente hacia arriba para librar el hombro posterior. Esta maniobra suele facilitarse si la paciente tiene las caderas ligeramente elevadas.

Tras la expulsión completa del feto se recomienda que el recién nacido sea colocado en contacto directo con la madre en lo que se conoce como el "contacto piel con piel", inmediatamente después del nacimiento permitiendo el contacto con la mama de la madre. Para ello seque al recién nacido y tápelo sobre la madre, permitiendo el contacto directo con ella.

Si no lo ha hecho previamente, pince el cordón no antes del segundo minuto de la salida del feto o tras el cese del latido del cordón umbilical. Coloque una pinza a 8 cm del bebé y una segunda a 2 cm de la primera. Corte en el punto medio con bisturí estéril.

RECUERDE: Si no es necesario practicar reanimación neonatal, no se apresure en cortar el cordón umbilical.

Tras la salida del feto, compruebe que no exista una hemorragia abundante, y si la hay, compruebe desgarros que justifiquen dicha hemorragia. Cohíba la hemorragia por compresión.

Valore el traslado sin esperar al *alumbramiento* (no es preciso alumbrar para trasladar; se considera normal un periodo de alumbramiento de 30 minutos) si no se dispone de USVA.

En caso de alumbramiento, el desprendimiento de la placenta se sospecha por la salida por vagina de sangre oscura y por el descenso del cordón umbilical. Masajee el fondo uterino, presionándolo ligeramente. Sujete con firmeza el cordón umbilical mientras salen por vagina la placenta y membranas. Guárdela y traslade la placenta junto con la paciente.

Una vez expulsada la placenta, el sangrado disminuye y se forma el globo de seguridad

uterino. Puede ayudar con un masaje en fondo del útero para que se forme dicho globo de seguridad.

Poner a mamar al recién nacido es un método muy eficaz para disminuir el sangrado postparto.

Filie a madre y a hijo y compruebe la identificación cruzada mediante pulsera. Realice el certificado de nacimiento si se lo solicitan.

Asistencia al recién nacido

CONSTANTES VITALES EN EL RN.

La FR normal se encuentra entre 40 y 60 rpm. La FC normal es de 140 - 160 lpm.

La temperatura debe mantenerse entre 36,5 y 37,5°C.

La TAS promedio en las primeras 12 horas de vida varía según el peso, siendo de 60 mmHg en el recién nacido a término y peso normal.

REANIMACIÓN DEL RN NORMAL.

- Considere el lugar de reanimación y prepare el material necesario para la reanimación:
 - Reanime en el lugar más cálido posible: prepare previamente la calefacción de la ambulancia si prevé el parto.
 - Garantice en todo caso la temperatura ambiental:
 - A los RN prematuros, con edad gestacional inferior a 28 semanas se les debe cubrir hasta el cuello con una bolsa o sábana de plástico, sin secarles, inmediatamente después del nacimiento. La cobertura se ha de mantener hasta la comprobación de la temperatura tras el ingreso.
 - Se pueden usar paños preferiblemente calientes (o un empapador y la manta térmica).

RECUERDE: La temperatura del recién nacido es un factor clave para su estabilización, máxime si es prematuro.

Los neonatos nacidos sanos parten de una saturación de oxihemoglobina arterial inferior al 60% y pueden tardar más de 10 min en alcanzar saturación mayor al 90%. No administre oxígeno suplementario salvo necesidad de reanimación neonatal completa, en cuyo caso se usará oxígeno al 100%. salvo en caso de precisar masaje cardiaco en cuyo caso se usara 100%). Recuerde la necesidad de uso de sondas adaptadas de pulsioximetría y su colocación en mano derecha.

Si el neonato requiere aspiración, hágalo con presión negativa de 20 cm de agua, con sondas de aspiración faríngea del nº 8 Fr en prematuros y nº 10 Fr en RN a término. La aspiración se inicia por orofaringe y se sigue por narinas.

La cianosis periférica es habitual y no indica necesariamente hipoxemia.

Inmediatamente favorezca el contacto madre-hijo: póngale al pecho piel con piel.

Retrase el pinzamiento del cordón al menos 2 minutos en neonatos nacidos a término y pretérmino que no requieren reanimación.

EVALUACIÓN DEL RECIÉN NACIDO PATOLÓGICO.

1. *Recién nacido con respiración inadecuada o apnea, tono muscular normal o disminuido, y frecuencia cardíaca menor de 100 lpm y ≥ 60 lpm.*
 - Requiere pinzado precoz para procurar la reanimación en lugar seguro; secar y envolver al recién nacido.
 - El recién nacido habitualmente mejorará con insuflación pulmonar con mascarilla y bolsa de reanimación.

2. *Respiración inadecuada o apnea, hipotonía muscular, frecuencia cardíaca < 60 lpm o indetectable, a menudo palidez sugestiva de mala perfusión periférica.*
 - Requiere pinzado precoz para procurar la reanimación en lugar seguro; secar y envolver al recién nacido.
 - Este niño requiere de inmediato medidas de control de la vía aérea, insuflación pulmonar y ventilación.
 - Si tras 30 segundos de ventilación eficaz (eleva el pecho), no se aprecia pulso o es menor de 60 lpm, inicie compresiones torácicas tal y como se indica para lactantes. Siga el esquema de 3 compresiones: 1 ventilación, reevaluando cada 30 segundos. Cuando supere los 60 lpm, abandone el masaje y continúe con las ventilaciones hasta estabilización.

REANIMACIÓN NEONATAL EN EL RECIÉN NACIDO PATOLÓGICO.

A. Pasos iniciales en todos los casos. Tiempo de ejecución 60 segundos.

- Tras el nacimiento, pince el cordón umbilical a una distancia aproximada de 8 cm de la base, en 2 puntos próximos, y corte entre ellos con tijeras estériles. Esta maniobra se podría realizar simultáneamente al resto de pasos de la reanimación no existiendo evidencia para recomendar o retrasar la ligadura del cordón en RN deprimidos que requieran reanimación.
- Evite la pérdida de calor: seque y cubra al RN con un paño precalentado, incluyendo siempre la cabeza y respetando la cara.
- Optimice la vía aérea: Coloque al RN en decúbito supino con la cabeza en posición neutra en un ambiente cálido. Para mantener la cabeza en la posición adecuada, coloque una toalla de unos 2 cm de altura bajo los hombros.

- Realice aspiración oronasal solo si supone obstrucción en la vía aérea. Primero la boca,
- y después nariz. No debe ser excesiva, a intervalos no superiores a 5 segundos con presión negativa que no exceda los 20 cm de H₂O (100 mmHg). No introduzca la sonda de succión más de 5 cm desde los labios (riesgo de arritmias reflejas y apnea). Mientras se introduce la sonda no debe funcionar la aspiración, para no producir lesión en las mucosas.
- Realice estimulación táctil: el secado es ya estímulo efectivo para iniciar la respiración; si ello no fuera suficiente, frote tronco y extremidades, así como la espalda.
- Valore si es necesario continuar la reanimación:
 - Respiración: frecuencia, profundidad, simetría, patrones anómalos como boqueadas (gasping) o quejidos.
 - FC: por auscultación o monitorización, pulso braquial o femoral. Compruebe si la FC es mayor de 100 lpm.
 - Color: sonrosado, cianótico (cianosis central persistente, ya que la periférica es habitual y no es en sí misma signo de hipoxemia), o pálido (puede deberse a disminución del gasto cardiaco, anemia severa, mala perfusión, hipotermia o acidosis).
 - Evalúe la puntuación del *test de Apgar* al minuto y a los 5 minutos de vida.

Tabla: Test de Apgar

Criterio	0 puntos	1 punto	2 puntos
Frecuencia cardíaca	Ausente	Menos de 100 latidos por minuto	Más de 100 latidos por minuto
Esfuerzo respiratorio	Ausente	Respiración lenta o irregular	Llanto fuerte y regular
Tono muscular	Flacidez	Flexión de extremidades	Movimientos activos
Reflejo irritabilidad	Sin respuesta	Mueca o llanto débil	Llanto vigoroso, tose o estornuda
Color de la piel	Cianosis generalizada	Cuerpo rosado y extremidades cianóticas	Completamente rosado

Si el APGAR al minuto es:

- **5 a 7: asfixia leve**
 - oxígeno a cara (tubo a cara, a modo de campana)
 - si no responde a los 5 minutos, ventilación con bolsa de resucitación y oxígeno al 100%
- **3 a 4: moderadamente deprimido**
 - Ventilación a presión positiva y oxígeno al 100%

- **≤ 2: gravemente asfixiado**
 - Reanimación inmediata.

B. Ventilación.

- Si el niño presenta respiración ineficaz-apnea, o si la FC es menor de 100 lpm:
 - Ventile con bolsa de resucitación conectada a reservorio y O₂ a 10 l/min, humidificado y caliente (si es posible).
 - Utilice la bolsa autoinflable de 250 ml en prematuros, de 500 ml (término a 2 años). Estas bolsas llevan incorporada una válvula de salida con límite de presión prefijada en 25-30 cm de H₂O. La válvula de sobrepresión debe cerrarse en caso de RCP.
 - Recuerde que para mantener la vía aérea permeable debe situar la cabeza en posición neutra, evitando la hiperextensión.
 - Realice las primeras 5 insuflaciones pulmonares lentas, de 2-3 segundos.

Puede precisar una presión de hasta 30-40 cm de H₂O.
Continuar a un ritmo de unas 30 rpm.

- Valore la eficacia de la ventilación a los 30 segundos comprobando el aumento de la FC y la expansión del tórax.
- Valore la posibilidad de depresión respiratoria secundaria a intoxicación materna por opiáceos.

C. Masaje cardíaco.

- Se considera PCR cuando la FC < 60 lpm tras 30 seg ventilación y oxigenación adecuadas.
 - Inicie masaje cardíaco. Para ello, coloque la palma de las 2 manos en el dorso del tórax y presione el esternón con los 2 pulgares. Con la punta de los dedos 2^o-3^o o 3^o-4^o perpendiculares sobre el esternón. Fuerza: deprimir 1/3 del diámetro antero-posterior del tórax. Compresiones a 120 cpm: la compresión debe ser menor que la relajación para generar un mayor gasto cardíaco durante el llenado diastólico.
 - Coordinación con la ventilación: 3:1 y cada ciclo debe durar 2 seg, excepto cuando la etiología del paro neonatal sea claramente cardíaca, pudiéndose considerar la relación más alta 15:2.
 - Reevalúe tras 30 sg de masaje. Si FC > 60 lpm, suspenda masaje y continúe con insuflaciones hasta la normalidad.

TRANSPORTE DEL RN.

Controle la temperatura (muy importante en el RN). La temperatura ambiente media necesaria es de 35° C durante los diez primeros días de vida. Posteriormente, será de 32-34°C en función del peso.

Monitoree: Pulsioximetría (evite SatO₂ > de 95%; por encima del 88% puede resultar adecuada) / FR / FC / TA.

Tome la siguiente tabla de referencia sobre la Glucemia:

Prematuro: 30-60 mg/dl; RN: 40-80 mg/dl; Niños: 50-100 mg/dl

La determinación de la glucemia capilar en el recién nacido debe efectuarse en el talón del pie con aguja fina y corta, siendo particularmente relevante en niños de bajo peso al nacer e hijos de madre diabética. La hipoglucemia se asocia a riesgo elevado de daño cerebral y mal pronóstico tras un episodio de hipoxia y, hasta el momento actual, los niveles elevados de glucosa no se han relacionado con efectos adversos. Si está hipoglucémico, indíquelo cuanto antes al hospital receptor.

Valoración del paciente politraumatizado

Se entiende por **politraumatizado** a todo paciente con riesgo vital de causa traumática.

- **Polifracturado:** Paciente con dos o más fracturas sin riesgo vital.
- **Policontusionado:** Paciente sin fracturas ni riesgo vital, pero con múltiples lesiones menores.

RECUERDE: El paciente politraumatizado es tiempo-dependiente. El tiempo adecuado en medio urbano es de **60 minutos** desde la recepción del aviso hasta la llegada al quirófano si lo precisa.

Valoración de la Escena

1. Aproximarse al lugar con **todas las medidas de seguridad** (seguridad activa o pasiva, como casco, gafas, chaleco reflectante, etc.).
2. Evitar la **visión en túnel** (no centrarse solo en lo más evidente).
3. **Atención al mecanismo lesional:** Fundamental para el diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
4. Valorar los **apoyos necesarios** (policía, bomberos, otras unidades).
5. Tener en cuenta el tipo de incidente, número de víctimas, accesos para apoyos, etc.

Estimación inicial de gravedad

Esta debe realizarse en **menos de 30 segundos**, obteniendo una impresión de la gravedad. Evaluar si se requieren recursos adicionales.

- **Nivel de conciencia:** Usar la escala AVDN:
 - Consciente (evaluar estado respiratorio y circulatorio).
 - Inconsciente (apertura de vía aérea y control manual cervical).
- **Evaluar respiración y circulación:**
 - Frecuencia respiratoria: Normal, bradipnea, taquipnea.
 - Simetría y expansión de ambos hemitórax.
 - Estado hemodinámico: Evaluar signos de shock, pulso radial, femoral y carotídeo.
 - Relleno capilar y perfusión tisular (palidez, sudoración, frialdad).

Si el paciente presenta bajo nivel de conciencia, dificultad respiratoria o signos de shock clínico, solicitar USVA.

Valoración Primaria y Soporte Vital (ABCDE)

1. **PASO A (Vía aérea y control cervical):**
 - Voltar al paciente en decúbito prono/lateral hacia decúbito supino.
 - Permeabilizar vía aérea con maniobra de elevación mandibular.
 - Colocar collarín cervical y cánula orofaríngea.
2. **PASO B (Respiración):**
 - Colocar pulsioxímetro.
 - Proporcionar oxígeno a alto flujo con bolsa reservorio si ventila espontáneamente.
 - Si hay bradipnea extrema, ventilar con bolsa de resucitación y cánula de Guedel.
3. **PASO C (Circulación y control de hemorragias):**
 - Controlar hemorragias importantes.
 - Revalorar el estado de perfusión tisular, relleno capilar y tensión arterial.
4. **PASO D (Discapacidad y función neurológica):**
 - Observar pupilas, calcular escala de Glasgow (GCS) y evaluar sensibilidad y movilidad.
5. **PASO E (Exposición y control ambiental):**
 - Exponer zonas con sospecha de lesión, evitando la hipotermia. Garantizar la privacidad del paciente y valorar la temperatura corporal.

Traslado a la unidad

1. **Inmovilización primaria:** Movilizar al paciente en decúbito supino usando las técnicas adecuadas.
2. **Inmovilización secundaria:** Asegurar la fijación de dispositivos diagnósticos y terapéuticos para el traslado al habitáculo asistencial.

Valoración secundaria y estabilización

1. Realizar las valoraciones y acciones terapéuticas no realizadas en la valoración primaria, preferiblemente en la unidad asistencial.
2. Realizar la historia clínica breve del paciente si su estado lo permite.
3. Reevaluar el estado del paciente (respiración, situación hemodinámica, glucemia, etc.).

- Reevaluar el estado neurológico (GCS, pupilas, sensibilidad y movimiento).

Exploración sistemática:

- **Cara:** Evaluar ojos, nariz, boca, pabellón auricular.
- **Cráneo:** Buscar scalps, signos de Battle, hematomas.
- **Cuello:** Pulsos carotídeos, desviación traqueal.
- **Tórax:** Asimetría, crepitación, deformidades.
- **Abdomen:** Evaluar contusiones, heridas, hematomas.
- **Pelvis:** Buscar deformidades, heridas, hematomas.
- **Extremidades:** Buscar fracturas, luxaciones, lesiones músculo-ligamentosas.
- **Espalda:** Movilización controlada, valoración sensorial y motora.

Traslado hacia el centro útil y/o unidad de SVA

- Realizar **manejo postural** en patologías como TCE o traumatismo torácico.
- Trasladar al paciente a velocidad constante, manteniendo las medidas diagnósticas y terapéuticas.
- Realizar la **transferencia de información verbal y escrita** al equipo receptor.

Particularidades del traumatismo craneoencefálico TCE

Escala de Coma de Glasgow (GCS)

Respuesta	Puntuación	Descripción
APERTURA OCULAR		
Espontánea	4	El paciente abre los ojos sin estímulo.
A estímulo verbal	3	Abre los ojos al escuchar una voz.
A estímulo doloroso	2	Abre los ojos al sentir dolor.
No responde	1	No abre los ojos.
RESPUESTA VERBAL		
Orientado	5	Responde coherentemente y está orientado en tiempo y espacio.
Confuso	4	Responde pero está desorientado o confuso.
Palabras inapropiadas	3	Habla pero de forma incoherente o inapropiada.
Sonidos incomprensibles	2	Emite sonidos pero no palabras comprensibles.
No responde	1	No emite ninguna respuesta verbal.
RESPUESTA MOTORA		
Obedece órdenes	6	Realiza movimientos apropiados al recibir órdenes.
Localiza el dolor	5	Intenta retirar la parte del cuerpo estimulada con dolor.
Retira al dolor	4	Retira la extremidad afectada ante el dolor.

Respuesta	Puntuación	Descripción
Flexión anormal (decorticación)	3	Respuesta de flexión anormal ante el dolor.
Extensión anormal (descerebración)	2	Respuesta de extensión anormal ante el dolor.
No responde	1	No realiza ningún movimiento en respuesta al dolor.

De acuerdo con la **escala de coma de Glasgow (GCS)**:

- **TCE leve:** GCS entre 14 y 15 puntos.
- **TCE moderado:** GCS entre 9 y 13 puntos.
- **TCE grave o severo:** GCS \leq 8.

En todo **TCE moderado o grave** se requiere la intervención de una **USVA**.

Valoración de la Escena

Identificar la presencia de:

- **Mecanismo de lesión** compatible con traumatismo en la cabeza.
- **Deformidades** en la estructura o fragmentaciones de cristales en los vehículos de un accidente que puedan implicar lesión en el cráneo.

Valoración Primaria y Soporte Vital

- Buscar signos de **aumento de presión intracraneal** (elevación de la tensión arterial con bradicardia, junto a bradipnea que evoluciona a respiración irregular).
- Recordar que la presencia de **hipotensión** en estos pacientes rara vez es provocada por el traumatismo craneoencefálico, por lo que se deben buscar otras lesiones que la justifiquen.
- En caso de encontrar **scalp**:
 - Limpiar con suero fisiológico en barrido.
 - Cubrir con gasas estériles y fijarlas con capelina si se tiene la habilidad suficiente para no movilizar el cuello.
 - No realizar una compresión excesiva ante la posibilidad de **fractura craneal**. Si se sospecha fractura craneal, limpiar solo la suciedad más evidente, evitando el "efecto barro" y la entrada de líquido de limpieza al interior de la herida.
- Prestar especial atención a la presencia de **hemorragias** en oído o nariz, posibles signos de **líquido cefalorraquídeo, hematomas periorbitarios o retroauriculares**, u otras lesiones craneales. Si se encuentran estos hallazgos, solicitar SVA si no se ha hecho ya.
- Si existe algún **objeto enclavado en el cráneo**:
 - No retirarlo, inmovilizarlo almohadillándolo por ambos lados.

- Solicitar SVA si no se ha hecho ya.

Valoración Secundaria

- Colocar al paciente en **posición de anti-Trendeleburg** a 30°, es decir, con la parte superior del cuerpo ligeramente elevada.
- Si hay indicios de shock, situar al paciente en posición neutra mientras se espera la llegada de la SVA.

Traslado y transferencia

- Trasladar al paciente a velocidad constante, evitando aceleraciones y deceleraciones bruscas.
- Transferir toda la información relevante al personal del hospital receptor.

Particularidades del traumatismo torácico

Valoración de la Escena

Sospeche la existencia de traumatismo torácico en los siguientes casos:

- Mecanismo lesional compatible.
- Deformidades en un vehículo o volante que indiquen un posible impacto en el tórax.
- Dolor expresado por el paciente de forma espontánea.

Valoración Primaria y Soporte Vital

Valorar el estado respiratorio del paciente. Evaluar la presencia de alteraciones como:

- Taquipnea, ritmo irregular o pausas sin respiración.
- Respiraciones superficiales por dolor.

En los movimientos respiratorios observar:

- Expansión anormal y progresiva de uno o ambos hemitórax (posible neumotórax).
- Hundimiento de parte de la pared torácica.
- Movimiento paradójico del tórax (posibilidad de tórax inestable o volet costal).
- Gran esfuerzo respiratorio.
- Ruidos anormales durante la inspiración y la espiración.
- Uso evidente de la musculatura abdominal.
- **Exponer al paciente**, prestando especial atención a la presencia de contusiones, heridas, hematomas o laceraciones en la superficie torácica, y dolor a la palpación.
- Observar si las heridas abiertas son soplantes. Si se detectan heridas perforantes:
 - Sellar la herida con un vendaje oclusivo o colocar un parche de Asherman.
- **Si hay un objeto enclavado en el tórax:**
 - No retirar el objeto, a menos que el paciente esté en PCR y su presencia impida la reanimación.

- Cubrir la entrada de la herida con un vendaje oclusivo e inmovilizar el objeto con un cojín de gasas o material similar, asegurándolo con tiras adhesivas.

En ambos casos, **solicitar SVA** inmediatamente si no se ha hecho previamente.

Traslado y transferencia

- Trasladar al paciente en **posición semisentada**, siempre que no existan otras lesiones que lo contraindiquen.
- Realizar el traslado a velocidad constante, evitando aceleraciones y deceleraciones bruscas.
- Transferir toda la información al personal del hospital receptor.

Particularidades del traumatismo abdominal

VALORACIÓN DE LA ESCENA

Sospechar la existencia de traumatismo abdominal en los siguientes casos:

- Mecanismo lesional compatible.
- Deformidades en un vehículo que indiquen un posible impacto en el abdomen, especialmente en conductores.
- Paciente en posición antiálgica.
- Existencia de una lesión visible o dolor espontáneo expresado por el paciente, o traumatismo torácico bajo.

VALORACIÓN PRIMARIA Y SOPORTE VITAL

- Valorar especialmente el estado circulatorio del paciente, buscando signos de shock como:
 - Pulso rápido y débil.
 - Palidez y piel fría.
 - Ausencia de pulsos distales.
- **Exponer al paciente**, prestando atención a contusiones, heridas, hematomas o laceraciones en la superficie abdominal y/o lumbar. Evaluar el dolor a la palpación y la rigidez de la pared abdominal.
- **En caso de evisceración:**
 - No intentar reintroducir las vísceras en el abdomen.
 - Cubrir las vísceras con gasas estériles humedecidas en SSF caliente.
 - Cubrir asépticamente las heridas.
- **Si un objeto ha producido una herida penetrante:**
 - Si el objeto está clavado, no retirarlo y estabilizarlo con un almohadillado.

En ambos casos, **solicitar USVA** inmediatamente si no se ha hecho todavía.

TRASLADO Y TRANSFERENCIA

- Trasladar al paciente en **decúbito supino con las rodillas flexionadas**, siempre que no existan otras lesiones que lo contraindiquen.

- Realizar el traslado a velocidad constante, evitando aceleraciones y deceleraciones bruscas.
- Transferir toda la información al personal del hospital receptor.

Particularidades del traumatismo vertebral

VALORACIÓN DE LA ESCENA

Considerar la posibilidad de **lesión raquímedular** en los siguientes casos:

- Mecanismo lesional que sugiera la posibilidad de lesión vertebral.
- Dolor directo en la zona de la columna vertebral.
- Déficit de movilidad o sensibilidad.
- Inconsciencia.
- Deformidades, hematomas paravertebrales.
- Relajación de esfínteres o priapismo (erección constante del pene).
- Traumatismos por encima de la 1ª costilla.

VALORACIÓN PRIMARIA Y SOPORTE VITAL

- Inmovilizar la **columna cervical** con tracción en la línea media y colocar un collarín cervical.
- Asegurar la inmovilización del cuello durante la movilización de la víctima, sujetando el cuello con las manos del sanitario, incluso si el collarín está puesto.
- Ser **particularmente prudente** en caso de sospecha de lesión vertebral.

RECUERDE: Si existe un mecanismo lesional sugerente, la presencia de hipotensión y bradicardia aumenta la sospecha de **shock neurogénico** por lesión medular.

VALORACIÓN SECUNDARIA

Si el estado del paciente lo permite:

- Comprobar la existencia de **deformidades, laceraciones o contusiones** en la columna vertebral o por encima de la zona clavicular. La ausencia de estas no excluye una lesión.
- **No intentar mover** una zona dolorosa solo para comprobar si hay dolor o lesión.
- Observar la presencia de **priapismo** (erección constante del pene) o relajación de esfínteres.

Cumplimentar el informe de asistencia detallando claramente el mecanismo lesional y cualquier cambio en las constantes vitales durante la atención.

TRASLADO Y TRANSFERENCIA

- Solicitar la presencia de **USVA** tan pronto se sospeche una lesión de columna vertebral o se constate la presencia de shock.
- Transmitir la información al médico del SVA sobre las circunstancias del traumatismo y la evolución del paciente.
- Utilizar un **colchón de vacío** siempre que sea posible, ya que está particularmente indicado en este tipo de patología.

- Fijar la cabeza utilizando un inmovilizador de cabeza si no se dispone de un colchón de vacío.
- Realizar el traslado a velocidad constante, evitando aceleraciones y deceleraciones bruscas.
- Transferir toda la información al personal del hospital receptor.

Posible traumatismo ortopédico

RECUERDE: La inmovilización adecuada de la lesión permite un manejo con menor dolor del paciente. En todo traumatismo ortopédico con dolor severo e incapacitante, que imposibilite el manejo del paciente por el equipo sanitario, solicite **USVA**.

FRACTURAS CERRADAS

Valoración primaria: ABCDE

- Prestar especial atención a la posible afectación hemodinámica y neurovascular.
- **Monitorizar:** Frecuencia respiratoria (FR), frecuencia cardíaca (FC), tensión arterial (TA), saturación de oxígeno (SatO2).
- Examinar la **escena del suceso** y el mecanismo lesional.
- Valorar la postura en la que se encuentra el paciente.
- Recabar información sobre la movilización previa de la víctima por terceros y reseñarlo en el informe de asistencia.
- Considerar **oxigenoterapia** según necesidades.
- Realizar valoración neurológica (sensibilidad y movilidad) y vascular (color de la piel, temperatura, relleno capilar, pulsos distales), antes y después de la inmovilización. Reseñarlo en el informe de asistencia.

Inmovilización

Alinear e inmovilizar (de manera lenta y suave) con férula o material idóneo:

- **Férulas de aluminio:** Dedos, muñeca, antebrazo.
- **Férulas MMSS:** Solo en mano y antebrazo; no válidas para fracturas de húmero.
- **Cabestrillo:** Fracturas de antebrazo, luxación de hombro.
- **Férulas MMII:** Fracturas de fémur, tercio proximal y medio de tibia.
- **Férula de tracción:** Usar en fracturas de huesos largos (tercio medio y distal de fémur) y en fractura de cadera, sin tracción para evitar rotaciones.
- Monitorizar constantes de manera reiterativa.

Traslado: Realizar el traslado en **USVB** si no existe inestabilidad hemodinámica, no ha sido precisa analgesia intravenosa, y no hay riesgo para la viabilidad y función del miembro.

FRACTURAS ABIERTAS

- Seguir el mismo procedimiento que en las fracturas cerradas.

- Detallar en el informe de asistencia el tipo de fractura abierta según la **clasificación de Gustilo-Anderson**:
 - **Tipo I**: Herida menor de 1 cm.
 - **Tipo II**: Herida mayor de 1 cm.
 - **Tipo III**: Mayor extensión, con hueso visible.
- Realizar hemostasia de los puntos sangrantes. Si es necesario, usar el torniquete.
- Lavar 'a chorro' con **SSF** con intención de arrastre. No frotar el hueso expuesto ni generar "efecto barro".
- Conservar los trozos de hueso sueltos (posible implante) y cubrir con un apósito estéril el foco de fractura.

Solicitar USVA para el traslado.

LUXACIONES

- **Valoración primaria**: ABCDE.
- **No reducir las luxaciones** (riesgo de fragmentos óseos intraarticulares).
- Valorar la afectación vascular y neurológica del miembro afectado, así como el mecanismo lesional.
- Detallar el grado de afectación neurovascular en el informe de asistencia.
- Inmovilizar el miembro en **posición antiálgica**, o en la posición en que se encontró si permite un buen manejo.

Traslado: Debe ser en **SVA** si fue necesaria la analgesia intravenosa o existe riesgo para la viabilidad y función del miembro.

AMPUTACIONES

Solicitar USVA.

- **Valoración primaria** del paciente, prestando especial atención a la situación hemodinámica y posibles lesiones asociadas.
- Recabar la hora en que se produjo el accidente y reseñarlo en el informe de asistencia.
- Realizar hemostasia y valorar el vendaje del muñón con compresión sobre el tronco arterial vascular principal del miembro amputado. Si es necesario, utilizar el torniquete.

Sobre el muñón:

- No limpiar salvo en caso de suciedad grosera, evitando "efecto barro".
- No usar antisépticos.

Sobre el miembro amputado:

- No lavar, salvo en caso de suciedad grosera.
- Introducir el miembro en una bolsa de plástico, y esta en otra bolsa con hielo y agua en proporción 1:3, manteniendo una temperatura de aproximadamente 4°C.
- Realizar reevaluación hemodinámica constante y valorar el relleno capilar de manera reiterativa.

Traslado: Debe ser en **SVA**, junto con el miembro amputado, a un hospital con servicio de **Cirugía Vascul**ar.

Paciente quemado

Medidas Iniciales

- **Aplique las medidas de seguridad necesarias.** Retire al paciente de la fuente de calor.
- **Desnudar al paciente:** Retire anillos, pulseras y cualquier otro adorno que pueda producir compresión o "efecto torniquete". Si la ropa está adherida a la piel, recorte la prenda alrededor sin retirar lo que esté pegado a la piel.
- **Mantener el habitáculo del vehículo lo más caliente posible** durante la valoración y el traslado.
 - **Recuerde:** El paciente quemado tiende a la hipotermia.

Valoración Inicial: ABCDE

- **Valore la presencia de:**
 - Quemaduras en cara y cuello.
 - Signos y síntomas de quemadura inhalatoria.
 - Quemaduras de segundo grado > 15% de la superficie corporal quemada (SCQ) (> 10% en niños o ancianos).
 - Quemaduras de tercer grado > 2% de SCQ.
 - Quemaduras eléctricas o químicas.
 - **Necesidad de sedo-analgesia:** Solicite USVA en estos casos.
- **Administre oxigenoterapia** a alto flujo según necesidades.
 - **Recuerde:** En ambientes con humo, la pulsioximetría no es fiable.
- **Monitoree:**
 - Tensión arterial (TA).
 - Frecuencia cardíaca (FC).
 - Frecuencia respiratoria (FR).
 - Electrocardiograma (ECG).
 - Saturación de oxígeno (SatO₂).
 - Temperatura.
- **Determine la extensión de la quemadura** según la "regla de los 9" o Wallace.

Aplicación del Burnshield Hidrogel

Para quemaduras de **primer y segundo grado**, el Burnshield Hidrogel es un recurso ideal para enfriar la herida, aliviar el dolor y prevenir infecciones. Sigue estos pasos para la aplicación correcta de Burnshield Hidrogel:

Procedimiento de Aplicación:

1. **Evaluación de la Quemadura:**
 - Identifique el grado de la quemadura:
 - **Primer grado:** enrojecimiento y dolor, sin ampollas.
 - **Segundo grado superficial:** presencia de ampollas y piel rosada.
 - **Segundo grado profundo:** la piel puede verse más pálida o moteada.
2. **Preparación del Área Afectada:**
 - Lávese las manos o use guantes antes de manipular la herida.
 - Retire cuidadosamente la ropa o accesorios cercanos, pero sin retirar lo adherido a la piel.
3. **Aplicación de Burnshield Hidrogel:**
 - **Abra el empaque de Burnshield Hidrogel.**
 - Aplique una cantidad generosa del hidrogel sobre la quemadura. **No frote**, simplemente cubra la superficie afectada.
 - Si dispone de un apósito Burnshield preimpregnado, colóquelo sobre la herida directamente.
4. **Cobertura y Distribución:**
 - **Distribuya el hidrogel de manera uniforme** sobre la piel quemada, asegurándose de cubrir completamente la zona afectada.
 - Si es necesario, cubra la herida con un apósito estéril no adherente.
5. **Enfriamiento y Protección:**
 - El hidrogel proporciona **enfriamiento continuo** durante al menos 30 minutos, pudiendo permanecer hasta 24h.
 - **No lave ni retire el hidrogel** inmediatamente, ya que su acción es continua hasta 24h.
6. **Reaplicación:**
 - Reaplique Burnshield si el área se seca o si el dolor aumenta.
 - Cambie el apósito Burnshield cada 24 horas o según indicaciones médicas.
7. **Consideraciones por Tipo de Quemadura:**
 - **Quemaduras de primer grado y segundo grado superficial:**
 - Aplicación directa de Burnshield ayuda a enfriar la zona y evitar la progresión de la lesión.
 - **Quemaduras de segundo grado profundo:**
 - Burnshield proporciona alivio temporal y protección antes del traslado, pero **requiere atención médica especializada.**
8. **NO usar en quemaduras de tercer grado.**
 - **Toda quemadura de tercer grado debería llevar aparejada tanto de segundo como de primer grado, por tanto el área alrededor de tercer grado si puede ser tratada.**

Cuidados Según la Extensión de las Quemaduras

- **Si la quemadura es < 20% de la SCQ:**
 - Valore el uso de apósitos de gel de agua o Burnshield Hidrogel si dispone de ellos. Si no dispone, utilice apósitos estériles húmedos (SSF).
- **Si la quemadura es > 20% de la SCQ:**
 - **Controle las pérdidas de calor** mediante aislamiento con manta aluminizada. Limitar el uso de hidrogeles cuando se supera esta SCQ.

Consideraciones Adicionales

- **No vacíe las ampollas** que estén limpias e intactas, ya que esto aumenta el riesgo de infección.
- **Eleve el miembro afectado** si es posible para reducir la inflamación.
- **Mantenga la asepsia** durante la manipulación del paciente.

Quemaduras Especiales

Quemaduras Químicas:

- Desvista las zonas contaminadas.
- Irrigue las zonas afectadas con **abundante SSF o agua durante al menos 15 minutos**, especialmente en caso de quemaduras por álcalis.

Quemaduras Eléctricas:

- **Monitoree electrocardiográficamente** al paciente y registre cualquier alteración significativa en el ritmo cardíaco. (ver procedimiento de electrocardiografía)

Possible intoxicación por humo

Valoración de la Escena

- **Evaluar la situación** y priorizar la seguridad del personal del servicio sobre la asistencia sanitaria.
- Consultar con Bomberos cuál debe ser la ubicación segura, fuera de la zona caliente o de intervención.
- Establecer distancias de seguridad tras consultar con Bomberos.
- Seleccionar un espacio asistencial óptimo, sin exposición a riesgos, e informar a la Estación de Comunicaciones de la ubicación.

Recopilar información sobre:

- **Sustancias a las que el paciente ha estado expuesto** y sus diversos efectos. El humo de un incendio puede contener:
 - **Asfixiantes simples** (CO₂).
 - **Gases irritantes** (cloro, amoníaco).
 - **Inhalantes con efectos sistémicos** (óxidos nitrosos y derivados del flúor).
 - **Partículas y vapor de agua.**

- **Sustancias que interfieren con el transporte o uso de oxígeno** (ácido cianhídrico y monóxido de carbono).
- **Tiempo y circunstancias de la exposición:** Lugares cerrados o abiertos, aireación de la zona, inconsciencia de la víctima, proximidad a la fuente, etc.
- Información proporcionada por los rescatadores y niveles de tóxicos en el aire del lugar de exposición.
- **Factores del paciente que agravan la exposición:** Con especial atención a niños y embarazadas. Niveles de carboxihemoglobina (COHb) > 10% en embarazadas condicionan el traslado y la administración de oxígeno hiperbárico (feto con 10-15% más COHb que la madre).

Valoración Primaria y Soporte Vital

- **Valoración inicial: ABCDE**, prestando atención a:
 - **Signos de quemadura inhalatoria.**
 - **Signos y síntomas de insuficiencia respiratoria** por hipoxia tisular (debida a la inhalación de aire pobre en oxígeno, gases tóxicos como CO y cianhídrico o gases irritantes).
- **Activar USVA** precozmente ante situaciones de coma o signos de quemadura inhalatoria, como:
 - Mucosas hiperémicas o quemadas.
 - Estridor laríngeo, cambio de voz.
 - Glasgow < 9.
 - Eritema facial, hollín en vía aérea, esputo carbonáceo, quemadura de vibras, o confinamiento en lugares cerrados.
- **Sintomatología de intoxicación por cianhídrico (CN):** Taquipnea, taquicardia, cefalea, mareos, náuseas, vómitos, arritmias, estupor, coma y convulsiones.
- Otros síntomas incluyen desorientación, alteraciones visuales, alteraciones de conducta, cambios electrocardiográficos, dolor de garganta, broncoespasmo, rinorrea y tos.
- Colocar al paciente en **posición sentada o semisentada**, a menos que presente bajo nivel de conciencia.
- **Monitorizar signos vitales:** TA, FC, FR, ECG, SatO2, COHb. **RECUERDE:** La pulsioximetría puede mostrar niveles falsamente elevados de saturación de oxígeno, pero es útil para valorar tendencias.
- Determinar los niveles de **carboxihemoglobina (COHb)** mediante cooxímetro. Valores > 20% indican exposición significativa a CO.
- Administrar **oxigenoterapia a alto flujo** con mascarilla con reservorio y controlar los niveles de COHb para observar la caída.
- Si introduce al paciente en el habitáculo asistencial, **retire las prendas impregnadas de humo** y guárdelas en bolsas herméticas para evitar la continua inhalación de tóxicos.

NIVELES DE RIESGO

Riesgo bajo

- Incendio con escasa exposición al humo y cifras bajas de tóxicos en el aire.
- Paciente asintomático o con síntomas leves, sin factores de riesgo personal.

Riesgo medio

- Paciente con antecedentes de riesgo, exposición prolongada o corta exposición en áreas con altos niveles de tóxicos, presentando síntomas leves respiratorios o neurológicos.

Riesgo alto

- Paciente con **alta probabilidad de inhalación** (incluso transitoria) y cifras elevadas de tóxicos, con clínica respiratoria, neurológica o cardiovascular moderada.
- Paciente con **clínica significativa** respiratoria, neurológica o cardiovascular, y niveles elevados de tóxicos en el ambiente. En estos casos, es prioritario el traslado en **USVA**.

Dispositivo Eléctrico de Control

INTRODUCCIÓN

Las actuaciones policiales, que conllevan la colaboración entre las fuerzas policiales y los cuerpos sanitarios, ya sea para dar cobertura sanitaria a los propios miembros de la policía o a terceras personas involucradas en dichas intervenciones, generan la necesidad de adaptar los procedimientos operativos y asistenciales para facilitar una actuación conjunta, acorde con las nuevas tecnologías.

Con la incorporación de los **Dispositivos Eléctricos de Control** (DEC) en el ámbito operativo diario de la Policía Nacional de Pozuelo de Alarcón, se ha creado la **Clave 18** en los procedimientos de SEAPA, destinada a la activación de SEAPA cuando se utilice un DEC.

A través de una revisión bibliográfica sobre las lesiones ocasionadas por estos dispositivos, así como de la experiencia internacional en su uso, se ha constatado una **importante disminución de los riesgos físicos** comparados con las armas y dispositivos utilizados habitualmente. Sin embargo, en algunos casos se han detectado lesiones o efectos secundarios que deben tenerse en cuenta al proporcionar cobertura sanitaria en estas intervenciones.

Por estas circunstancias, siempre que SEAPA sea activado por medio del **CECOPM** (Centro de Coordinación Operativa Municipal) de Policía Municipal de Pozuelo de Alarcón para intervenir en una **Clave 18**, se tendrán en cuenta dos fases: la **fase operativa** y la **fase asistencial**.

FASE OPERATIVA

La fase operativa comienza con la activación de la **Clave 18** de SEAPA por parte de la Policía, a través del CECOPM de Policía Municipal. Esta activación puede darse en dos situaciones:

1. **Servicio preventivo ante una intervención policial programada**, donde se prevea la utilización del Dispositivo Eléctrico de Control.

2. Utilización de un Dispositivo Eléctrico de Control durante una intervención policial.

Activación por intervención programada

Cuando la activación sea para una intervención programada, se solicitará la **Clave 18** a través del CECOPM de Policía Municipal, indicando a la unidad de SEAPA el lugar donde debe personarse. A la llegada de SEAPA, el responsable policial de la activación de la Clave 18 informará a la unidad sanitaria sobre la situación y las necesidades, siempre garantizando la seguridad del personal de SEAPA.

La aproximación de SEAPA se realizará de manera habitual, restringiendo el uso de sirenas y luces de emergencia en las cercanías del lugar del aviso, o siguiendo las indicaciones del mando policial solicitante.

Activación por intervención policial no programada

En este caso, la unidad de SEAPA se dirigirá al lugar indicado por el indicativo de Policía solicitante. Al llegar, el mando policial informará a SEAPA sobre la situación y confirmará si la escena es segura para que el equipo sanitario pueda actuar.

La aproximación de SEAPA se realizará de la misma manera que en el caso anterior, restringiendo el uso de sirenas y luces de emergencia en las proximidades del lugar del aviso o siguiendo las indicaciones del mando policial.

FASE ASISTENCIAL

Una vez que se confirme que la zona es segura, la unidad de SEAPA procederá a atender al paciente, quien será trasladado a la unidad asistencial siempre que sea posible y las circunstancias no lo contraindiquen. Un miembro de la Policía permanecerá al lado de los componentes de SEAPA durante toda la asistencia.

Durante la fase asistencial, se prestará especial atención a los siguientes puntos:

- Valoración del **A, B, C, D y E primaria**, poniendo énfasis en posibles hemorragias exanguinantes.
- Identificación de posibles lesiones traumáticas ocasionadas por una caída desde la propia altura del paciente.
- **Monitorización de ECG de 12 derivaciones**, imprimiendo dos ejemplares y adjuntando uno al informe asistencial original y otro a la copia para archivo.
- Realización de una **evaluación neurológica secundaria**.
- Retirada de los **arpones** del Dispositivo Eléctrico de Control y cura local.
- Cualquier otra actuación asistencial que, a juicio del responsable asistencial de la dotación, se considere necesaria.

Tras la valoración y asistencia, el responsable de la dotación de SEAPA comunicará al responsable policial el resultado de la evaluación y asistencia, así como la necesidad o no de trasladar al paciente a un centro hospitalario. Si el paciente requiere traslado, un miembro de la Policía acompañará a la dotación de SEAPA.

PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS Y TABLAS

Procedimiento Glucemia Capilar

1. Información al paciente:

- Informar al paciente y/o al cuidador principal del procedimiento que se va a realizar (Grado C).
- Solicitar su colaboración, recalcar la utilidad del procedimiento y utilizar un lenguaje comprensible. Resolver sus dudas y temores.
- En el caso de pacientes pediátricos, explicar el procedimiento a los padres (Grado B).
- Solicitar el consentimiento verbal (Grado C), siempre que sea posible.
- Identificar a los profesionales sanitarios que van a intervenir en el procedimiento, si no lo ha hecho antes.

2. Preparación:

- Colocar al paciente de forma confortable.
- Verificar la limpieza y correcto funcionamiento del glucómetro.
- Comprobar la fecha de caducidad de las tiras reactivas y que estas correspondan con el modelo del glucómetro a utilizar (Nivel IV).
- Realizar la higiene de manos (Nivel I).
- Colocarse los guantes.

3. Selección de la zona de punción:

- Elegir la zona de punción, evitando las áreas rojizas, deformadas o con cicatrices.
- Usar la zona lateral de la yema de los dedos o el lóbulo de la oreja.
- En lactantes y neonatos, elegir el talón calentado previamente (Nivel IV).
- Asegurarse de que la zona de punción esté limpia y seca. Si es necesario, lavar con suero (Nivel IV).

4. Ejecución del procedimiento:

- Cargar el sistema automático de punción.
- Colocar la tira reactiva en el medidor.
- Favorecer el flujo sanguíneo en la zona seleccionada, dando un ligero masaje desde la base hasta la punta del dedo (Nivel IV).
- Puncionar la zona elegida con una trayectoria recta, formando un ángulo de 90° entre el dispositivo de punción y el lateral del dedo.
- Desechar la primera gota de sangre.
- Colocar una gota suficiente de sangre sobre el área reactiva de la tira (la absorción es por capilaridad).
- Presionar la zona de punción con una gasa (Nivel IV).
- Esperar el tiempo fijado por el medidor para obtener el resultado.

5. Finalización:

- Retirar la tira reactiva y apagar el medidor si es necesario.
- Desechar el material utilizado y limpiar el glucómetro siguiendo las recomendaciones del fabricante.
- Retirar y desechar los guantes.
- Realizar la higiene de manos nuevamente.

6. Registro:

- Registrar el resultado obtenido.
-

Procedimiento Toma de Tensión Arterial (TA)

1. Información al paciente:

- Informar al paciente y/o al cuidador principal del procedimiento que se va a realizar, y solicitar su colaboración. Es importante recalcar la utilidad de la toma de tensión arterial, usar un lenguaje comprensible y resolver sus dudas y temores (Grado B).
- En el caso de pacientes pediátricos, explicar el procedimiento a los padres.

2. Consentimiento:

- Solicitar el consentimiento de forma verbal, siempre que sea posible.

3. Identificación del equipo sanitario:

- Si no lo ha hecho antes, identificar a los profesionales sanitarios que van a intervenir en el procedimiento.

4. Higiene de manos:

- Realizar la higiene de manos con solución hidroalcohólica según el procedimiento.

5. Preparación del equipo:

- Limpiar los auriculares del fonendoscopio con alcohol al 70°.
- Seleccionar el tamaño adecuado del manguito según la circunferencia del brazo del paciente.

6. Posición del paciente:

- Colocar al paciente sentado cómodamente o tumbado, evitando que cruce las piernas. El brazo donde se va a medir la presión arterial (PA) debe estar apoyado, sin ropa que lo comprima, con la palma de la mano hacia arriba y a la altura del corazón.
- Nota: Un brazo elevado por encima del corazón puede dar cifras más bajas de presión arterial, mientras que si está por debajo del corazón, las cifras pueden ser más altas.

7. Toma de la tensión arterial (Método Auscultatorio):

- **Localización de la arteria:** Localizar la arteria braquial mediante palpación a lo largo de la cara interna del brazo.
- **Colocación del manguito:** Colocar el manguito con el centro de la cámara coincidiendo con la arteria, y su borde inferior a 2-3 cm por encima del pliegue del codo para dejar libre la fosa antecubital.
- **Colocación del fonendoscopio:** Colocar la membrana del fonendoscopio sobre la arteria braquial, sin ejercer demasiada presión para evitar alterar el pulso. No introducir el fonendoscopio bajo el manguito.
- **Inflado del manguito:** Cerrar la válvula del esfigmomanómetro e inflar el manguito hasta que la presión registrada sea 20-30 mm Hg superior a la presión sistólica estimada (esto se reconoce por la desaparición del pulso radial).
- **Desinflado del manguito:** El desinflado se debe hacer a una velocidad uniforme de aproximadamente 2 mm Hg por segundo o por latido cardíaco.
 - Observar la aguja del manómetro al escuchar el primer latido seguido de otros dos iguales, lo que corresponde a la presión arterial sistólica (Fase I de Korotkoff).
 - Continuar desinflando hasta que los latidos dejen de escucharse o se perciba un cambio de tono considerable, lo que indica la presión arterial diastólica (Fase V de Korotkoff).
 - Continuar el desinflado hasta unos 20 mm Hg por debajo de la

presión sistólica para eliminar la posibilidad de un intervalo de silencio.

8. Finalización:

- Retirar el manguito cuando esté completamente desinflado.
- Dejar al paciente en una posición cómoda.

9. Desinfección y almacenamiento:

- Guardar el equipo adecuadamente, desinfectando los auriculares y la campana del fonendoscopio con alcohol al 70°.

Las **fases de Korotkoff** son los sonidos que se escuchan con un estetoscopio mientras se mide la presión arterial utilizando el **método auscultatorio**. Estos sonidos son generados por el flujo de sangre a través de las arterias cuando el manguito del esfigmomanómetro es desinflado. Se utilizan para determinar los valores de **presión arterial sistólica** y **presión arterial diastólica**.

Existen cinco fases de los sonidos de Korotkoff, cada una con una característica específica. A continuación, se describen:

Fase I:

- **Descripción:** El primer sonido claro y repetitivo que se escucha al desinflar el manguito. Es un golpe suave pero nítido.
- **Significado:** Este primer sonido marca la **presión arterial sistólica**. Es el momento en que la sangre empieza a fluir nuevamente a través de la arteria, superando la presión ejercida por el manguito.

Fase II:

- **Descripción:** Sonido de golpeteo que se vuelve más suave y continuo, a menudo acompañado de un sonido murmurante o de soplo.
- **Significado:** Se escucha mientras la sangre sigue fluyendo a través de la arteria parcialmente comprimida. Esta fase no tiene importancia clínica directa para la medición de la presión arterial.

Fase III:

- **Descripción:** Sonidos más nítidos y fuertes en comparación con la fase II, se asemejan a un golpeteo claro.
- **Significado:** Indica el flujo continuo de sangre a través de la arteria a medida que la presión del manguito disminuye.

Fase IV:

- **Descripción:** Sonidos amortiguados y suaves, el golpeteo se vuelve más débil y apagado.
- **Significado:** En algunos casos, esta fase puede ser utilizada para determinar la **presión diastólica** cuando los sonidos de la fase V son difíciles de escuchar o si hay una brecha de silencio en la fase V. Sin embargo, lo más común es usar la fase V.

Fase V:

- **Descripción:** Es el punto en el que los sonidos desaparecen por completo.
- **Significado:** Marca la **presión arterial diastólica**. Es el momento en que la presión del manguito es lo suficientemente baja como para permitir que el flujo sanguíneo continúe sin interrupción a través de la arteria, es decir, sin restricciones.

Uso en la medición de la presión arterial:

- **Presión arterial sistólica:** Se obtiene cuando se escucha el **primer sonido** de la fase I.
- **Presión arterial diastólica:** Se obtiene cuando los sonidos **desaparecen por completo** en la fase V.

Procedimiento Electrocardiograma (ECG)

1. Preparación e información al paciente:

- Respetar la intimidad del paciente y mantener la confidencialidad de sus datos.
- Informar al paciente y/o al cuidador principal sobre el procedimiento a realizar. Solicitar su colaboración, recalcar la utilidad del procedimiento, usar un lenguaje comprensible y resolver cualquier duda o temor.
- En el caso de pacientes pediátricos, explicar el procedimiento a los padres.
- Solicitar el consentimiento verbal, siempre que sea posible.
- Identificar a los profesionales sanitarios que intervendrán en el procedimiento.

2. Preparación del equipo y del entorno:

- Preparar el electrocardiógrafo y comprobar que los ajustes son correctos (25 mm/sg y 10 mm/mv) y que la batería esté cargada.
- Realizar el lavado higiénico de manos o higienización con solución hidroalcohólica.
- Colocar al paciente preferiblemente en **decúbito supino** en una camilla. Si el paciente está en el suelo, asegúrate de que sea una zona segura y cómoda. Si el paciente está sentado, se debe recostar o tumbar, si es posible.
- Pedir al paciente que descubra el tórax, los maléolos y los antebrazos. Colocar los brazos pegados al cuerpo, pero asegurarse de que los pulsos no toquen la cintura y que los pies no toquen la camilla. Indicarle que respire normalmente y no hable durante la prueba.
- Retirar cualquier material metálico que el paciente pueda llevar (relojes, cadenas, etc.) que pueda interferir con el procedimiento.
- Si es estrictamente necesario, ponerse guantes no estériles.

3. Rasurado y preparación de la piel:

- En caso de que el paciente tenga mucho vello en el área donde se colocarán los electrodos, rasurar la zona para facilitar su fijación. Si hay restos de lociones, limpiarlas y esperar a que la piel esté seca.
- Desechar la máquina de afeitar en el contenedor de material punzante al finalizar el rasurado.
- Cubrir al paciente con una sábana, desde las rodillas hasta el séptimo

espacio intercostal si es posible.

4. Colocación de los electrodos:

- Comprobar que la piel esté limpia, seca y libre de grasa. Si es necesario, limpiar las áreas donde se colocarán los electrodos (tórax y maleolos).
- Colocar los cuatro electrodos en la cara interna del pulso y en las regiones pretibiales maleolares, o en hombros y fosas ilíacas si es necesario. Los electrodos deben colocarse en superficies carnosas, evitando prominencias óseas o áreas con abundante pelo (que deberían ser rasuradas si es el caso).
- Asegurarse de que las pinzas de los miembros estén impregnadas de pasta conductora o alcohol.

Conexión de electrodos de colores universales:

- **RA (Rojo):** Miembro superior derecho o hombro derecho.
- **LA (Amarillo):** Miembro superior izquierdo o hombro izquierdo.
- **LL (Verde):** Miembro inferior izquierdo o fosa ilíaca izquierda.
- **RL (Negro):** Miembro inferior derecho o fosa ilíaca derecha.

5. Colocación de las derivaciones precordiales:

- **V1:** 4º espacio intercostal del lado derecho del esternón.
- **V2:** 4º espacio intercostal del lado izquierdo del esternón.
- **V3:** Punto medio entre V2 y V4.
- **V4:** 5º espacio intercostal, línea media clavicular.
- **V5:** Línea axilar anterior izquierda, a la misma altura que V4.
- **V6:** Línea media axilar izquierda, a la misma altura que V4 y V5.

6. Ejecución del ECG:

- Desenchufar cualquier cama eléctrica en caso de que el paciente esté recostado en una.
- Encender el electrocardiógrafo y seleccionar la velocidad estándar (25 mm/seg) y el voltaje (10 mm/mv).
- Observar la calidad del trazado y continuar el registro durante un tiempo suficiente para detectar alteraciones del ritmo, repolarización o trastornos de la conducción, según indicaciones médicas.
- Si la calidad del trazado no es adecuada, repetir el procedimiento.
- Identificar el ECG con el nombre completo del paciente, la hora y la fecha de la realización, y registrar cualquier evento significativo como dolor torácico.

7. Finalización:

- Apagar el electrocardiógrafo una vez completado el procedimiento.
- Desconectar, recoger y limpiar el equipo, teniendo especial cuidado en casos de pacientes aislados.
- Realizar la higiene de manos. El uso de guantes no exime de esta práctica.
- Ayudar al paciente a vestirse o cubrirlo con la sábana y asegurarse de que quede en una posición cómoda.

8. Consideraciones adicionales:

- **Derivaciones precordiales derechas:** En pacientes con dextrocardia o sospecha de infarto del ventrículo derecho, se intercambian V1 y V2. Las derivaciones de V3 a V8 se colocan en el lado derecho del tórax.
- **Derivaciones posteriores izquierdas y derechas:** En pacientes con sospecha de infarto extenso del ventrículo izquierdo o posterior, colocar V7, V8 y V9 en las siguientes posiciones:

- **V7:** 5º espacio intercostal izquierdo, línea axilar posterior.
- **V8:** 5º espacio intercostal, línea escapular media.
- **V9:** 5º espacio intercostal izquierdo, línea paravertebral.

Procedimiento paso a paso para aplicar un torniquete

1. Preparación inicial:

- Extraer el torniquete de su ubicación.
- Colocar el torniquete en el miembro afectado, siempre por **encima** de la herida, es decir, zona proximal. Evitar colocar el torniquete sobre una articulación.
- Si es posible, retirar cualquier objeto o vestimenta en la zona afectada, pero si la situación no lo permite, aplicar el torniquete sobre la ropa.

2. Colocación del torniquete:

- Ajustar la banda del torniquete al grosor del miembro lesionado. Cuanto más apriete en esta fase, menos vueltas serán necesarias.
- **Colocar el torniquete a 5-7 cm** por encima de la lesión sangrante.
- Girar el **bastón de torsión** (molinete) hasta que la hemorragia se detenga o bien desaparezcan los pulsos distales. Si ajustó bien la banda, no es necesario hacer más de tres vueltas de 180°.

3. Aseguramiento del torniquete:

- Asegurar el bastón de torsión en una de las pestañas del dispositivo.
- Marcar la **frente del paciente con una "T"** y escribir la hora de aplicación del torniquete (en formato de 24 horas) para llevar un control del tiempo de isquemia.
- No cubrir el torniquete con un vendaje. Dejarlo visible para que se pueda monitorear.

4. Evacuación del paciente:

- Evacuar al paciente hacia un lugar seguro para su evaluación médica y tratamiento posterior.
- Durante la evacuación, **reevaluar constantemente** para verificar si el torniquete sigue siendo efectivo en el control de la hemorragia.
- En caso de resangrado, aplicar otro torniquete justo por encima del primero.

5. Consideraciones finales:

- Evitar que el torniquete esté colocado por más de **2 horas** para minimizar complicaciones derivadas de la isquemia.
- Si se retira, realizarlo bajo supervisión médica, preferentemente en un entorno quirúrgico.

Procedimiento agentes hemostáticos

Hemostáticos

Tipo	Definición	Indicaciones	Descripción Técnica	Complicaciones	Cuidados Posteriores
Celox Gauze®	Vendaje hemostático compuesto de chitosán (polisacárido derivado de moluscos marinos).	Control de hemorragias arteriales y venosas en miembros.	Aplicar presión durante 3-5 minutos después de introducirlo en la herida. Empacado en gasa para zonas no accesibles a torniquetes.	No tiene reacción exotérmica ni toxicidad. Puede causar dolor al introducirlo en heridas profundas.	Monitorizar signos de resangrado. Retirar con irrigación de solución salina estéril. Marca la zona con rotulador para control de sangrado.
Combat Gauze®	Vendaje impregnado con kaolín , un mineral que favorece la coagulación.	Hemorragias moderadas y severas, abrasiones, cortes, laceraciones.	Se empaca en la herida para aglutinar factores de coagulación. Se debe hacer presión directa para favorecer la hemostasia.	No se reportan complicaciones graves.	Presión durante al menos 5 minutos. Marcar la zona de sangrado con rotulador. Retirar con solución salina estéril.
Celox Granulado	Granulado de chitosán que no interviene en la coagulación, solo ayuda a formar coágulos naturalmente.	Hemorragias severas, especialmente en miembros y en pacientes anticoagulados.	Introducir directamente en la herida abierta. En caso de hemorragias masivas, combinar con vendaje compresivo.	Puede causar dolor durante la aplicación. Debe evitarse su uso en heridas cerradas.	Presión en la herida durante 5 minutos. Monitorización continua de signos de resangrado. Retirar con irrigación estéril.
Quick Clot ACS+™	Compuesto granulado de zeolita , un mineral volcánico	Hemorragias graves.	Aplicación sencilla, incluso para personal no	Reacción exotérmica. Puede causar quemaduras	Reevaluar signos de resangrado y comprobar

Tipo	Definición	Indicaciones	Descripción Técnica	Complicaciones	Cuidados Posteriores
	que absorbe agua de la sangre favoreciendo la coagulación.		sanitario. Genera una reacción exotérmica que aumenta la temperatura de la herida.	leves en algunos casos.	la efectividad del control de hemorragias . Marcar la zona afectada con rotulador para evaluación.

Procedimiento de Colocación de Hemostáticos

Colocación del agente hemostático **Celox®** en hemorragias externas

1. Preparación:

- Administre analgesia al paciente si es necesario.
- Limpie el área afectada retirando el exceso de sangre con una compresa, utilizando siempre guantes de protección.

2. Aplicación del **Celox®**:

- Abra el sobre del agente hemostático **Celox-A®** o **Celox Gauze®** (vendaje impregnado en chitosán).
- Inserte el aplicador del **Celox-A®** o **Celox Gauze®** en la herida sangrante tanto como sea posible.

3. Compresión:

- Con la palma de la mano aplique presión directa y firme sobre la herida durante al menos 5 minutos. Esto permitirá que el agente hemostático entre en contacto íntimo con el punto sangrante, promoviendo la formación rápida del coágulo.
- Asegúrese de que todo el área de la herida esté cubierta por el agente hemostático para maximizar su eficacia.

4. Vendaje Compresivo:

- Después de aplicar el agente hemostático, cubra la herida con un vendaje compresivo, asegurándose de mantener una presión constante sobre el área afectada para controlar cualquier resangrado.

5. Monitorización:

- Durante el traslado, supervise constantemente posibles signos de resangrado. Marque el borde del sangrado en el vendaje con un rotulador para detectar cualquier cambio en el tamaño de la mancha de sangre.
- Si el sangrado no se controla, reevalúe el uso de presión directa o el torniquete, y asegúrese de que la técnica de aplicación sea adecuada.

6. Retirada del Hemostático:

- Para retirarlo, irríguelo completamente con suero fisiológico estéril en el hospital o bajo supervisión médica

Procedimiento paso a paso para la colocación del cinturón pélvico "Pelvic Sling II SAM"

A continuación se describe el procedimiento para la colocación del cinturón pélvico Pelvic Sling II SAM, sus indicaciones, preparación, colocación, contraindicaciones, cuidados e inmovilización.

1. Indicaciones

El cinturón pélvico SAM es un dispositivo utilizado para estabilizar fracturas de pelvis, particularmente las fracturas inestables o de "libro abierto" (fracturas donde los huesos de la pelvis se separan). Su uso está indicado en:

- Trauma pélvico severo o sospecha de fractura de pelvis.
- Pacientes con hipotensión secundaria a una hemorragia pélvica.
- Lesiones por accidentes automovilísticos o caídas desde grandes alturas que afecten la pelvis.

2. Preparación

Material necesario:

- Cinturón pélvico Pelvic Sling II SAM (correcto tamaño para el paciente).
- Guantes estériles.
- Tabla espinal o camilla rígida, si es necesario.
- Ayudante(s) para movilización del paciente.

Consideraciones:

- Explicar el procedimiento al paciente si está consciente.
- Evaluar al paciente para identificar signos de lesión pélvica, como dolor en la pelvis, hematomas, movilidad anormal o deformidad en la región pélvica.

3. Colocación

Paso a paso:

1. **Evaluar la situación:** Determina si existe la necesidad de estabilizar la pelvis. Si hay signos de trauma significativo y sospecha de fractura de pelvis, procede a inmovilizar.
2. **Prepara el dispositivo:** Abre el cinturón pélvico SAM Pelvic Sling II y extiéndelo. Verifica que el tamaño sea adecuado para el paciente.
3. **Posicionar el cinturón:** Desliza el cinturón debajo de las caderas del paciente (entre el trocánter mayor de cada fémur, justo por debajo del nivel de las crestas ilíacas). Para evitar movimientos bruscos que puedan agravar la lesión, usa una técnica de "log roll" (giro en bloque), si es necesario, con la ayuda de al menos dos personas.
4. **Asegurar el cinturón:** Una vez que el cinturón esté correctamente posicionado, asegúralo tirando de las correas de forma uniforme hasta que el dispositivo se ajuste firmemente, pero sin ejercer una presión excesiva. El Pelvic Sling II tiene un mecanismo de bloqueo automático que asegura la presión correcta (el dispositivo está diseñado para aplicar entre 33 y 45 kg de presión).

5. **Fijar las correas:** Ajusta las correas en su lugar, asegurando que no se aflojen con el movimiento. Verifica que el cinturón esté bien ajustado pero que no restrinja demasiado el flujo sanguíneo ni cause incomodidad adicional.
6. **Verificación:** Asegúrate de que el cinturón esté colocado correctamente a nivel del trocánter mayor y que la presión sea adecuada. No debe colocarse a nivel de la cintura ni sobre las costillas.

4. Contraindicaciones

El uso del cinturón pélvico está contraindicado en las siguientes situaciones:

- Fracturas pélvicas de bajo impacto sin desplazamiento.
- Si existen lesiones abdominales que podrían agravarse con la compresión pélvica.
- Pacientes con implantes quirúrgicos previos en la pelvis que podrían ser afectados por la presión del cinturón.

5. Cuidados posteriores a la colocación

- **Reevaluación continua:** Después de aplicar el cinturón, sigue monitorizando el estado hemodinámico del paciente y la estabilidad del cinturón. Verifica si el paciente presenta algún signo de malestar adicional, como dolor abdominal o dificultad para respirar.
- **Cuidado en el traslado:** Mantén al paciente inmovilizado mientras es trasladado a un centro médico para tratamiento definitivo. Si se usa una tabla espinal o camilla rígida, asegúrate de que el cinturón permanezca en su lugar durante todo el traslado.
- **Cuidados de la piel:** Observa posibles signos de presión o daño en la piel, especialmente en traslados prolongados.

6. Inmovilización

- **Inmovilización prolongada:** El cinturón pélvico no debe ser quitado hasta que el personal médico del hospital lo determine. Es una medida temporal para estabilización hasta que el paciente pueda recibir una evaluación más detallada y, si es necesario, intervención quirúrgica.
- **Monitoreo:** Continúa monitorizando signos vitales, especialmente tensión arterial y frecuencia cardíaca, para detectar posibles signos de hemorragia interna o shock.

Uso del Collarín Cervical en la RME (Restricción de Movimientos Espinales)

El **International Trauma Life Support (ITLS)** revisa la función del collarín cervical dentro de la restricción de movimientos espinales (RME), que es una técnica utilizada para evitar el agravamiento de posibles lesiones espinales, en particular tras un trauma cerrado. Se ha debatido su uso debido a los riesgos potenciales frente a sus beneficios. ITLS recomienda un uso selectivo y centrado en el paciente para evitar inmovilizaciones innecesarias, especialmente en pacientes despiertos sin focalidad neurológica.

Posicionamiento actual:

- El uso rutinario de collarines cervicales no está indicado en pacientes sin síntomas neurológicos o signos de lesión espinal.
- Se desaconseja en traumatismos penetrantes.
- Los pacientes conscientes y hemodinámicamente estables pueden realizar una autoextracción controlada en lugar de usar collarín.

Procedimiento para la Colocación del Collarín Cervical Ambu® Perfit ACE™

Este procedimiento detalla los pasos a seguir para colocar un collarín cervical siguiendo las pautas descritas por ITLS y las instrucciones específicas para el collarín **Ambu® Perfit ACE™**.

Indicación para la RME:

La colocación del collarín cervical es indicada en pacientes con **traumatismo cerrado** que presenten alguno de los siguientes criterios:

- **Nivel de conciencia alterado de forma aguda.**
- **Dolor en la línea media del cuello o espalda.**
- **Focalidad neurológica.**
- **Deformidad de la columna.**
- **Lesiones que distraigan de una posible lesión espinal.**

Procedimiento de Colocación del Collarín Cervical Ambu® Perfit ACE™

1. **Estabilización inicial:**
 - Un profesional sanitario debe estabilizar manualmente la cabeza y el cuello del paciente, manteniéndolos en **alineación neutra**.
2. **Medición para ajuste del collarín:**
 - Mida la distancia entre un plano horizontal imaginario justo por debajo de la barbilla y otro por encima del hombro del paciente.
 - Compare esta medida con la distancia entre la **línea de tamaño** del collarín y la base del cuerpo de plástico del mismo (no la espuma).
3. **Ajuste del tamaño del collarín:**
 - Desacople los botones de bloqueo del collarín tirando de ellos hacia arriba.
 - Ajuste el collarín al tamaño adecuado desplegándolo hasta que la distancia entre la línea de tamaño y el cuerpo del collarín coincida con la medida tomada.
 - Presione los botones de bloqueo hacia abajo para asegurar el ajuste.
4. **Colocación del collarín:**
 - Asegúrese de que la pieza de la **barbilla esté orientada hacia la parte delantera**.
 - Coloque el collarín alrededor del cuello del paciente manteniendo la estabilización manual.
 - Fije el collarín ajustando el **velcro** para garantizar una sujeción firme pero cómoda.
5. **Verificación:**

- Verifique que el collarín esté adecuadamente ajustado y que no haya signos de incomodidad excesiva, problemas respiratorios o riesgo de aspiración.

6. Monitoreo continuo:

- Monitoree al paciente durante el tiempo que lleve el collarín para prevenir complicaciones como **aumento de la presión intracraneal**, problemas en las vías respiratorias o úlceras por presión.

Precauciones en el uso del collarín:

- Asegúrese de que la pieza de la barbilla esté bien posicionada.
- Verifique que el tamaño sea correcto y que el collarín no esté ni demasiado flojo ni muy apretado.
- Tenga cuidado con posibles complicaciones como abrasiones cutáneas o problemas durante la ventilación

Uso y transporte de pacientes en tablero espinal

Uso del tablero espinal para el rescate de víctimas

El **tablero espinal** es una herramienta que se puede utilizar en escenarios específicos de rescate para proporcionar **inmovilización temporal** y facilitar el traslado de víctimas. Su uso se justifica en situaciones donde se requiere una **restricción total de movimientos**, principalmente en pacientes con **sospecha de lesión en la columna vertebral**. Es esencial aplicar el tablero de manera correcta, asegurando que se utilicen **métodos adecuados de fijación y acolchamiento**, para garantizar que el paciente esté inmovilizado en una posición rígida y segura.

El tablero espinal es especialmente útil en los siguientes casos:

- **Extracción rápida de pacientes:** Facilita el movimiento de pacientes en entornos difíciles, permitiendo deslizar al paciente sobre superficies lisas o usarlo en espacios donde otros dispositivos no se pueden utilizar o no son tan versátiles.
- **Inmovilización en posición vertical:** Permite inmovilizar a un paciente en **bipedestación** para pasarlo a **decúbito supino** (posición horizontal), lo que puede ser útil en rescates en los que se requiere movilizar al paciente sin alterar su alineación corporal.

Es importante resaltar que, aunque el tablero espinal es una herramienta fundamental en el rescate e inmovilización, su uso debe estar **estrictamente limitado** a escenarios donde realmente se justifique. El **tiempo de permanencia del paciente en el tablero** debe ser el mínimo posible para evitar complicaciones secundarias.

Transporte de pacientes en tablero espinal

El transporte de pacientes en tablero espinal debe realizarse de manera cautelosa, ya que se ha demostrado que su uso prolongado puede generar complicaciones, especialmente en trayectos largos o en terrenos irregulares.

1. **Limitación de uso en terrenos irregulares:** Las vibraciones generadas en terrenos irregulares pueden transmitirse directamente al paciente, lo que podría agravar las **lesiones espinales** o generar incomodidad severa. En estos casos, se debe evaluar si el uso del tablero espinal es realmente necesario o si existen alternativas más adecuadas.
2. **Tiempo máximo recomendado de inmovilización:** Estudios recientes sugieren que el **uso prolongado del tablero espinal**, superior a **30 minutos**, está asociado con el desarrollo de **úlceras por presión** y complicaciones respiratorias, especialmente en pacientes bariátricos o aquellos con dificultades respiratorias. Por ello, se recomienda limitar el uso del tablero a un máximo de 30 minutos cuando sea posible.
3. **Precauciones en pacientes bariátricos o con dificultades respiratorias:** En estos pacientes, es fundamental evitar posiciones completamente horizontales que comprometan aún más su respiración. Se debe optar por una **posición elevada en la zona de la cabeza** (posición de **antitrendelemburg**), lo que permitirá una mejor ventilación y reducirá la presión sobre el tórax.

Consideraciones adicionales:

- **Evaluación continua:** Durante el uso del tablero espinal, el equipo de atención prehospitalaria debe realizar **evaluaciones constantes** para determinar si el paciente requiere cambios de posición o si existen indicaciones para remover el tablero antes del tiempo máximo permitido.
- **Alternativas de inmovilización:** En trayectos más largos o cuando el terreno es desfavorable, deben considerarse alternativas como el **colchón de vacío** o la **camilla tipo pala**, que ofrecen mayor confort y seguridad al paciente sin comprometer la estabilidad espinal.

Recuerde:

En extrahospitalaria, debido a las peculiaridades de algunos siniestros, no puede descartarse ningún mecanismo de inmovilización o rescate. Debe adaptar las herramientas a los conocimientos y estudios, siempre en beneficio del paciente.

Escalas

Escala de Coma de Glasgow

Respuesta	Puntuación
Apertura Ocular	
Espontánea	4
A la orden verbal	3
Al dolor	2
Ninguna	1
Respuesta Verbal	
Orientado	5
Confuso	4
Palabras inapropiadas	3
Sonidos incomprensibles	2
Ninguna	1
Respuesta Motora	
Obedece órdenes	6
Localiza el dolor	5
Retira ante el dolor	4
Flexión anormal	3
Extensión anormal	2
Ninguna	1

Escala de Coma de Glasgow Modificado (Pediátrico)

Respuesta	Puntuación
Apertura Ocular	
Espontánea	4
A la orden verbal	3
Al dolor	2
Ninguna	1
Respuesta Verbal	
Balucea, orientado	5
Irritable, llora	4
Llanto inadecuado	3
Gemidos, incomprensible	2
Ninguna	1
Respuesta Motora	
Movimientos espontáneos	6
Retira al dolor	5

Respuesta	Puntuación
Flexión anormal	3
Extensión anormal	2
Ninguna	1

Escala de Apgar

Parámetro	0	1	2
Frecuencia cardíaca	Ausente	< 100 lpm	> 100 lpm
Esfuerzo respiratorio	Ausente	Lento o irregular	Llanto vigoroso
Tono muscular	Flácido	Algo de flexión	Movimientos activos
Reflejo (respuesta a estímulo)	Sin respuesta	Gesto o mueca	Llanto o retirada activa
Coloración	Cianosis o pálido	Extremidades cianóticas	Rosado en todo el cuerpo

Regla de los 9 de Wallace para Quemaduras

Área del Cuerpo	Porcentaje en Adultos	Porcentaje en Niños
Cabeza y cuello	9%	18%
Cada brazo	9%	9%
Tórax (frontal)	18%	18%
Espalda (dorsal)	18%	18%
Cada pierna	18%	13.5%
Área genital	1%	1%

Escala de Cincinnati (Evaluación de Accidentes Cerebrovasculares)

Prueba	Resultado Anormal
Caída Facial	Asimetría facial
Fuerza en los brazos	Un brazo cae al levantarlo
Lenguaje	Palabras arrastradas o incomprensibles

Escala EVA (Evaluación del Dolor)

Nivel de Dolor	Descripción
0	Sin dolor
1-3	Dolor leve
4-6	Dolor moderado
7-9	Dolor intenso
10	Dolor insoportable

Tabla de drogas de abuso

Índice de Sustancias

1. Heroína (Horse, Smack, Chiva, Caballo)
2. Cocaína (Coke, Blow, Perico, Neve)
3. Metanfetamina (Meth, Cristal, Ice, Tiza)
4. Marihuana (Hierba, María, Weed, Mota, Ganja)
5. MDMA (Éxtasis, Molly, X, Pasti)
6. LSD (Ácido, Tripi, Blotter)
7. Ketamina (Special K, Keta, Vitamina K)
8. Fentanilo (China White, Apache, Dance Fever)
9. Crack (Crack, Roca, Piedra)
10. Benzodiacepinas (Benzos, Zanax, Rivro)
11. Mefedrona (Miau miau, 4-MMC, Drone)
12. GHB (Éxtasis líquido, G, Georgia Home Boy)
13. Poppers (Rush, Jungle Juice, Gold)
14. Tucibí (Tusi, Tucibí, Cocaína rosa)

1. Heroína

- **Nombres coloquiales:** "Horse", "Smack", "Chiva", "Caballo"
- **Método de utilización:** Venoso, inhalado, fumado
- **Efectos:** Euforia, sensación de bienestar, analgesia, depresión respiratoria, somnolencia.
- **Peligros:** Alta adicción, sobredosis con paro respiratorio, colapso venoso, infecciones, riesgo de VIH y hepatitis por el uso de jeringuillas.
- **Tratamiento:** Administración de Naloxona (antagonista de opiáceos) en caso de sobredosis, soporte respiratorio, control de las funciones vitales.

2. Cocaína

- **Nombres coloquiales:** "Coke", "Blow", "Perico", "Neve"
- **Método de utilización:** Inhalado, intravenoso, fumado (crack)
- **Efectos:** Euforia intensa, aumento de la energía, estado de alerta, incremento de la presión arterial y frecuencia cardíaca.
- **Peligros:** Hipertermia. Dependencia psicológica, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias, convulsiones, hemorragia cerebral.
- **Tratamiento:** Benzodiacepinas para tratar la agitación, antihipertensivos para controlar la presión arterial, soporte cardiovascular, sedación en caso de hiperactividad.

3. Metanfetamina

- **Nombres coloquiales:** "Meth", "Cristal", "Ice", "Tiza"
- **Método de utilización:** Fumado, inhalado, intravenoso, ingerido

- **Efectos:** Hipertermia. Aumento de la energía, euforia, hiperactividad, disminución del apetito, paranoia, alucinaciones, comportamiento violento.
- **Peligros:** Dependencia psicológica severa, psicosis, daño cerebral, pérdida extrema de peso, problemas cardíacos, fallo renal.
- **Tratamiento:** En casos agudos, benzodiazepinas para la agitación, fluidos intravenosos, soporte cardiovascular. Se puede utilizar antipsicóticos para tratar episodios psicóticos.

4. Marihuana (Cannabis)

- **Nombres coloquiales:** "Hierba", "María", "Weed", "Mota", "Ganja"
- **Método de utilización:** Fumado, inhalado (vaporizado), ingerido
- **Efectos:** Relajación, euforia leve, alteración de la percepción del tiempo y el espacio, aumento del apetito.
- **Peligros:** Pérdida de la coordinación motora, problemas cognitivos a largo plazo, dependencia psicológica, psicosis en predispuestos genéticamente.
- **Tratamiento:** Observación y soporte. En caso de psicosis o ansiedad severa, se pueden usar benzodiazepinas o antipsicóticos.

5. MDMA (Éxtasis)

- **Nombres coloquiales:** "Éxtasis", "Molly", "X", "Pasti"
- **Método de utilización:** Ingerido, inhalado
- **Efectos:** Hipertermia. Euforia, aumento de la empatía, sensación de cercanía emocional, aumento de la percepción sensorial.
- **Peligros:** Deshidratación severa, golpe de calor, fallo renal, hipertermia, hiponatremia, arritmias, colapso cardiovascular.
- **Tratamiento:** Enfriamiento activo para combatir la hipertermia, rehidratación intravenosa, control de las funciones vitales, benzodiazepinas para agitación o convulsiones.

6. LSD (Ácido Lisérgico)

- **Nombres coloquiales:** "Ácido", "Tripi", "Blotter"
- **Método de utilización:** Ingerido, absorbido por la mucosa
- **Efectos:** Alucinaciones visuales y auditivas, distorsión de la percepción del tiempo, cambios de humor, sinestesia.
- **Peligros:** Crisis de pánico, ansiedad extrema, accidentes por la alteración de la percepción, "flashbacks" después del uso prolongado.
- **Tratamiento:** Ambiente tranquilo y seguro, benzodiazepinas para controlar la ansiedad o la agitación, soporte psicológico.

7. Ketamina

- **Nombres coloquiales:** "Special K", "Keta", "Vitamina K"
- **Método de utilización:** Inyectado, inhalado, ingerido

- **Efectos:** Alucinaciones, disociación (sentimiento de estar fuera del cuerpo), euforia, sedación.
- **Peligros:** Pérdida de control motor, depresión respiratoria, efectos psicóticos a largo plazo, alteración de la memoria y las funciones cognitivas.
- **Tratamiento:** Monitoreo y soporte de las vías respiratorias, tratamiento con benzodiacepinas si hay agitación severa o efectos disociativos prolongados.

8. Fentanilo

- **Nombres coloquiales:** "China White", "Apache", "Dance Fever"
- **Método de utilización:** Venoso, parche transdérmico, inhalado
- **Efectos:** Analgesia intensa, euforia, depresión respiratoria, somnolencia.
- **Peligros:** Sobredosis mortal por depresión respiratoria, alto riesgo de adicción, colapso cardiovascular.
- **Tratamiento:** Administración de Naloxona, soporte respiratorio avanzado (ventilación mecánica), control estricto de las funciones vitales.

9. Crack (Forma de Cocaína)

- **Nombres coloquiales:** "Crack", "Roca", "Piedra"
- **Método de utilización:** Fumado
- **Efectos:** Euforia inmediata, incremento de energía, excitación, sensación de poder.
- **Peligros:** Daño pulmonar, infarto, accidente cerebrovascular, dependencia extrema, comportamiento violento.
- **Tratamiento:** Benzodiacepinas para agitación, soporte cardiovascular, antihipertensivos si se eleva la presión arterial.

10. Benzodiacepinas (Uso indebido)

- **Nombres coloquiales:** "Benzos", "Zanax", "Rivro"
- **Método de utilización:** Ingerido, inyectado
- **Efectos:** Sedación, relajación muscular, somnolencia, reducción de la ansiedad.
- **Peligros:** Depresión respiratoria, sobredosis cuando se combina con alcohol u opioides, dependencia física y psicológica.
- **Tratamiento:** Flumazenil (antagonista de benzodiacepinas) en caso de sobredosis, soporte respiratorio y cardiovascular si es necesario.

11. Mefedrona

- **Nombres coloquiales:** "Miau miau", "4-MMC", "Drone"
- **Método de utilización:** Ingerido, inhalado, inyectado
- **Efectos:** Euforia, aumento de la energía, sensación de alerta, hiperactividad, aumento de la empatía.
- **Peligros:** Hipertermia. Aceleración del ritmo cardíaco, hipertensión, hipertermia, ansiedad severa, paranoia, riesgo de daño neurológico a largo plazo, colapso cardiovascular.

- **Tratamiento:** Enfriamiento activo si hay hipertermia, benzodiazepinas para tratar la ansiedad o agitación, rehidratación intravenosa, monitoreo y soporte cardiovascular.

12. GHB (Gamma-hidroxitirato)

- **Nombres coloquiales:** "Éxtasis líquido", "G", "Georgia Home Boy"
- **Método de utilización:** Ingerido
- **Efectos:** Sedación, relajación, euforia, aumento de la sociabilidad, reducción de inhibiciones.
- **Peligros:** Depresión respiratoria, pérdida de conciencia, coma, convulsiones, alto riesgo de sobredosis. El GHB se asocia con el "uso recreativo" en fiestas y como droga facilitadora de agresiones sexuales.
- **Tratamiento:** Manejo de las vías respiratorias (intubación si es necesario), monitoreo de las funciones vitales, soporte ventilatorio y cardiovascular. No existe un antídoto específico, pero se debe vigilar la recuperación hasta que la sustancia se metabolice.

13. Poppers (Nitritos de alquilo)

- **Nombres coloquiales:** "Rush", "Jungle Juice", "Gold"
- **Método de utilización:** Inhalado
- **Efectos:** Relajación de los músculos lisos, euforia inmediata, aumento del flujo sanguíneo, sensación de calor y excitación sexual.
- **Peligros:** Caída brusca de la presión arterial, mareos, síncope, daño pulmonar, quemaduras químicas en la piel y mucosas, riesgo de muerte por asfixia si se utiliza en espacios cerrados.
- **Tratamiento:** Administración de oxígeno, soporte cardiovascular, monitoreo de la presión arterial. En caso de sobredosis, mantener la vigilancia médica hasta la recuperación.

14. Tucibí (2C-B)

- **Nombres coloquiales:** "Tusi", "Tucibí", "Cocaína rosa"
- **Método de utilización:** Ingerido, inhalado, ocasionalmente inyectado
- **Efectos:** Alucinaciones visuales y auditivas, euforia, excitación, aumento de la sensibilidad sensorial, cambios de humor rápidos, distorsión del tiempo y el espacio.
- **Peligros:** Hipertermia, ansiedad extrema, ataques de pánico, hipertensión, taquicardia, náuseas, vómitos, riesgo de comportamiento violento o autodestructivo. En dosis altas, puede causar psicosis, deshidratación severa o incluso colapso cardiovascular.
- **Tratamiento:** En un entorno controlado, benzodiazepinas para controlar la agitación y el pánico, hidratación intravenosa, monitoreo cardiovascular y control de la temperatura corporal en caso de hipertermia. En situaciones graves, el manejo de las vías respiratorias y soporte vital avanzado.

El tratamiento facilitado en esta tabla, es una orientación para el TES, pero no significa que sea el tratamiento más adecuado o que el profesional deba aplicarlo, ya que esto depende de la situación específica y de la valoración del facultativo.

Grados y niveles de evidencia científica

En medicina y ciencias de la salud, los **grados** y **niveles** de recomendación y evidencia se utilizan para clasificar la solidez y calidad de la información que respalda las decisiones clínicas. A continuación se facilita explicación general de los **Grados de recomendación** y los **Niveles de evidencia**, aunque pueden variar ligeramente dependiendo del sistema de clasificación utilizado (como el del **Oxford Centre for Evidence-Based Medicine**, el **GRADE** o las **Guías de Práctica Clínica** de algunas instituciones).

Grados de Recomendación:

Estos indican la fuerza de la recomendación con base en la calidad de la evidencia disponible:

- **Grado A:** Recomendación fuerte, basada en evidencia consistente y de alta calidad (generalmente ensayos controlados aleatorios o revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorios).
 - Ejemplo: Uso de ciertos medicamentos en condiciones específicas con respaldo de múltiples estudios controlados.
- **Grado B:** Recomendación moderada, respaldada por estudios de menor calidad, como ensayos controlados no aleatorios, estudios de cohortes o de casos y controles.
 - Ejemplo: Procedimientos basados en estudios observacionales que muestran efectos beneficiosos, pero sin la solidez de ensayos aleatorios.
- **Grado C:** Recomendación débil, basada en opiniones de expertos, estudios no controlados o series de casos. Hay menos certeza sobre la eficacia o los beneficios, pero la intervención es ampliamente aceptada por la experiencia clínica.
 - Ejemplo: Técnicas o tratamientos que se usan comúnmente basados en consenso de expertos, pero sin mucha evidencia de alta calidad.
- **Grado D:** Recomendación basada principalmente en la opinión de expertos, estudios anecdóticos o casos clínicos. En este caso, la recomendación es muy incierta debido a la falta de estudios sólidos.
 - Ejemplo: Intervenciones raras o poco estudiadas que no han sido ampliamente investigadas pero que, en ciertos contextos, se recomiendan basadas en experiencias clínicas individuales.

Niveles de Evidencia:

Se refieren a la calidad de los estudios o datos que sustentan una recomendación. A menudo, se representan de la siguiente manera:

- **Nivel I:**
 - **Evidencia de alta calidad:** Proviene de **ensayos clínicos controlados aleatorios (ECA)** o revisiones sistemáticas/metaanálisis de dichos ensayos. Es el tipo más confiable de evidencia.

- Ejemplo: Un tratamiento probado con resultados consistentes en varios estudios controlados aleatorios.
- **Nivel II:**
 - **Evidencia moderada:** Basada en estudios bien diseñados pero no aleatorios (como estudios de cohortes o casos y controles). Aunque no es tan sólida como el Nivel I, sigue siendo considerada confiable.
 - Ejemplo: Investigación observacional de alta calidad que respalda una recomendación, pero sin control aleatorio.
- **Nivel III:**
 - **Evidencia de baja calidad:** Basada en estudios más pequeños o menos rigurosos, como estudios de cohortes o casos y controles con sesgos potenciales o sin un grupo de control adecuado.
 - Ejemplo: Estudios retrospectivos o investigaciones con una menor cantidad de pacientes y seguimiento inconsistente.
- **Nivel IV:**
 - **Evidencia limitada:** Basada en **series de casos, estudios descriptivos o la opinión de expertos**. No se basa en investigaciones sistemáticas, por lo que hay más incertidumbre sobre la eficacia o los beneficios de la intervención.
 - Ejemplo: Tratamientos o procedimientos con pocos estudios o en etapas iniciales de investigación.
- **Nivel V:**
 - **Evidencia muy limitada:** Basada únicamente en opiniones de expertos, experiencia clínica, informes de casos o consensos sin estudios formales. Es el nivel más bajo de evidencia.
 - Ejemplo: Procedimientos nuevos o no estudiados en grandes poblaciones, pero que se han utilizado en casos clínicos aislados.

Relación entre grados y niveles:

- **Grado A** se asocia generalmente con **Nivel I** (evidencia de alta calidad).
- **Grado B** se suele asociar con **Niveles II o III**.
- **Grado C** se asocia frecuentemente con **Niveles III o IV**.
- **Grado D** corresponde al **Nivel IV o V**, donde la recomendación se basa mayormente en opiniones de expertos o evidencia anecdótica.

ANEXO I

Claves y Códigos

Se distinguen **claves** de **códigos**. Las **claves** son operativas del servicio y se utilizan en la red de comunicaciones. Por otro lado, en todo informe deben figurar los **códigos**, que se dividen en **códigos de incidente** (código inicial y código final), **código patológico** y **código de resolución**.

Código inicial y final:

El **código inicial** corresponde al aviso recibido. Si el aviso es recibido como un accidente de motocicleta (Código 1.5) y, al llegar al lugar, se trata de una caída (Código 2.3), el código inicial siempre será 1.5, porque así fue recibido el aviso. El **código final** será 2.3, ya que corresponde a la situación encontrada al llegar al lugar.

En el caso de que en el lugar del siniestro haya, por ejemplo, un accidente de motocicleta causado por un accidente de autobús, y surja la duda de qué código final utilizar, el código final siempre debe ser el que conlleve una mayor gravedad para el paciente atendido (ya sea el motociclista o el pasajero del autobús). Si hay varios pacientes atendidos, y en su mayoría provienen del autobús, el código final será 1.7 (accidente de autobús).

En situaciones de duda, se puede utilizar el **código 3.10**, pero si esto ocurre, es importante especificar a qué tipo de siniestro se refiere.

Si el recurso es **anulado en ruta** o no hay incidente, no se puede asignar un código final, ya que este se refiere a un incidente real.

Código patológico:

Siempre debe incluirse el **código patológico** correspondiente a la condición más grave que presente el paciente.

Código de resolución:

El **código de resolución** también debe incluirse siempre, ya que toda intervención, independientemente de si se asiste o no al paciente, tiene una resolución.

clave 0 : Recurso operativo.
clave 1 : Recurso en emergencia.
clave 2 : Salida hacia el lugar de actuación.
clave 2.1: Función de control de operativo (Activación voluntaria)
clave 3 : Llegada al lugar de actuación.
clave 4 : Salida del lugar del suceso hacia hospital.
clave 5 : Llegada al hospital o centro asistencial.
clave 6 : Unidad inutilizada por causa sin definir. Precisa aclaración y autorización.
clave 6.1: Unidad en período de restitución de su operatividad. En clave 0
clave 7 : Ubicación en su base.
clave 7.1 : Ubicación en su zona.

clave 8 : Establecimiento de contacto telefónico para comunicación.
clave 9 : Lugar de localización geográfica de la unidad.
clave 10 : Peligro para la dotación de la unidad.
clave 10.1 : Necesidad de presencia policial. indicando el motivo (presión social, corte de tráfico, etc.)
clave 11 : Inicio de la jornada laboral o servicio programado.
clave 12 : Finalización de la jornada laboral o servicio programado.
clave 13: Imposibilidad de dar información en ese momento. Precisa aclaración posterior.
clave 14 : Indicación de inicio de relevo. Precisa autorización.
clave 15 : Solicitud de apoyo de Bomberos.
clave 16 : Solicitud de apoyo de otra unidad SEAPA, SVA, COORDINADOR
clave 17 : Solicitud de traslado con OTS de apoyo de otra unidad o COORDINADOR
Clave 18: solicitud por PM o CNP por utilización de dispositivo eléctrico de control (seguir procedimiento)
Clave VICTOR : Unidad en descanso, asuntos internos o avituallamiento. Precisa autorización.
CQ : Llamada general o de grupo a los operativos.

CODIGOS INCIDENTE
1. ACCIDENTE DE TRÁFICO

	Descripción	Código
1	Accidente sin especificar	1.1
2	Accidente con menos de 3 víctimas	1.2
3	Accidente con más de tres víctimas confirmadas	1.3
4	Atropello	1.4
5	Accidente de motocicleta	1.5
6	Accidente de bicicleta	1.6
6.1	Accidente patinete	1.6.1
7	Accidente de autobús	1.7
8	Accidente con vehículo pesado	1.8

2. ACCIDENTE NO DE TRÁFICO

	Descripción	Código
1	Heridas	2.1
2	Atrapamientos / enterramientos	2.2
3	Casual: caída, etc.	2.3
4	Agresión sin especificar	2.4
5	Arma blanca	2.5
6	Arma de fuego	2.6
7	Precipitado	2.7
8	Autolisis traumática	2.8
9	Arrollamiento por metro o tren	2.9
10	Quemado	2.10
11	Electrocución	2.11

12	Ahogamiento	2.12
12.1	OVACE	2.12.1
13	Agresión sexual	2.13
13.1	Agresión sexual facilitadas por drogas	2.13.1
14	Dispositivo eléctrico de control.	2.14

3. ENFERMEDAD

	Descripción	Código
1	Parada cardiorrespiratoria	3-1
2	Inconsciente sin filiar causa	3-2
3	Infarto o Patología coronaria	3-3
4	Convulsión	3-4
5	Sobredosis	3-5
6	Intoxicación por fármacos y/o productos tóxicos	3-6
7	Autólisis no traumática	3-7
8	Urgencias endocrino-metabólicas	3-8
9	Intoxicación etílica	3-9
10	Otros	3-10
11	Patología respiratoria	3-11
12	Patología cardiovascular	3-12
13	Patología neurológica	3-13
14	Patología digestiva	3-14
15	Patología obstétrica	3-15
16	Patología ginecológica	3-16
17	Patología urológica	3-17
18	Patología infecciosa	3-18
19	Patología psicosomática	3-19
20	Patología anafiláctica	3-20
21	Patología osteoarticular	3-21

4. ESPECÍFICA DE BOMBEROS O COLECTIVOS

	Descripción	Código
1	Incendio	4-1
2	Explosión	4-2
3	Apertura de puerta	4-3
4	Derrumbamientos	4-4
5	Escape de gas	4-5
6	Riesgo químico	4-6
7	Riesgo nuclear	4-7
8	Riesgo biológico	4-8
9	Preventivos códigos 4 exclusivamente.	4-9

5. PSIQUIÁTRICOS

	Descripción	Código
1	Paciente agresivo	5-1
2	Paciente no agresivo	5-2
3	Paciente sin especificar estado psiquiátrico	5-3
4	Problema social	5-4
5	Huelga de hambre	5-5
6	Violencia Doméstica	5-6
7	Maltrato a menores	5-7
8	Maltrato/desamparo a mayores	5-8

6. CADÁVER

	Descripción	Código
1	Domicilio	6-1

2	Vía pública	6-2
3	Local público (incluye centro sanitario)	6-3

7. ESPECIALES

	Descripción	Código
1	Amenaza de bomba	7-1
2	Atentado explosivo	7-2
3	Otro tipo de atentado	7-3
4	Accidente de tren o metro	7-4
5	Accidente de avión	7-5
6	Accidente de transporte de mercancías peligrosas	7-6

8. SERVICIOS PROGRAMADOS

	Descripción	Código
1	Presencia de una unidad de SVB	8-1
2	Presencia de hasta 3 unidades de SVB	8-2
3	Presencia de 3 unidades de SVB y equipos sanitarios (ECO)	8-3
4	Presencia de una o más unidades de SVB y la instalación del PMA	8-4
5	Preventivo desde el operativo ordinario	8-5
6	Emergencia. Necesidad inmediata de refuerzo para el operativo (Orden del Coordinador)	8-6
7	Formación a instituciones publicas	8-7
8	Formación colegios	8-8
9	Formación instituciones privadas	8-9

9. DONACIÓN DE ÓRGANOS

	Descripción	Código
1	Donante en asistolia	9

10. COMPONENTES HERIDOS

	Descripción	Código
1	Seapa	10-1
2	Policía Municipal	10-2
3	SUMMA112	10-3
4	Bombero CAM	10-4
5	Policía Nacional	10-5
6	Otras instituciones	10-6

CODIGOS PATOLOGICOS

1. TRAUMATICOS

TRAUMA CRANEAL

1	Herida abierta/ complicada en cabeza. ("Brecha")	T-0.0
2	Herida abierta/ complicada en cabeza. ("Scalp")	T-0.1
3	TCE Cerrado sin laceración, sin pérdida conocimiento ("chichón")	T-0.2
4	TCE Cerrado sin laceración, con pérdida de conocimiento.	T-0.3
5	TCE Cerrado con laceración sin pérdida de conocimiento	T-0.4
6	TCE Cerrado con laceración con pérdida de conocimiento.	T-0.5
7	TCE Abierto	T-0.6
		T-0.7

TRAUMA. FACIAL

9	Contusión facial.	T-1.0
10	Contusión ocular.	T-1.1
11	Herida abierta/ complicada cara (Incluye herid/ amputación nariz/oreja)	T-1.2
12	Herida abierta/ complicada en ojo (también zona periocular)	T-1.3

13	Posible Luxación mandíbula.	T-1.4
14	Posible Fx cerrada periorbital.	T-1.5
15	Posible Fx cerrada nasal.	T-1.6
16	Posible Fx cerrada maxilar.	T-1.7
17	Posible Fx cerrada de mandíbula.	T-1.8
18	Fx abierta nasal.	T-1.9
19	Fx abierta de mandíbula.	T-1.10
20	Avulsión piezas dentarias	T-1.11
21	Avulsión ocular.	T-1.12
TRAUMA. CERVICAL		
22	Contusión cervical.	T-2.0
23	Herida abierta/ complicada en cuello.	T-2.1
24	Esguince/ Torcedura cervical.	T-2.2
25	Posible Fx cerrada vértebra/ s cervical.	T-2.3
26	Fx abierta vértebra/ s cervical.	T-2.4
TRAUMA. TORÁCICO. (ver también respiratorio)		
27	Contusión torácica.	T-3.0
28	Herida abierta/ complicada tórax, NO PENETRANTE.	T-3.1
29	Posible Luxación clavícula.	T-3.2
30	Posible Fx cerrada de clavícula.	T-3.3
31	Posible Fx cerrada de esternón.	T-3.4
32	Posible Fx cerrada de costilla.	T-3.5
33	Fx abierta de clavícula.	T-3.6
TRAUMA. ABDOMINAL.		
34	Tx abdominal. CSD	T-4.0
35	Tx abdominal. CSI	T-4.1
36	Tx abdominal. CID	T-4.2
37	Tx abdominal. CII	T-4.3
38	Tx abdominal. Periumbilical	T-4.4
39	Tx abdominal. Epigástrico	T-4.5
40	Tx abdominal generalizado.	T-4.6
41	Herida abierta/ complicada en abdomen. NO PENETRANTE.	T-4.7
42	Herida abierta/ complicada en abdomen. PENETRANTE.	T-4.8
TRAUMA. DORSAL		
43	Contusión dorsal.	T-5.0
44	Herida abierta/ complicada en espalda (Incluye axila) NO PENETRANTE	T-5.1
45	Posible Fx cerrada de escápula.	T-5.2
46	Posible Fx cerrada de columna vertebral.	T-5.3
47	Fx abierta de escápula.	T-5.4
48	Fx abierta vertebral.	T-5.5
TRAUMA. MEDULAR.		
49	Posible Fx cerrada vertebral.	T-6.0
50	Fx abierta vertebral.	T-6.1
TRAUMA. PÉLVICO.		
51	Contusión pélvica.	T-7.0
52	Posible Fx cerrada de pelvis.	T-7.1
TRAUMA. ORTOPÉDICO		
54	Contusión en dedos mano	T-8.0
55	Contusión en mano.	T-8.1
56	Contusión en muñeca.	T-8.2
57	Contusión en antebrazo y/ o brazo.	T-8.3
58	Contusión en muslo.	T-8.4
59	Contusión en rodilla y pierna.	T-8.5
60	Contusión en tobillo.	T-8.6
61	Contusión en pie.	T-8.7
62	Contusión en dedos pie.	T-8.8

63	Herida abierta/ complicada en hombro.	T-8.9
64	Herida abierta/ complicada en brazo.	T-8.10
65	Herida abierta/ complicada en codo.	T-8.11
66	Herida abierta/ complicada en antebrazo.	T-8.12
67	Herida abierta/ complicada en muñeca.	T-8.13
68	Herida abierta/ complicada en mano.	T-8.14
69	Herida abierta/ complicada de dedo de la mano	T-8.15
70	Herida abierta/ complicada en muslo y/o cadera y/o glúteo.	T-8.16
71	Herida abierta/ complicada en rodilla y/o pierna.	T-8.17
72	Herida abierta/ complicada en pie.	T-8.18
73	Herida abierta/ complicada de dedo del pie	T-8.19
74	Esguince/ Torcedura de muñeca.	T-8.20
75	Esguince/ Torcedura de mano.	T-8.21
76	Esguince/ Torcedura de rodilla y pierna.	T-8.22
77	Esguince/ Torcedura de tobillo y pie.	T-8.23
78	Posible Luxación hombro.	T-8.24
79	Posible Luxación codo.	T-8.25
80	Posible Luxación muñeca.	T-8.26
81	Posible Luxación dedo de la mano.	T-8.27
82	Posible Luxación de rodilla + rótula.	T-8.28
83	Posible Luxación de tobillo.	T-8.29
84	Posible Luxación de pie.	T-8.30
85	Posible Fx cerrada de hombro.	T-8.31
86	Posible Fx cerrada de brazo.	T-8.32
87	Posible Fx cerrada de codo.	T-8.33
88	Posible Fx cerrada de antebrazo.	T-8.34
89	Posible Fx cerrada de muñeca.	T-8.35
90	Posible Fx cerrada mano.	T-8.36
91	Posible Fx cerrada de dedo de la mano.	T-8.37
92	Posible Fx cerrada cadera. (Incluye Cuello y/o cabeza Fémur)	T-8.38
93	Posible Fx cerrada de fémur.	T-8.39
94	Posible Fx cerrada de rodilla.	T-8.40
95	Posible Fx cerrada de pierna.	T-8.41
96	Posible Fx cerrada de tobillo.	T-8.42
97	Posible Fx cerrada de pie.	T-8.43
98	Posible Fx cerrada de dedo de pie.	T-8.44
99	Fx abierta de hombro.	T-8.45
100	Fx abierta de brazo.	T-8.46
101	Fx abierta de codo.	T-8.47
102	Fx abierta de antebrazo.	T-8.48
103	Fx abierta de muñeca.	T-8.49
104	Fx abierta mano.	T-8.50
105	Fx abierta de dedo de mano.	T-8.51
106	Fx abierta de cadera.(Incluye Cuello y/o cabeza de fémur)	T-8.52
107	Fx abierta de fémur.	T-8.53
108	Fx abierta de rodilla.	T-8.54
109	Fx abierta de pierna.	T-8.55
110	Fx abierta de tobillo.	T-8.56
111	Fx abierta de pie.	T-8.57
112	Fx abierta de dedo de pie.	T-8.58
113	Amputación dedo mano.	T-8.59
114	Amputación dedo pulgar mano.	T-8.60
115	Amputación MS.	T-8.61
116	Amputación dedo de pie.	T-8.62
117	Amputación MI.	T-8.63

TRAUMA. PERINEO. (Órganos genitales externos)		
118	Contusión perineal.	T-9.0
119	Herida abierta/ complicada en órganos genitales (Incluye amputación).	T-9.1
VARIOS.		
120	Contusiones menores/ abrasiones por fricción. Otros.	T-10.0
121	Policontusionado/ Múltiples sitios.	T-10.1
122	Síndrome de aplastamiento.	T-10.2
123	Patología osteoarticular sin especificar.	T-10.3
124	TRAUMA. MAYOR/ POLITRAUMA.	T-10.4
2. DIGESTIVOS		
	Descripción	Código
1	Hernia inguinal.	D-0.0
2	Hernia umbilical.	D-0.1
3	Hemorragia digestiva alta.	D-0.2
4	Melenas.	D-1.0
5	Rectorragia.	D-1.1
6	Abdomen Agudo No traumático.	D-1.2
7	Dolor abdominal no Tco. CSD	D-2.0
8	Dolor abdominal no Tco. CSI	D-2.1
9	Dolor abdominal no Tco. CID	D-2.2
10	Dolor abdominal no Tco. CII	D-2.3
11	Dolor abdominal no Tco. Periumbilical	D-2.4
12	Dolor abdominal no Tco. Epigástrico	D-2.5
13	Dolor abdominal no Tco. Generalizado (difuso)	D-2.6
14	Vómitos.	D-2.7
15	Diarrea.	D-3.0
16	Gastritis aguda.	D-3.1
17	Otras gastroenteritis/ colitis no especificadas.	D-3.2
18	OTROS/ Enfermedad sistema digestivo	D-4.0
3. NEUROLÓGICOS		
	Descripción	Código
1	ACVA.	N-0.0
2	Inconsciencia sin filiar.	N-0.1
3	Coma farmacológico.	N-1.0
4	Crisis convulsiva.	N-1.1
5	Crisis convulsiva febril.	N-2.0
6	Status epiléptico. (Post-Crítico)	N-2.1
7	Cefalea.	N-2.2
8	Déficit motor y/ o sensitivo.	N-3.0
9	Temblores.	N-3.1
10	Otros signos y/o síntomas que afectan al SN y/o Músculo esquelético.	N-3.2
11	Demencia senil.	N-3.3
12	Síndrome confusional.	N-3.4
13	OTROS/ Enfermedad SNC.	N-3.5
14	OTROS/ Enfermedad SNP.	N-4.0
4. UROLÓGICOS		
	Descripción	Código
1	Cólico Nefrítico	U-0.0
2		U-1.0
3	Torsión Testicular.	U-2.0
4		U-3.0
5		U-3.1
6	Hematuria.	U-4.0
7	OTROS/ Enfermedad urinaria.	U-5.0

8 OTROS/ Enfermedad renal/ uretral. U-5.1

5. INFECCIOSOS

Descripción	Código
1 Infección en vías respiratorias altas	I-0.0
2 Hepatitis infecciosa.	I-0.1
3 SIDA.	I-1.0
4 Herpes zoster.	I-1.1
5 OTROS/ Enfermedad infecciosa y/o parasitaria.	I-2.0

6. OBSTÉTRICOS

Descripción	Código
1 Amenaza de parto.	O-0.0
2 Aborto espontáneo.	O-0.1
3 Gestante en expulsivo eutócico/ Parto normal.	O-1.0
4 Gestante en expulsivo / Parto prematuro (< 37 semanas)	O-1.1
5 Gestante en expulsivo distócico/ Otras situaciones anómalas	O-1.2
6 RN/ Niño único nacido vivo.	O-2.0
7 Hemorragia del 1º trimestre. (< de 12 semanas)	O-2.1
8 Hemorragia del 2º trimestre.	O-2.2
9 Hemorragia del 3º trimestre.	O-2.3
10 Hemorragia Postparto. (Inmediata al parto).	O-3.0
11 Hemorragia Postparto. (Después de 24 horas).	O-3.1
12 Preeclampsia grave.	O-3.2
13 Eclampsia.	O-4.0
14 OTROS/ Enfermedades y/o complicaciones del embarazo.	O-4.1

7. GINECOLÓGICOS

Descripción	Código
1 Metrorragia.	G-0.0
2 Hipermenorrea.	G-1.0
3 Dismenorrea.	G-2.0
4 Dolor de Origen Ginecológico periodo no menstrual.	G-3.0
5 Otros síntomas especificados/relacionados con org. genitales femeninos	G-4.0
6 Agresión sexual a mujer.	M-5.0

8. CARDIOVASCULARES

Descripción	Código
1 PCR-recuperada	C-0.0
2 PCR Código 0	C-0.1
3 SHOCK Hipovolémico.	C-1.0
4 SHOCK Cardiogénico.	C-2.0
5 IAM	C-3.0
6 Angina de pecho.	C-3.1
7 EAP.	C-4.0
8 BAV completo/ BAV. De tercer grado.	C-4.1
9 BAV incompleto/ BAV. De segundo grado. Mobitz. TIPO II.	C-5.0
10 BAV incompleto/ BAV. De segundo grado. Mobitz. TIPO I. Wekenbach	C-5.1
11 BAV incompleto/ BAV. De primer grado. Intervalo PR prolongado	C-5.2
12 Hipo TA sintomática	C-5.3
13 Hipo TA asintomática	C-6.0
14 Sincope vasovagal.	C-6.1
15 OTROS/ Enfermedad cardiovascular.	C-6.2

9. RESPIRATORIOS

Descripción	Código
1 Parada Respiratoria.	R-0.0
2 Crisis Asmática	R-1.0
3 EPOC reagudizado/ Bronquitis crónica obstructiva con exacerbación.	R-2.0

4	Bronquitis aguda/ Incluidas con broncoespasmo.	R-2.1
5	Obstrucción por cuerpo extraño en tracto respiratorio.	R-3.0
6	Obstrucción por moco en tracto respiratorio.	R-3.1
7	Neumotórax espontáneo.	R-4.0
8	NEUMOTÓRAX CON TRAUMATISMO CERRADO	R-5.0
9	NEUMOTÓRAX POR HERIDA PENETRANTE.	R-5.1
10	NEUMOHEMOTÓRAX CON TRAUMATISMO CERRADO.	R-5.2
11	NEUMOHEMOTÓRAX POR HERIDA PENETRANTE.	R-5.3
12	Otras insuficiencias agudas y/o distres respiratorio en adulto.	R-5.4
13	OTROS/ Enfermedad respiratoria.	R-6.0
14	Edema de glotis.	R-7.0
16	EAP.	R-8.0

10. ANAFILÁCTICOS

	Descripción	Código
1	Anafilaxia/ Shock debido a fármacos.	A-0.0
2	Anafilaxia/ Shock después de picadura.	A-0.1
3	Anafilaxia/ Shock debido a alimentos.	A-0.2
5	Urticaria generalizada	A-1.0
6	Reacción anafiláctica local/ eczema/ dermatitis.	A-1.1
4	Edema de glotis.	R-8.0

11. PSIQUIÁTRICOS

	Descripción	Código
1	Estado de ansiedad.	PS-0.0
2	Reacción aguda al estrés.	PS-0.1
3	Ataque de pánico.	PS-0.2
4	Ataque de histeria.	PS-0.3
5	Trastorno neurótico.	PS-0.4
6	Estado paranoico.	PS-0.5
7	Enfermedad ficticia con síntomas psicológicos.	PS-0.6
8	Esquizofrenia.	PS-1.0
9	Trastorno maniaco/ episodio recurrente.	PS-2.0
10	Trastorno depresivo/ episodio recurrente.	PS-2.1
11	Delirium Tremens	PS-2.2
12	Síndrome de abstinencia por alcohol	PS-3.0
13	Otras psicosis por alcohol.	PS-3.1
14	Psicosis por drogas/ Alucinaciones inducidas por drogas.	PS-3.2
15	Psicosis por drogas/ Amnesia inducida por droga.	PS-4.0
16	Psicosis por drogas/ síndrome de abstinencia.	PS-4.1
17	Psicosis por drogas/ estado depresivo por drogas.	PS-4.2
18	Psicosis por drogas/ otros estados mentales por drogas.	PS-4.3
19	Psicosis de tipo depresivo.	PS-4.4
20	Psicosis de tipo agitado.	PS-5.0
21	Anorexia de origen no orgánico (Nerviosa).	PS-5.1
22	Oligofrenia/ retraso mental.	PS-6.0
23	Trastorno de la personalidad	PS-6.1
24	OTROS/ Enfermedad Psiquiátrica.	PS-7.0

12. INTOXICACIONES

	Descripción	Código
1	Intoxicación alcohólica aguda	X-0.0
2	Intoxicación por fármacos.	X-0.1
3	Intoxicación por drogas de abuso. Cocaína	X-1.0
4	Intoxicación por drogas de abuso. Heroína	X-2.0

5	Intoxicación por drogas de abuso. Alucinógenos	X-2.1
6	Intoxicación por drogas de abuso. Pastillas.	X-2.2
7	Intoxicación por drogas de abuso. Cannabis	X-2.3
8	Intoxicación por drogas de abuso. Politoxicomanías	X-2.4
9	Intoxicación por drogas de abuso no especificadas	X-2.5
10	Intoxicación alimentaria.	X-2.6
11	Intoxicación por agentes corrosivos	X-3.0
12	Monóxido de carbono	X-4.0
13	Gas licuado/ butano/ propano	X-5.0
14	Gas lacrimógeno.	X-5.1
15	Gas de cloro	X-5.2
16	Otras intoxicaciones químicas.	X-5.3
17	Inhalación de Humos/ Gases no especificados.	X-5.4
18	Síndrome de abstinencia por opiáceos.	X-5.5

13. ENDOCRINO-METABÓLICOS

	Descripción	Código
1	Hipoglucemia	E-0.0
2	Coma diabético hipoglucémico.	E-0.1
3	Hiperglucemia.	E-0.2
4	Deshidratación.	E-0.3
5	Desnutrición.	E-0.4
6	Desnutrición en niño por falta de cuidado.	E-1.0
7	OTROS/ Enfermedad metabólica.	E-2.0
8	OTROS/ Enfermedad endocrina.	E-2.1

14. AGENTES FÍSICOS

	Descripción	Código
1	Hipotermia	F-0.0
2	Lesiones por congelación no especificados	F-1.0
3	Lesión congelación de cara.	F-1.1
4	Lesión congelación de mano.	F-1.2
5	Congelación de pie.	F-1.3
6	Quemadura en Cara/cabeza/ cuello/ grado 1.	F-2.0
7	Quemadura en Cara/cabeza/ cuello/ grado 2.	F-2.1
8	Quemadura en Cara/cabeza/ cuello/ grado 3.	F-2.2
9	Quemaduras en Tronco grado 1.	F-2.3
10	Quemaduras en Tronco grado 2.	F-2.4
11	Quemaduras en Tronco grado 3.	F-2.5
12	Quemadura en Miembro superior grado 1.	F-2.6
13	Quemadura en Miembro superior grado 2.	F-2.7
14	Quemadura en Miembro superior grado 3.	F-2.8
15	Quemadura en Muñeca y mano grado 1.	F-2.9
16	Quemadura en Muñeca y mano grado 2.	F-2.10
17	Quemadura en Muñeca y mano grado 3.	F-2.11
18	Quemadura de Miembro inferior grado 1.	F-2.12
19	Quemadura de Miembro inferior grado 2.	F-2.13
20	Quemadura de Miembro inferior grado 3.	F-2.14
21	Quemaduras en otros sitios especificados.	F-2.15
22	Quemadura en Múltiples sitios.	F-2.16
23	Quemadura en Múltiples sitios (GRAN QUEMADO).	F-2.17
24	Lesiones químicas.	F-3.0
25	Lesiones por electricidad descarga.	F-3.1
26	Lesiones por rayo.	F-3.2
27	Lesiones por arco voltaico.	F-3.3
28	Golpe de calor.	F-4.0
29	Otros efectos especificados del calor.	F-4.1

30	Hipertermia maligna.	F-4.2
31	Ahogamiento por inmersión.	F-5.0
32	Asfixia por ahorcamiento/ soterramiento/ presión.	F-5.1
33	Efectos derivados de explosión/ BLAST.	F-6.0
34	OTROS/ Otros efectos de causas externas.	F-7.0
15. OFTALMOLÓGICOS		
	Descripción	Código
1	Cuerpo extraño.	V-0.0
2	Ojo rojo.	V-1.0
3	Pérdida brusca de visión.	V-2.0
4	Visión borrosa.	V-2.1
5	Perturbación visual no especificada.	V-2.2
6	Dolor en y/o alrededor del ojo.	V-3.0
7	Conjuntivitis.	V-4.0
8	OTROS/ Enfermedad/ trastorno del ojo.	V-4.1
9	Alteraciones físicas/ químicas/ quemaduras.	V-5.0
16. ORL		
	Descripción	Código
1	Cuerpo extraño en oído	RR-0.0
2	Cuerpo extraño en nariz.	RR-0.1
3	Otras infecciones agudas del oído externo.	RR-1.0
4	Hemorragias orofaríngeas.	RR-2.0
5	Vértigo periférico.	RR-3.0
6	Epistaxis.	RR-4.0
7	Otorragia no traumática.	RR-4.1
8	Otalgia.	RR-5.0
9	Pérdida de audición repentina.	RR-6.0
10	OTROS/ Enfermedad oído.	RR-7.0
11	OTROS/ Enfermedad nariz.	RR-7.1
17. MISCELANEA		
	Descripción	Código
1	Enfermedad hematológica.	M-0.0
2	Trastorno/ defecto de la coagulación/ hemostasia.	M-0.1
3	Enfermedad reumática.	M-0.2
4	Neoplasia.	M-1.0
5	Neoplasia benigna.	M-2.0
6	Enfermedad dermatológica.	M-2.1
7	Persona que finge estar enferma.	M-3.0
8	Agresión sexual a mujer	M-4.0
9	Agresión sexual a hombre	M-5.0
10	Agresión sexual a menor	M-5.1
18. OTROS		
	Descripción	Código
1	Éxito sin asistencia.	W-0.0
2	Éxito con asistencia.	W-0.1
3	Paciente renuncia a ser atendido.	W-1.0
4	Paciente renuncia a ser atendido-AGRESIVO.	W-1.1
5	Paciente renuncia a ser atendido-NIEGA FILIACIÓN	W-1.2
6	Suspendido en ruta por 092.	W-2.0
7	Suspendido en ruta por SUMMA112.	W-2.1
8	Suspendido en ruta/ OTROS	W-2.2
9	No Suceso.	W-3.0
10	No Paciente.	W-3.1
11	No precisa asistencia/ Negativo incidente sanitario.	W-3.2
12	Problema social.	W-4.0

13	Actuación en riesgos previsiblesin heridos (cod. 4 y 8).	W-5.0
14	Colaboración/ SEGUIMIENTO DE COORDINADOR	W-6.0
CODIGOS DE RESOLUCION		
CÓDIGOS RESOLUCIÓN AVISO		
1	Traslado hospitalario	CR-1
2	Traslado Centro de Salud	CR-2
3	Unidad de SEAPA medicalizada	CR-3
4	Unidad de SEAPA medicalizada (psiquiátrico)	CR-4
5	Traslado con custodia policial	CR-5
6	No hay traslado	CR-6
7	No hay intervención de SEAPA	CR-7
8	Derivado a SVA	CR-8
9	Derivado a SVB	CR-9
10	Exitus	CR-10



