

PROTOS

PREHOSPITALARIOS



Dr. Víctor Rodríguez

INTRODUCCIÓN

El propósito de este manual es el de describir protocolos de tratamientos médicos a nivel prehospitalario, con la finalidad de unificar criterios y conductas en esta área de la Medicina de Emergencia y, proveer así de un material didáctico que sirva de guía a nuestros **Técnicos en Emergencias Médicas (T.E.M.)**.

Este manual presenta protocolos que están divididos en dos secciones:

- Técnicas de Soporte Básico y Avanzado.
- Terapéuticas posibles siempre bajo control médico.

Los primeros auxilios para el mantenimiento de la vida consiste en medidas básicas sin utilización de equipo, su objetivo es la oxigenación de urgencia y, consta de los pasos **A** (control de la vía aérea), **B** (soporte respiratorio) y **C** (soporte circulatorio). El soporte avanzado consiste en la restauración de la circulación y estabilización del sistema cardiopulmonar, a través de los pasos **D** (drogas y líquidos administrados por vía intravenosa), **E** (electrocardiograma) y **F** (tratamiento de la fibrilación)^{1,2}.

PROCEDIMIENTOS

A todo paciente se le debe realizar una evaluación primaria y una evaluación secundaria.^{1,3,4,5,6.}

La **evaluación primaria** incluye:

Vía Aérea: Asegúrela con la técnica apropiada y proteja simultáneamente la columna cervical.

Respiración: Exponga el tórax (si es posible) y observe el tipo y frecuencia respiratoria.

Circulación: Controle las hemorragias. Palpe los pulsos, evalúe su forma y frecuencia, además del llenado capilar. Si evidencia signos de shock, comience el tratamiento de acuerdo al protocolo correspondiente.

Conciencia: Evalúe el nivel de conciencia con la escala de Glasgow. Todas las lesiones que comprometan la vida deben ser tratadas durante la evaluación primaria.

La **evaluación secundaria** incluye: el examen físico del paciente y debe incluir la historia clínica (EA), antecedentes personales de importancia así como tratamiento médico que recibe el paciente en forma crónica.

El soporte básico de vida no debe ser interrumpido por más de cinco (5) segundos, a menos que sea estrictamente necesario mover al paciente escalera arriba o abajo; de igual forma al intubar o desfibrilar no debe interrumpirse el soporte de vida avanzado por más de treinta (30) segundos⁶.

Todo paciente que requiera monitoreo cardíaco éste debe ser registrado en una tira de papel de ECG por un tiempo de seis (6) segundos. Las tiras de registros de ECG adicionales de seis (6) segundos son también requeridos antes y después de la administración de medicamentos o desfibrilación y, después de cualquier cambio en el ritmo⁶.

Los signos vitales deben obtenerse y registrarse cada veinte (20) minutos en pacientes estables y cada cinco (5) minutos o menos en pacientes inestables, a todos los pacientes se les debe evaluar y registrar los signos vitales por lo menos una vez en forma indispensable⁶.

CONTROL MEDICO

Todos los aspectos de la organización y provisión del sistema de Emergencias Médicas, incluye el soporte básico y avanzado de vida al igual que la participación activa de los médicos y técnicos en emergencias médicas. El control médico consta de tres componentes, cada uno interrelacionado para conformar el control médico centralizado. Estos tres componentes son:^{6,7,8}

- 1.- **Prospectivo:** Desarrollo de los protocolos.
- 2.- **Intermedio:** Transmisión Biomédica.
- 3.- **Retrospectivo:** Calidad de la atención médica prehospitalaria, evaluación de los protocolos y del sistema de emergencia médica.

COMUNICACIONES

El intercambio de información entre el **T.E.M.** y el control médico, viene a ser el componente más importante del sistema y tiene dos funciones primarias^{6,9}.

- 1.- Dar información del paciente.
- 2.- Dar órdenes médicas al **T.E.M.** en relación al paciente.

La comunicación debe ser breve, comenzando con el sexo del paciente, edad, condición clínica (crítico, estable, etc.), signos vitales, tratamiento iniciado y respuesta al mismo.

GUÍA DE TERAPIA ENDOVENOSA

El uso de la vía endovenosa (EV) en el área prehospitalaria cumple dos funciones^{5,6}.

- 1.- Establece una ruta para la administración de medicamentos.
- 2.- Reponer líquidos perdidos.

ELECCIÓN GENERAL DE SOLUCIONES

- 1.- Paro cardiorespiratorio o problemas médicos: Glucosa al 5%.
- 2.- Traumatismo o pérdida de líquidos: Ringer Lactato ó Fisiológica.
- 3.- Shock cualquiera menos el cardiogénico: Ringer Lactato.

ELECCIÓN DE LA AGUJA

- 1.- Paro cardiorespiratorio o problemas médicos: cánulas # 18 ó # 20.
- 2.- Traumatismo o shock hipovolémico: cánula # 14 ó # 16.
- 3.- Shock (otros): cánula # 16 ó # 18.

El sitio de elección para el acceso venoso, son las venas antecubitales. La venipuntura debe realizarse en dos (2) minutos y no exceder de cuatro (4) minutos.

ATENCIÓN EN EL SITIO DE LA EMERGENCIA

La atención del paciente en el lugar de la emergencia es responsabilidad del T.E.M., capacitado en dar atención prehospitalaria: estabilización del paciente y traslado del mismo (bajo control médico) al centro asistencial^{6,7}.

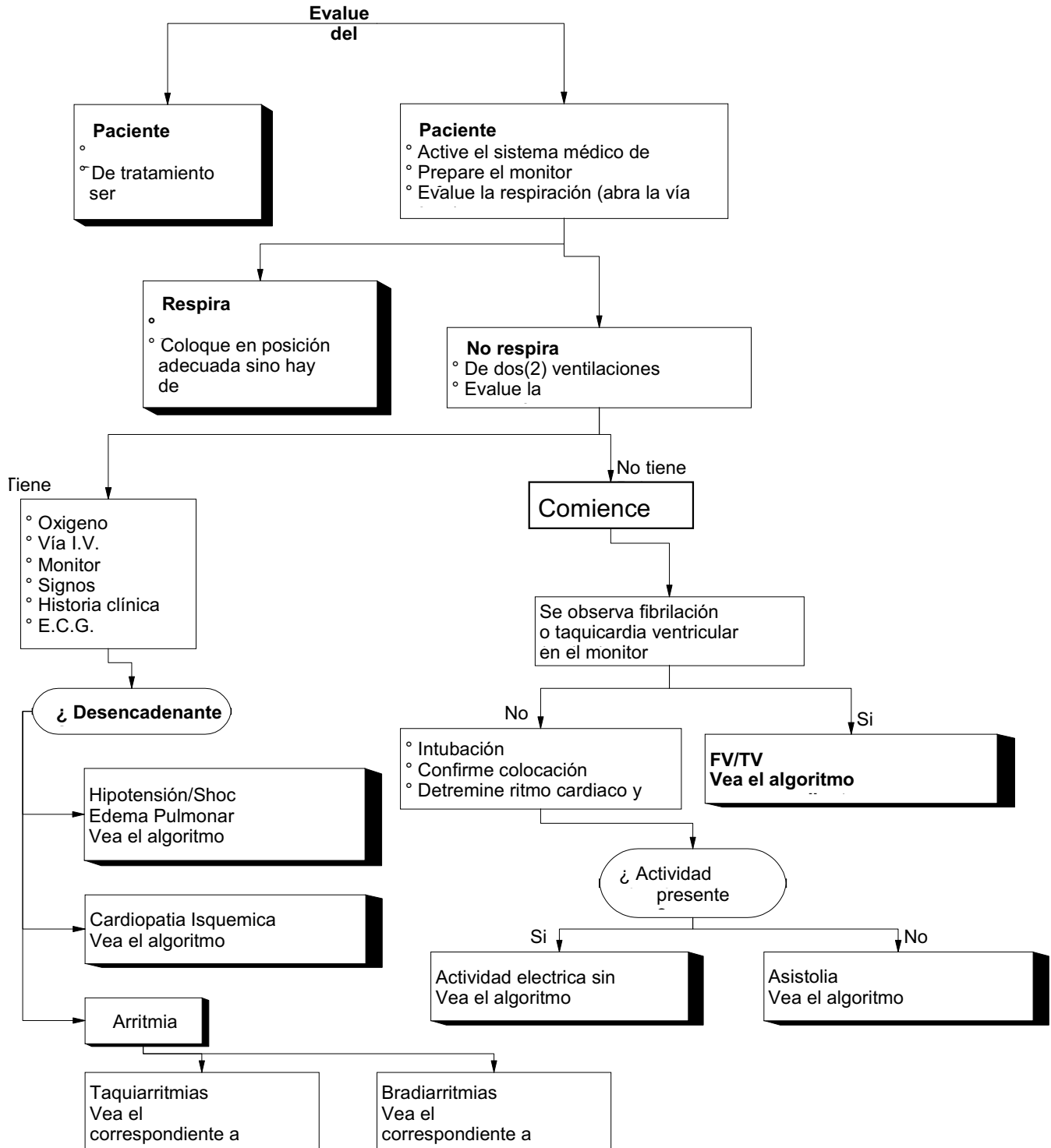
En caso, de que durante la atención de un paciente, se presente al sitio el médico tratante del mismo y, asuma la responsabilidad del caso, debe realizarse de inmediato comunicación con el control médico para su notificación y librar de responsabilidades a quienes estén actuando en la atención del paciente^{6,7}.

Si durante un procedimiento interviene un médico y no existe comunicación previa con control médico, el T.E.M., debe seguir el protocolo de tratamiento, pero cuando existe comunicación con el control médico debe realizarse la misma para comunicar al médico intervencionista^{6,7}.

EMERGENCIA CARDIOVASCULAR

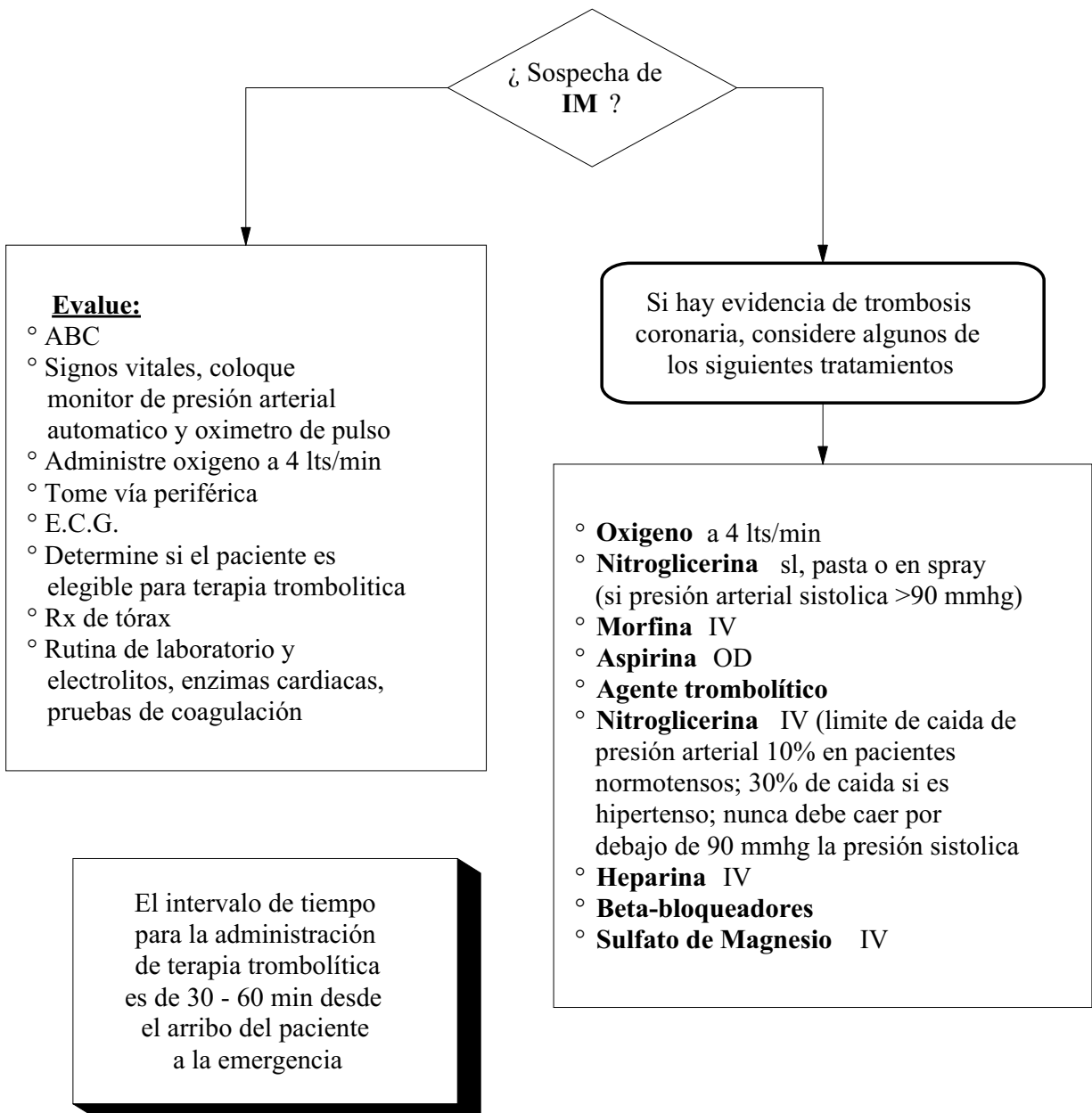
Algoritmo Universal para la Atención de Pacientes Adultos¹¹

DOLOR TORÁCICO^{6,10, 11}



(Sospecha de origen cardíaco)

- 1.- Coloque al paciente en posición cómoda, generalmente semisentada.
- 2.- Administre oxígeno por bigote nasal de 4 a 6 lts/min. (1 a 2 lts/min si presenta E.P.B.O.C.)
- 3.- Obtenga Enfermedad Actual y evaluación del paciente.
- 4.- Monitorizar el ritmo cardíaco y regístrelo en tira de papel por 6 segundos.
- 5.- Administre Isordil 5 mg. S.L., si la evaluación sugiere dolor de origen cardíaco y si la P.A.S., es mayor o igual a 100 mmHg. (puede repetirse por dos (2) veces en intervalos de cinco (5) minutos).
- 6.- Coloque solución glucosada al 5%, vía E.V..
- 7.- Realice contacto con control médico.



Posibles medidas terapéuticas realizables por control médico:

- 1.- Morfina: 2 a 10 mg. E.V. lento (monitorizar la presión arterial).
- 2.- Si el pulso es mayor de 60 administre lidocaina 1 mg./Kg E.V. lentamente (puede administrarse 300 mg. I.M.).
- 3.- Lidocaina en infusión de 2 a 4 mg./min..

REANIMACION CARDIOPULMONAR² SOPORTE BÁSICO

- 1.- Verificar Paro Cardiorespiratorio
- 2.- Abrir vía aérea
- 3.- Comenzar ventilación (2 a 4 ventilaciones)
- 4.- Verificar pulso
- 5.- Comenzar compresiones torácicas (100 compresiones por minuto)
- 6.- 1 rescatador = 15 compresiones x 2 respiraciones
- 7.- 2 rescatadores = 5 compresiones x 1 respiración

ARRITMIAS CARDIACAS⁶

Nota: Determine episodios de mareos, desmayos o palpitaciones. Tome nota de todos los medicamentos que ingiere el paciente. Busque cuidadosamente signos de pobre perfusión:

- Alteración de la conciencia.
- Piel fría, sudorosa, pálida.
- PAS menor de 90 mmHg.
- Pulso rápido mayor de 120 o lento menor de 50.

Toda la terapia debe ser acompañada por registro en papel de ECG pre y post terapia.

PROTOCOLO

- 1.- Administre oxígeno por bigote nasal de 4 a 6 lts/min. (1 a 2 lts/min si presenta E.P.B.O.C.).
- 2.- Monitorizar ritmo cardíaco y registrarlo en tira de papel por seis (6) segundos.
- 3.- Permeabilice una vía venosa periférica y coloque solución glucosada al 5%.
- 4.- Trate las arritmias de acuerdo al protocolo específico.
- 5.- Realice comunicación con control médico.

CONTRACCIONES VENTRICULARES PREMATURAS^{2,6,11}

Evalúe la necesidad de terapia supresiva.

- a) Revise causas desencadenantes y trátelas.
- b) Considere intoxicación digitálica.
- c) Considere bradicardia.
- d) Considere niveles de potasio.
- e) Considere abuso de drogas.

El tratamiento está indicado si:

- Si son mayores de cinco (5) por minuto.

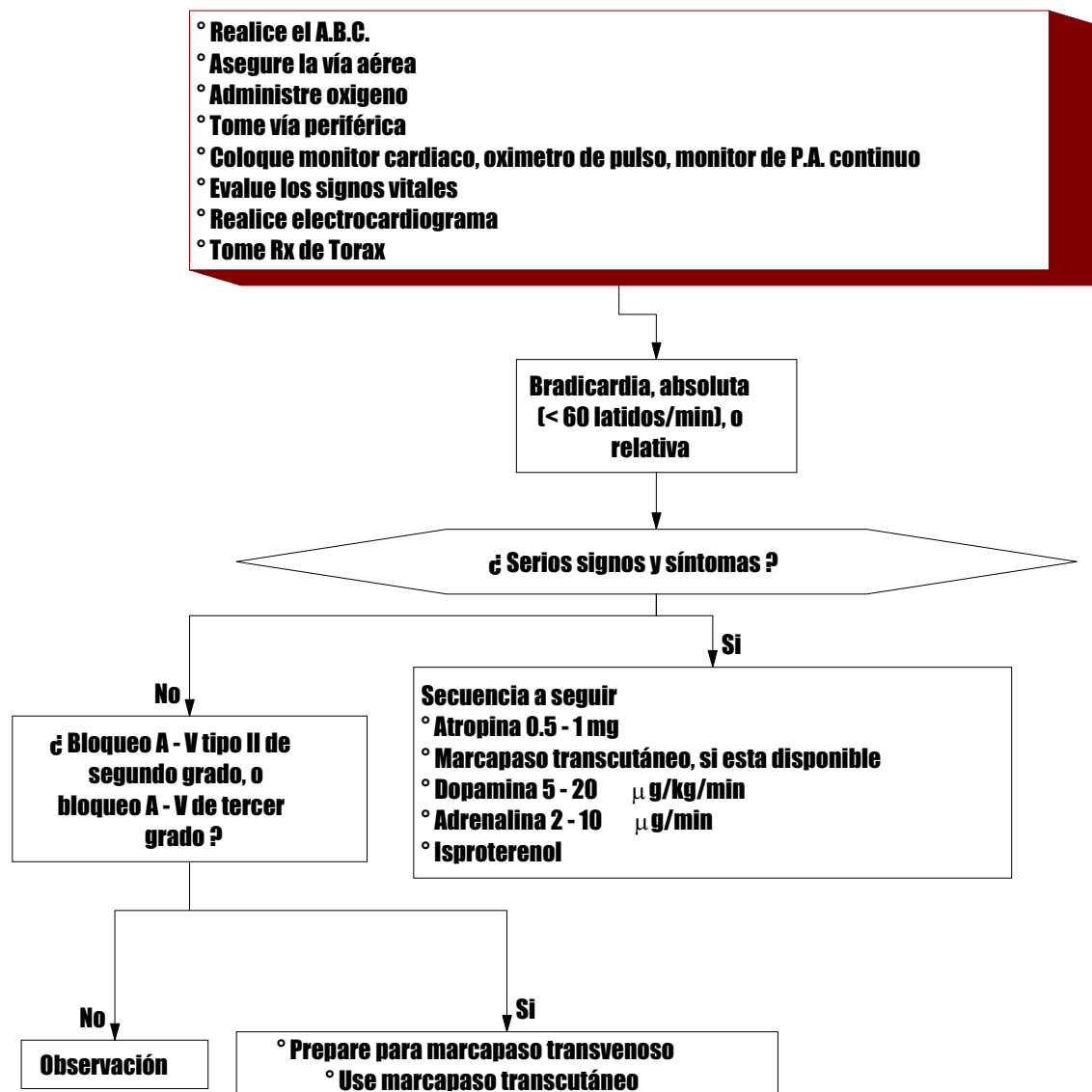
- Extrasístoles multifocales.
- Dupletas.
- Fenómeno de R sobre T.
- Esta asociado con dolor torácico.

- 1.- Lidocaina 1 mg./kg E.V. lento hasta 100 mg. (5cc al 2 %), si se suprime 2 mg./min. en infusión continua.
- 2.- Realice contacto con control médico.

Posibles terapéuticas realizables por control médico:

- 1.- Aumentar el flujo de oxígeno a 10 lts/min por mascara.
- 2.- Repetir lidocaina 0,5 mg./kg cada 3 a 5 minutos hasta 3 mg./kg.

Algoritmo para la Bradicardia^{2,6,11}



Busque signos de pobre perfusión.

- 1.- Si hay buena perfusión, traslade al paciente sin tratamiento.
- 2.- Si hay pobre perfusión (PAS menor de 90 mmHg, agitación, confusión), administrar Atropina 0,5 mg. E.V. lento.
- 3.- Reevaluar signos vitales, estado mental y ritmo cardíaco.

Posibles medidas terapéuticas realizables por control médico:

- 1.- Repetir Atropina 0,5 mg. E.V. lento hasta completar un máximo de 2 mg.
- 2.- Dopamina 1 ampolla en 250 ml de solución, dosificar goteo hasta obtener PAS mayor de 90 mmHg.

Taquicardia^{6, 11}

Evalúe el ritmo cardíaco, complejos angostos o anchos.

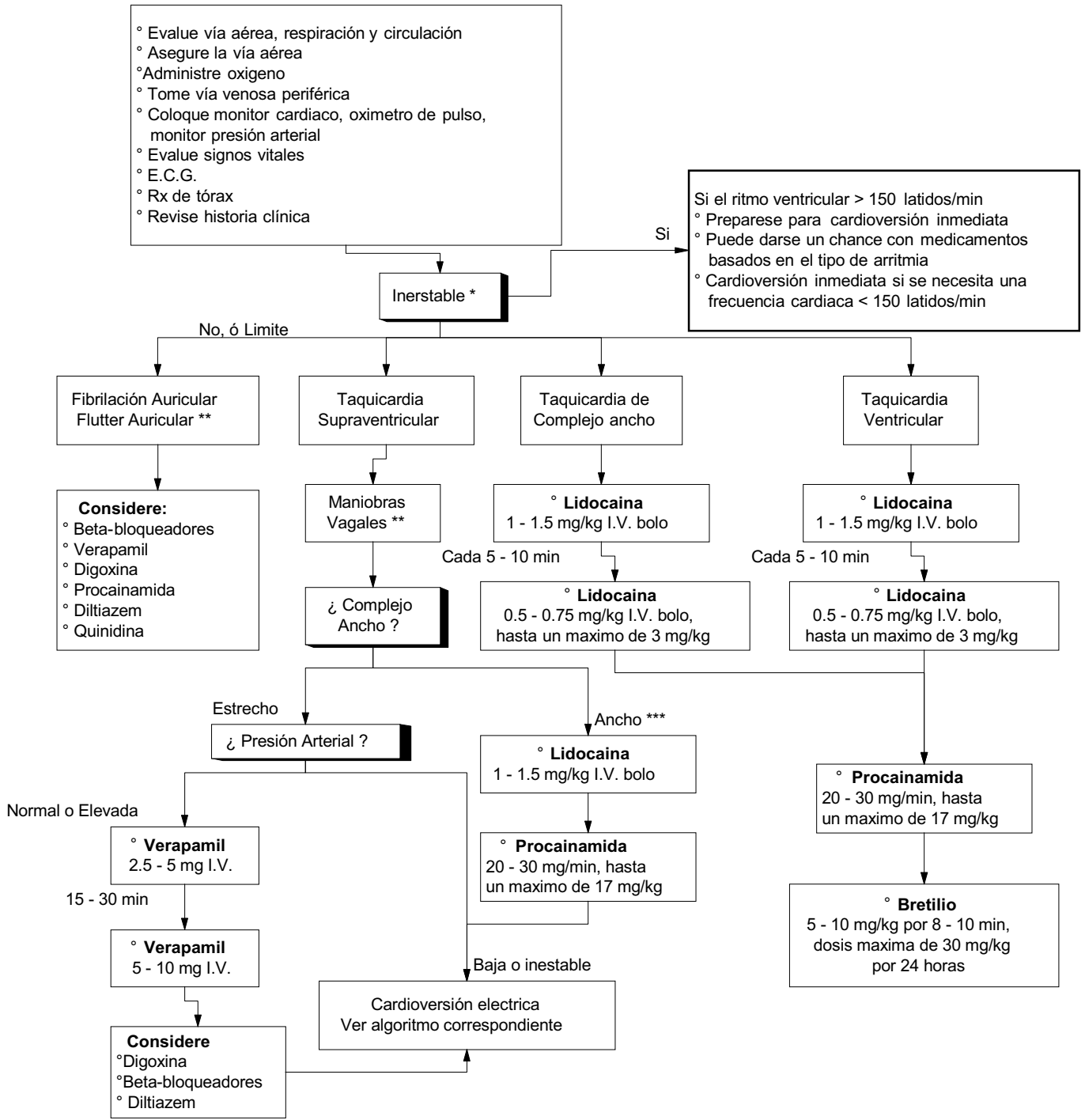
Evalúe el estado de perfusión.

- 1.- Si el paciente está hemodinámicamente estable (PAS mayor de 90 mmHg), trasládalo al centro asistencial.
- 2.- Si el paciente está inestable hemodinámicamente (hipotenso, perfusión tisular disminuida y/o con dolor precordial o insuficiencia cardíaca congestiva) realice maniobras de RCP.
- 3.- Realice contacto con control médico.
- 4.- Hemodinámicamente inestable (considerar sedación), cardioversión comenzando con 75 a 100 Joules.
 No hay cambios, cardioversión con 200 Joules.
 No hay cambios, cardioversión con 360 Joules.

Nota: Paciente sin pulso y con taquicardia ventricular debe ser tratado según protocolo de FIBRILACIÓN VENTRICULAR.

Posibles medidas terapéuticas realizables por control médico:

- 1.- Paciente hemodinámicamente estable, maniobras vágales.
- 2.- Permeabilice una vía venosa periférica y administre solución glucosada al 5%.
- 3.- Lidocaina 0,5 mg./Kg cada ocho (8) minutos hasta un máximo de 3 mg./Kg.



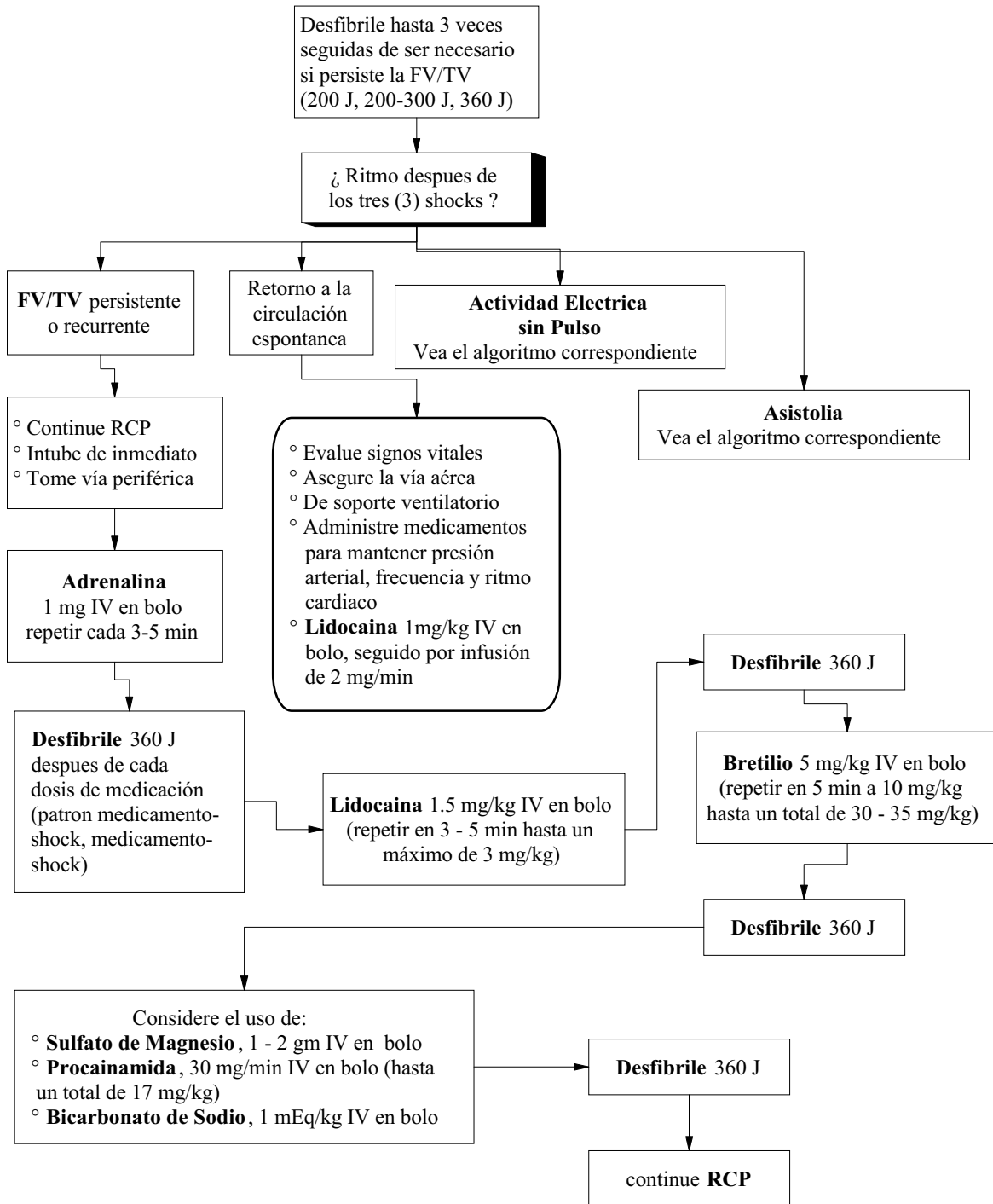
* Condición inestable debe estar en relación a la taquicardia signos y síntomas pueden incluir dolor torácico, dificultad para respirar, disminución del nivel de conciencia, hipotensión, shock, insuficiencia cardíaca, infarto agudo del miocardio.

** Presión del seno carotídeo está contraindicado en pacientes con soplo carotídeo; evite inmersión en agua helada a pacientes con cardiopatía isquémica

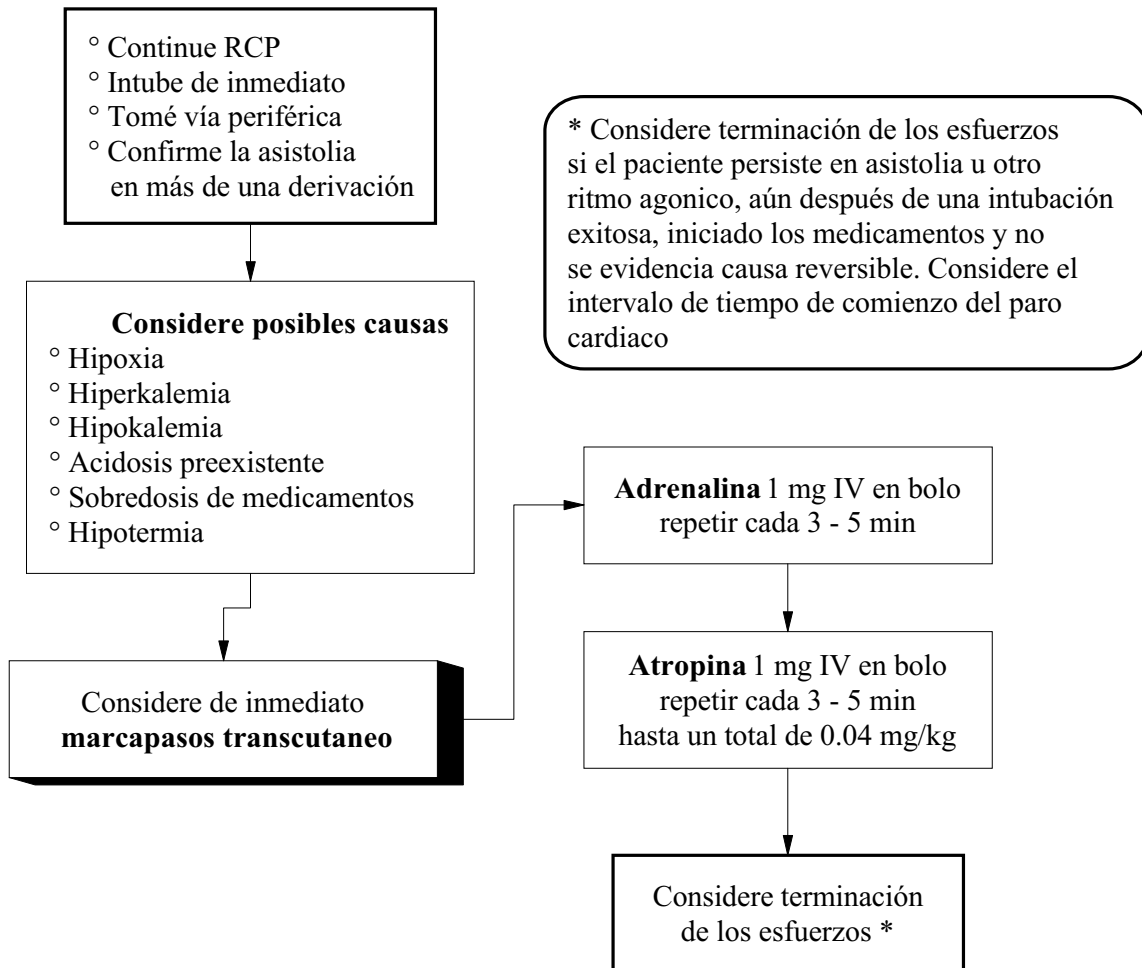
*** Si hay certeza que la taquicardia de complejo ancho, es supraventricular y la presión arterial está normal o elevada, la secuencia puede incluir Verapamil

Algoritmo para la Fibrilación y Taquicardia Ventricular sin Pulso^{6, 11}

- ABC
- Realice RCP hasta obtener desfibrilador
- Identifique el ritmo en el monitor FV/TV



Algoritmo para la Asistolia^{2,6,11}



Nota: Monitorizar el ritmo, verificarlo en dos derivaciones, si duda entre fibrilación ventricular y asistolia, trátela de acuerdo al protocolo de fibrilación ventricular.

- 1.- Comience maniobras de RCP.
- 2.- Permeabilice vía venosa periférica y administre solución glucosada al 5%.
- 3.- Adrenalina 0,5 a 1 mg. diluido en 9 cc de solución vía E.V. (repetir cada 5 minutos).
- 4.- Asegure vía aérea, intube de ser posible.
- 5.- Atropina 1 mg. E.V. repetir una vez más a los cinco (5) minutos.

Posibles medidas terapéuticas realizables por control médico:

- 1.- Considere el uso de Bicarbonato.
- 2.- Considere el uso de un Marcapaso Externo.

Algoritmo para la Actividad Eléctrica sin Pulso^{2,6,11}

Incluye:

- Disociación electromecánica
- Pseudo disociación electromecánica
- Ritmo de escape idioventricular
- Ritmo de escape ventricular
- Ritmo bradiasistólico
- Ritmo idioventricular postdesfibrilación

- Continúe RCP
- Intube de inmediato
- Tome vía periférica
- Evalúe el flujo sanguíneo usando doppler

Considere posibles causas

(entre parentesis posibles terapias y tratamientos [])

- Hipovolemia [infusión de volumen]
- Hipoxia [ventilación]
- Taponamiento pericárdico [pericardiocentesis]
- Neumotórax a tensión [descompresión]
- Hipotermia
- Embolismo pulmonar masivo [cirugía, trombolíticos]
- Sobre dosis de medicamentos como antidepresivos tricíclicos, digitalicos, beta-bloqueadores, bloqueantes de los canales de calcio
- Hiperkalemia
- Acidosis
- Infarto masivo cardíaco

Adrenalina 1 mg IV en bolo
repetir cada 3 - 5 min

- Si la bradicardia es absoluta (<60 latidos/min) o relativa, administre **atropina** 1 mg IV
- Repita cada 3 - 5 min hasta un total de 0.04 mg/kg

- 1.- Continúe con maniobras de RCP.
- 2.- Permeabilice vía venosa periférica y administre solución glucosada al 5%.
- 3.- Adrenalina 0,5 a 1 mg. diluido en 9 cc de solución y adminístrelo por vía E.V. repetir cada cinco (5) minutos.
- 4.- Asegurar la vía aérea, intubar de ser posible.
- 5.- Hacer contacto con control médico.

CRISIS HIPERTENSIVA

Las crisis hipertensivas deben ser reconocidas y tratadas rápidamente ya que representan una seria amenaza para el funcionamiento de órganos y para la vida. La posibilidad de que en un paciente ocurra una emergencia hipertensiva depende en gran medida del grado y de la rapidez con que se produce la elevación de la tensión arterial. Ascensos marcados de la presión arterial diastólica pueden estar presentes por largos períodos de tiempo en pacientes asintomáticos, sin evidencias de un daño severo de los órganos blancos o de una amenaza inmediata para la vida del paciente.

DEFINICIÓN

La hipertensión arterial: Se define como una presión arterial sistólica de 140mm Hg o mayor, una presión arterial diastólica de 90mm Hg o mayor, o estar tomando fármacos antihipertensivos.

Crisis Hipertensiva: Se define como la elevación brusca de la presión arterial, la gravedad de la crisis hipertensiva se correlaciona no solo con los niveles absolutos de presión arterial, sino con la velocidad de instauración, ya que los mecanismo autorreguladores no disponen, en estos casos, de tiempo suficiente para la adaptación.

CLASIFICACIÓN

Desde el punto de vista práctico y para tratar de establecer las prioridades terapéuticas, las crisis hipertensivas pueden ser clasificadas en dos grandes grupos:

- Urgencias Hipertensivas: Incluye elevaciones de la P.A., sin daño sobre los órganos blanco, con poco riesgo de complicaciones inmediatas y un relativo buen pronóstico. El paciente puede presentar algunos síntomas como: cefalea, visión borrosa, palpitaciones o debilidad.

- Emergencias Hipertensivas: Incluye elevaciones de la P.A., con evidencia de daño severo sobre órganos blanco, progresivo y de reciente aparición; asociada a ciertas condiciones clínicas: A.C.V., Hemorragia Subaracnoidea, Encefalopatía Hipertensiva, Disección Aórtica Aguda, Hipertensión inducida por el embarazo (Pre-eclampsia, Eclampsia), otras, e.t.c.. Son de peor pronóstico en relación a la urgencia hipertensiva

TRATAMIENTO DE LAS CRISIS HIPERTENSIVAS^{8,9,10}

En el manejo de las crisis hipertensivas deben seguirse una serie de pasos:

1-. Todos los pacientes con emergencias hipertensivas deben ser hospitalizados preferiblemente en una unidad de cuidados intensivos. Los pacientes con urgencias hipertensivas pueden ser tratados en el servicio de emergencia y no necesariamente ameritan hospitalización.

2-. Los pacientes deberán ser evaluados rápidamente a través de la historia clínica y el examen físico, poniendo especial énfasis en determinar la duración de la H.T.A., el grado de control reciente y la utilización previa de regímenes medicamentosos o la presencia de enfermedades concurrentes. Los estudios para clínicos no deben retardar el comienzo de la terapéutica que debe iniciarse inmediatamente después de identificar la presencia de la crisis hipertensiva.

3-. Seleccionar un régimen antihipertensivo apropiado. Las drogas ideales para tratar las crisis hipertensivas deben reunir las siguientes propiedades:

a.- Comienzo inmediato de acción (minutos)
 b.- Reducir suavemente la presión arterial en forma predecible y fácilmente titulable.

c.- Estar libres de efectos adversos que pudieran exacerbar la condición en tratamiento o enmascarar secuelas o complicaciones.

d.- Una vez estabilizado el paciente debe iniciarse un régimen antihipertensivo crónico que va a modificarse gradualmente y debe ser individualizado según las características del paciente.

DROGAS A USAR EN URGENCIAS HIPERTENSIVAS

Nifedipina (Adalat): La nifedipina es eficaz para reducir la P.A. y ha sido extensamente estudiada en el tratamiento de urgencias y emergencias hipertensivas. Administrada por vía oral, sublingual o rectal produce una rápida, predecible y consistente reducción de P.A. , con pocos efectos adversos y una duración de 3 -5 horas. La posibilidad de predecir una reducción del 25% en la P.A., con una dosis de 10 mg sublingual la colocan como un medicamento útil en el tratamiento de las crisis hipertensivas. La nifedipina es usualmente usada administrada por vía sublingual (10-20 mg.), con inicio de su acción a los 5 -10 min. y un efecto máximo en 20 -30 min. La duración total es de 4 - 6 horas y no es afectada por la vía de administración. Entre sus efectos adversos tenemos cefalea, palpitaciones, enrojecimiento facial, hipotensión, debilidad y sequedad de mucosas.

Captopril (Capoten): Es un inhibidor competitivo de la enzima convertidora de angiotensina. Ha sido utilizado exitosamente en el tratamiento de crisis hipertensivas por vía oral y sublingual. La dosis por vía oral o sublingual inicial es de 25 mg., con una duración de su efecto de 2 - 3 horas.

EMERGENCIAS RESPIRATORIAS

ASMA^{6,12}

Nota: Obtenga una lista de todos los medicamentos que usa el paciente.

Obtenga la siguiente información:

- Antecedentes de enfermedades cardíacas.
- Edad mayor de 50 años.
- Pulso mayor de 130 o, mayor de 160 en pacientes pediátricos.
- Abuso de inhaladores.
- Embarazo.

El uso de Adrenalina puede estar contraindicado.

- 1.- Oxígeno de 4 a 6 lts/min por bigote nasal o 6 a 10 lts/min por máscara.
- 2.- Coloque al paciente en posición cómoda, semisentada con los miembros inferiores colgando.
- 3.- Monitorizar el ritmo cardíaco.

Posibles medidas terapéuticas realizables por control médico:

- 1.- Nebulizar con Fenoterol (SEGAMOL), 1 ampolla.
- 2.- Adrenalina 0,3 a 0,5 mg. SC. En pacientes pediátricos 0,01 mg./kg SC.
- 3.- Administrar solución glucosada al 5%: 40 a 200 cc/hora.
- 4.- Puede repetirse dosis de Adrenalina a los 30 minutos.

E.P.B.O.C.^{6,12}

- 1.- Oxígeno de 1 a 2 lts/min por bigote nasal.
- 2.- Colocar al paciente en posición semisentada.
- 3.- Monitorizar el ritmo cardíaco.

Posibles medidas terapéuticas realizables por control médico:

- 1.- Administrar solución glucosada al 5% vía E.V..
- 2.- Nebulizar con Fenoterol (SEGAMOL) 1 ampolla.

EDEMA PULMONAR^{6,13}

- 1.- Coloque al paciente en posición semisentada.
- 2.- Oxígeno de 2 a 4 lts/min, si está en malas condiciones, ventilar con presión positiva.
- 3.- Monitoriar ritmo cardíaco.
- 4.- Administre solución glucosada al 5% como mantenimiento.
- 5.- Isordil 5 mg. SL (contraindicado si el paciente está hipotenso), puede repetirse por dos veces en intervalos de cinco (5) minutos.
- 6.- Administre 2 ampollas de Lasix E.V..
- 7.- Traslade de inmediato al paciente a un centro asistencial.

8.- Realice contacto con control médico.

Posibles medidas terapéuticas realizables por control médico:

- 1.- Furosemida (Lasix) de 40 a 80 mg. E.V..
- 2.- Morfina 2 a 10 mg. lento E.V. si presión arterial sistólica > 100 mmHg.
- 3.- Considerar uso de Dopamina si T.A. < 90 mmHg comenzando con dosis 10 microgramos/Kg./min.

INHALACIÓN DE GASES^{5,23}

Nota: Al rescatar al lesionado utilice protección respiratoria (equipos autocontenidos)

Cubra todas las áreas descubiertas de su piel.

- 1.- Investigue el posible material tóxico.
- 2.- Aleje del sitio al lesionado y llévelo a un ambiente abierto y seguro.
- 3.- Proteja y mantenga vía aérea permeable.
- 4.- Iniciar reanimación cardiopulmonar, de ser necesario.
- 5.- Permeabilice vía venosa con cánula #14 y administre solución de Ringer Lactato según control médico.
- 6.- Monitorizar el ritmo cardíaco.
- 7.- Coloque al paciente en decúbito lateral izquierdo si está inconsciente.
- 8.- Coloque al paciente en posición semisentada si está consciente.
- 9.- Traslade a un centro asistencial adecuado.
- 10.- Realice contacto con control médico.

EMERGENCIAS NEUROLÓGICAS

SOSPECHA DE ACV⁵

Nota: El tratamiento pre-hospitalario está destinado primariamente a mejorar el flujo sanguíneo y la oxigenación cerebral.

- 1.- Tome signos vitales y mantenga al paciente en decúbito dorsal, a menos que presente marcada hipertensión arterial, en dicho caso el paciente debe estar en posición semisentada.
- 2.- Asegure la vía aérea y administre oxígeno por mascarilla a 5 lts por minutos (1 a 2 litros por minuto si el paciente presenta EPBOC).
- 3.- Monitorizar el ritmo cardíaco.
- 4.- Tome vía periférica y administre solución glucosada al 5% a 21 gotas x'.
- 5.- Proteja el (o los) miembro (s) parético.
- 6.- Realice contacto con control médico.

COMA^{6,18}

Nota: Evalúe cuidadosamente la vía aérea. Busque signos de traumatismo, hipoglicemia, abuso de drogas. Busque alrededor del paciente resto de píldoras, frascos o inyectadoras. Obtenga historia si es posible.

- 1.- Proteja y mantenga segura la vía aérea.
- 2.- Oxígeno de 4 a 6 lts/min.
- 3.- Coloque al paciente en posición de coma, si se sospecha de traumatismo, coloque collarín cervical y traslade en camilla rígida (tabla espinal).
- 4.- Tome signos vitales.
- 5.- Permeabilice una vía venosa periférica con cánula #18 ó #20 y tome muestra de sangre.
- 6.- Administre solución glucosada al 50%: 100 ml.
- 7.- Si no hay respuesta, administre **NARCAM** 2 mg. E.V. lento stat.
- 8.- Realice contacto con control médico.

Posibles medidas terapéuticas realizables por control médico:

- 1.- Solución glucosada al 50%: 50 ml vía E.V..
- 2.- Repetir **NARCAM** 2 mg. en intervalos de 2 a 3 min. en tres oportunidades.

CONVULSIONES⁶

Nota: Retire los materiales peligrosos lejos del paciente. Las convulsiones pueden ser causadas por paro cardíaco, evalúe cuidadosamente al paciente. Siempre busque la presencia de pulso. No trate de colocar a la fuerza nada entre los dientes del paciente durante la convulsión.

- 1.- Asegure la vía aérea, administre oxígeno de 2 a 4 lts/min.
- 2.- Aspire gleras si es necesario.
- 3.- Registre los signos vitales.
- 4.- Si persiste actividad convulsiva o en estado post-ictal por tiempo prolongado, permeabilice una vía venosa periférica y administre solución glucosada al 5% o lo que indique control médico.
- 5.- Monitorizar el ritmo cardíaco.
- 6.- Traslade al paciente en decúbito lateral izquierdo.

Posibles medidas terapéuticas realizables por control médico:

- 1.- Si no es posible obtener historia, administre solución glucosada al 50%: 50 cc E.V..
- 2.- Si persiste actividad convulsiva, administre DIAZEPAM 5 a 10 mg. E.V. sin excederse de 0,3 mg./Kg., sin diluir.
- 3.- DIFENILHIDANTOINA: (EPAMIN) 15 a 18 mg./Kg E.V., sin diluir, lentamente.

EMERGENCIAS ENDOCRINAS

CETOACIDOSIS DIABÉTICA²⁰

- 1.- Obtenga antecedentes: Última ingesta de alimentos, última dosis de insulina o hipoglicemiante oral, ingesta de alcohol, fiebre.
- 2.- Proteja y mantenga vía aérea permeable.
- 3.- Oxígeno húmedo a razón de 4 a 6 lts/min.
- 4.- Permeabilice vía venosa periférica y administre solución fisiológica 0,9% a goteo rápido.
- 5.- Coloque al paciente en posición de coma (posición prona).
- 6.- Traslade de inmediato al centro asistencial adecuado.
- 7.- Realice contacto con control médico.

HIPOGLICEMIA^{6,20}

Nota: Oiga al paciente, generalmente si es diabético sabe lo que necesita. La hipoglicemia se puede presentar con convulsiones, coma, trastornos de conducta, confusión.

- 1.- Evalúe y asegure la vía aérea, ventilación y circulación.
- 2.- Tome los signos vitales.
- 3.- Administre una preparación azucarada si el paciente está consciente.
- 4.- Permeabilice una vía venosa periférica y administre solución glucosada al 5%.
- 5.- Si el paciente se encuentra inconsciente o semi-inconsciente administre Dextrosa al 50%: 50 - 100 cc E.V.
- 6.- Realice contacto con control médico.

EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

PARTO

Madre:

Determine:

- 1.- Edad.
 - Fecha de última regla.
 - Edad gestacional.
 - Embarazo simple o múltiple.
 - Número de embarazo.
 - Lugar donde se controla.
 - Presencia de contracciones uterinas, sangramiento, pérdida de líquido amniótico, pérdida de tapón mucoso.
- 2.- Si la madre no tiene contracciones o no está sangrando, trasládela en decúbito lateral izquierdo al centro materno más cercano o donde se controla la misma.
- 3.- Si el parto es inminente, prepárese para atenderlo.

- 4.- Traslade inmediatamente si:
 - La madre presenta convulsiones o hemorragia severa.
 - Si el parto tiene una presentación distócica.
- 5.- Si el sangramiento es moderado a severo.
 - Administre oxígeno de 4 a 6 lts/min.
 - Administre solución Fisiológica o Ringer Lactato según control médico.

Parto Eutocico:

- 1.- Sostenga la cabeza del recién nacido.
- 2.- Aplique tracción hacia abajo hasta que aparezca el hombro.
- 3.- Luego aplique tracción hacia arriba hasta la aparición del otro hombro.
- 4.- Después que la expulsión sea completa, aspire la boca y la nariz del recién nacido.
- 5.- Pince el cordón umbilical, coloque la primera pinza a 20 cm. y la otra pinza a 22 cm.; luego corte el cordón entre las dos pinzas.

Parto Distocico:

Presentación Podálica:

- 1.- Prepare a la madre en la forma usual.
- 2.- Deje que los miembros inferiores y tronco salgan espontáneamente.
- 3.- Sostenga el cuerpo del recién nacido con la palma de la mano, permitiendo que la expulsión sea más espontánea.
- 4.- Si la cabeza no es expulsada en tres (3) minutos, coloque su mano en la vagina y con sus dedos, forme una "V" sobre la nariz del recién nacido.
- 5.- Empuje la pared de la vagina de la cara del recién nacido.
- 6.- Si la expulsión no se realiza en tres (3) minutos después de haber establecido la vía aérea del recién nacido, realice el traslado inmediatamente.

Procidencia del cordón umbilical:

- 1.- Coloque a la madre en posición genupectoral o eleve las caderas con almohadas.
- 2.- Administre oxígeno por cánula nasal de 4 a 6 lts/min.
- 3.- Con la mano enguantada empuje la cabeza del recién nacido, de manera delicada dentro de la vagina, sin tocar el cordón umbilical.
- 4.- Realice el traslado, manteniendo la cabeza del recién nacido dentro de la vagina.

Desprendimiento Prematuro de Placenta, Placenta Previa, Ruptura Uterina:

- 1.- Coloque a la paciente en decúbito lateral izquierdo.

- 2.- Administre oxígeno de 10 a 15 lts/min. por máscara.
- 3.- Realice contacto con control médico para la colocación del **MAST** y/o la toma de una segunda vía E.V..

Recién Nacido:

- 1.- Realice la aspiración de la nariz y de la boca.
- 2.- Frote vigorosamente la espalda del recién nacido.
- 3.- Si no presenta respiración espontánea, verifique el ABC e inicie la resucitación del paciente.
- 4.- Si respira espontáneamente realice el **Test de APGAR**.
- 5.- Mantenga tibio al recién nacido.

Alumbramiento:

- 1.- Deje que la expulsión de la placenta sea espontánea.
- 2.- Si la placenta no es expulsada, dé masajes al fondo uterino.
- 3.- Una vez expulsada la placenta, colóquela en bolsa plástica.
- 4.- Mantenga tibia a la madre.
- 5.- Si se presenta hemorragia profusa:
 - Realice contacto con control médico.
 - Eleve los miembros inferiores de la madre.
 - Administre oxígeno de 10 a 15 lts/min.
 - Use el **MAST** si hay hipovolemia severa.
 - Realice el traslado de la paciente.

EMERGENCIAS QUIRÚRGICAS

POLITRAUMATIZADOS^{1,3,4,5}

Consideraciones Generales:

- Todos los Politraumatizados se consideran que presentan lesión de columna cervical hasta que se demuestre lo contrario por radiología.
- El mantenimiento inicial de la vía aérea se realiza mediante la sublujación de la mandíbula.
- Si un paciente con traumatismo de cráneo está en shock, busque otras causas, ya que probablemente no sea por el trauma de cráneo.
- Trate primero las lesiones que ponen en peligro la vida, las lesiones menores pueden esperar.
- El uso de sistemas de escalas evaluativas, como la escala de Glasgow y el Trauma Score, son útiles como lenguaje común además de servir como triage.
- El **MAST** (pantalón antishock), puede ser usado como férula en las fracturas de miembros inferiores. En el shock hipovolémico severo el pantalón

puede y debe ser usado, pero solamente debe ser insuflado bajo control médico.

1.- Evalúe la seguridad del sitio del accidente, investigue el mecanismo de producción del mismo.

2.- Coloque el collarín cervical, asegure la vía aérea y administre oxígeno al 100%.

3.- Evalúe el tórax del paciente, ventilación, frecuencia respiratoria y trate las lesiones que ponga en peligro la vida del paciente.

4.- Evalúe el estado circulatorio, controle hemorragias.

5.- Evalúe el nivel de conciencia y el estado neurológico.

6.- Registre los signos vitales cada cinco (5) minutos o menos, la presión arterial puede ser estimada usando la siguiente guía:

- Pulso Radial presente: presión arterial sistólica mayor o igual a 90 mmHg.

- Pulso Femoral presente: presión arterial sistólica mayor o igual a 70 mmHg.

- Pulso Carotídeo presente: presión arterial sistólica mayor o igual a 60 mmHg.

7.- Permeabilice una vía venosa periférica con cánula #14 ó #16 y administre solución Fisiológica o Ringer Lactato a goteo rápido, tratando de mantener la presión arterial sistólica en 100 mmHg o según control médico.

8.- Monitorizar el ritmo cardíaco.

9.- Realice contacto con control médico.

Posibles medidas terapéuticas realizables por control médico:

1.- Permeabilizar dos vías venosas periféricas.

TRAUMATISMO CRÁNEO ENCEFÁLICO Y DE COLUMNA CERVICAL^{1,3,5}

1.- Coloque collarín cervical y asegure una vía aérea, administre oxígeno al 100% por máscara.

2.- Si el paciente no ventila espontáneamente, realice ventilación asistida, moderada hiperventilación 20 - 24 resp/min.

3.- Evalúe el estado circulatorio, detenga las hemorragias, cubra las heridas con compresas estériles.

4.- Permeabilice una vía venosa periférica con cánula #14 ó #16, administre solución Fisiológica o de Ringer Lactato según control médico.

5.- Evalúe el nivel de conciencia y del estado neurológico.

6.- Registre los signos vitales cada cinco (5) minutos o menos.

7.- Busque otros signos de traumatismos en el paciente.

8.- Coloque al paciente sobre una tabla espinal para su traslado.

8.- Realice contacto con control médico.

SHOCK^{6,21}**Tipos:** a) Médico:

- Hipovolémico: cetoacidosis diabética, hemorragia interna o externa.
- Cardiogénico: taponamiento cardíaco, neumotórax a tensión, insuficiencia cardíaca congestiva, embolismo pulmonar.
- Causas mixtas: sepsis, sobredosis de drogas, anafilaxia.

b) Traumático:

- Penetrantes o no.

- 1.- Asegure la vía aérea, administre oxígeno 50 - 100% por máscara o cánula nasal.
- 2.- Controle hemorragias.
- 3.- Mantener la temperatura corporal.
- 4.- Registre los signos vitales cada cinco (5) minutos o menos.
- 5.- Permeabilice una vía venosa periférica con cánula #14 ó #16 y administre solución Fisiológica o Ringer Lactato a goteo rápido.
- 6.- Realice contacto con control médico.

QUEMADURAS^{14,15,16,17}

- 1.- Retire al paciente del área de peligro hacia un lugar seguro.
- 2.- Asegure vía aérea.
- 3.- Administre oxígeno de 4 a 6 lts/min por bigote nasal a alto flujo, o de 10 a 15 lts/min por máscara si hay evidencia de lesión de vía respiratoria o inhalación de humo.
- 4.- Permeabilice una vía periférica con cánula #14 ó #16 y administre solución Fisiológica o Ringer Lactato, si la quemadura es mayor del 10% de la superficie corporal.
- 5.- Controle hemorragias visibles.
- 6.- No remueva la ropa pegada a la superficie quemada, remueva anillos, brazaletes, busque quemaduras circunferenciales, busque pulsos distales. No use hielo.
- 7.- Aplique compresas estériles húmedas o gasas estériles humedecidas con solución Fisiológica en las zonas quemadas.

A) Quemaduras Químicas:

- 1.- Conozca cuál es el químico involucrado antes de atender al paciente y establezca contacto con control médico.
- 2.- Use adecuada protección personal.
- 3.- Reglas generales:

- FENOL: Irrigue el área afectada con alcohol, luego lave con agua abundantemente.
 - ÁCIDO SULFÚRICO: Irrigue con agua para neutralizar el ácido, luego lave con agua y jabón el área afectada.
 - ÓRGANO FOSFORADO: Lavar con abundante agua y jabón.
 - METALES "SODIO": Si no hay agua disponible, cubra el área afectada con aceite.
 - CAL: Desnude al paciente, quite todo el polvo y báñelo con abundante agua.
- Si el agente es desconocido, obtenga una muestra de ser posible.

B) Quemaduras Eléctricas:

- 1.- Asegúrese de que la corriente eléctrica ha sido desconectada.
- 2.- Evalúe al paciente, busque heridas de entrada y salida del haz eléctrico.
- 3.- Monitorizar el ritmo cardíaco.
- 4.- Tome los signos vitales y evalúe posibles traumatismos asociados.

Posibles medidas terapéuticas realizables por control médico:

- 1.- Considerar la administración de analgésicos para disminuir el dolor y ansiedad.
- 2.- Considerar Lidocaina al 2% en bolo de 5 cc E.V. stat si hay alteración del ritmo cardíaco.

CASI AHOGADO⁵

- 1.- No entre al agua a rescatar a la víctima si Ud. no sabe nadar o no sabe como rescátala.
- 2.- Asegure la vía aérea y comience a dar ventilación asistida, aún antes de que la víctima sea retirada del agua e inmovilice la columna cervical con collarín.
- 3.- Determine, evalúe si el paciente tiene pulso, si no hay pulso, inicie compresión cardíaca externa y administre oxígeno al 100% a presión positiva.
- 4.- Tome vía periférica y administre solución Fisiológica o de Ringer Lactato.
- 5.- Monitorizar el ritmo cardíaco.
- 6.- Si hay paro cardio - respiratorio trátelo según protocolo de RCP.
- 7.- Traslade al paciente a la brevedad a un centro hospitalario.
- 8.- Realice contacto con control médico.

Posibles medidas terapéuticas realizables por control médico:

- 1.- Considerar el uso de Bicarbonato 1 mg./Kg E.V..

TRAUMA OBSTÉTRICO²²

- 1.- Asegure la vía aérea y administre oxígeno al 100% por máscara.
- 2.- Coloque la paciente en decúbito lateral izquierdo, si no es posible levante la cadera derecha.
- 3.- Tome vía periférica venosa con cánula #14 ó #16 y administre solución de Ringer Lactato a goteo rápido.
- 4.- Trate de evaluar el foco fetal.
- 5.- Traslade de inmediato a centro asistencial.
- 6.- Realice contacto con control médico.

Posibles medidas terapéuticas realizables por control médico:

- 1.- Considere el uso del **MAST**.

ENVENENAMIENTO Y SOBREDOSIS^{5,6}

Contaminación Externa.

- 1.- Proteja al personal médico y paramédico.
- 2.- Retírele la ropa contaminada al paciente.
- 3.- Lave la piel y ojos contaminados con abundante agua.

Ingestión.

- 1.- No induzca el vómito en pacientes que:
 - Ingerió ácidos, álcalis, nitrato de plata, estricnina, hidrocarburos.
 - Personas inconscientes, convulsionando o que no presenten reflejo nauseoso.
- 2.- No trate de neutralizar ácidos con álcalis o viceversa
- 3.- Si el paciente tiene una pobre respuesta o respiración deprimida:
 - Evalúe al paciente y realice al ABC.
 - Oxígeno de 2 a 4 lts/min.
- 4.- Permeabilice una vía venosa periférica y administre solución Fisiológica o Ringer Lactato.
- 5.- Monitorizar el ritmo cardíaco.
- 6.- Registre los signos vitales.
- 7.- Realice contacto con control médico.

Posibles medidas terapéuticas realizables por control médico:

- 1.- Administre **Narcam** 2 mg. E.V., puede repetirse cada 3 a 5 minutos si no hay mejoría, hasta un máximo de 4 mg.
- 2.- Administrar solución glucosada al 50% : 50 cc E.V..
- 3.- Administrar jarabe de Ipecacuana: 30 cc en adultos, 15 cc en niños.

EMPONZOÑAMIENTO POR ANIMALES E INSECTOS

EMPONZOÑAMIENTO OFIDICO²⁶

Nota: No administre alcohol, retire anillos, pulseras u otro que cause presión. Localice de ser posible marcas de colmillos.

- 1.- Calme al paciente.
- 2.- Mantenerlo en reposo.
- 3.- Determine y registre los signos vitales.
- 4.- Mantenga vía aérea permeable.
- 5.- Tome vía periférica y administre solución de Ringer Lactato ó Fisiológica, a goteo de mantenimiento.
- 6.- Realice limpieza local.
- 7.- Administre analgésico, no narcótico.
- 8.- No utilizar torniquete.
- 9.- No realizar incisiones en la piel.
- 10.- Colocar la extremidad afectada en 45 grados.
- 11.- Realice contacto con control médico.
- 12.- Traslade al paciente al centro asistencial más cercano.
- 13.- De ser posible lleve con el paciente la serpiente causante del accidente.

APISMO^{24,25}

Nota: Si el paciente presenta reacción anafiláctica ver sección de REACCIÓN ALÉRGICA SISTEMICA.

- 1.- Calme al paciente.
- 2.- Determine y registre los signos vitales.
- 3.- Mantenga vía aérea permeable.
- 4.- Tome vía periférica y administre solución de Ringer Lactato o Fisiológica a goteo de mantenimiento.
- 5.- No intente extraer el aguijón con pinzas.
- 6.- Raspe ligeramente la piel con la hoja de un cuchillo o una navaja, el borde de una tijera o con la hoja de un bisturí, para extraer el aguijón.
- 7.- Aplique hielo local.
- 8.- Traslade al paciente a centro asistencial.

Posibles medidas terapéuticas realizables por control médico:

- 1.- Adrenalina: 0,3 a 0,5 mg. subcutáneo stat, en el niño la dosis es de 0,01 mg./Kg subcutáneo stat, no exceder de 0,3 cc.
- 2.- Hidrocortisona: 4 mg./Kg E.V. stat.
- 3.- Antihistamínico: 1 ampolla I.M. stat.

ESCORPIONISMO^{24,25}

- 1.- Calme al paciente.
- 2.- Mantenerlo en reposo.
- 3.- Determine y registre los signos vitales.
- 4.- Proteja y mantenga la vía aérea permeable.
- 5.- Aplique hielo local o compresa fría.
- 6.- Permeabilice vía venosa periférica, coloque solución de Ringer Lactato o Fisiológica a goteo de mantenimiento.
- 7.- Trasladar al paciente a centro asistencial adecuado.

REACCIONES ALÉRGICAS^{5,6}

Nota: Reacción local: Eritema, Edema local.

Reacción Sistémica: Edema en cara, lengua, ojos, además de máculas y pápulas generalizadas.

REACCIÓN LOCAL:

- 1.- Evaluar al paciente y determinar la causa de la reacción.

REACCIÓN SISTÉMICA:

- 1.- Evaluar al paciente y determinar la causa de la reacción.
- 2.- Mantenga la vía aérea y administre oxígeno al 100% por máscara.
- 3.- Coloque al paciente en posición supina.
- 4.- Permeabilice una vía periférica con cánula #14 ó #16 y administre solución Fisiológica o Ringer Lactato 200 cc/hora (35 macrogotas por minuto).
- 5.- Monitorizar el ritmo cardíaco.
- 6.- Calme al paciente.
- 7.- Traslade al paciente a la brevedad.

Posibles medidas terapéuticas realizables por control médico:

- 1.- Adrenalina: 0,3 a 0,5 mg. SC stat, en el paciente pediátrico 0,001 mg./Kg SC, no exceder de 0,3 cc.
- 2.- Hidrocortisona (Solucortef): 4 mg./Kg stat. Dexametasona (Decadron): 1 ampolla E.V. stat. Dosis en pediatría de acuerdo a la edad y criterio médico.
- 3.- Antihistamínico: 1 ampolla I.M. stat.

REFERENCIAS

- 1) Safar P., Bircher N.G. Reanimación Cardiopulmonar y Cerebral: Politraumatizado. Tercera Edición. Interamericana 1990; 354 - 356.

- 2)** Frank J. Baker II, Robert Strauss, James J. Walter. Cardiac arrest; Peter Rosen, ed Emergency Medicine concepts and clinical practice. The C.V. Mosby Company, Second Edition 1988; 83 - 141.
- 3)** Robert C. Jorden, Roger . Barkin. Multiple Trauma: Peter Rosen, ed Emergency Medicine concepts and clinical practice. The C.V. Mosby Company: Second Edition 1988; 159 - 177.
- 4)** Peter Driscoll, David Skinner. Initial Assessment and Management - I Primary Survey. British Medical Journal 1990 vol 300 (6734) 1265 - 1267.
- 5)** Nancy L Caroline. Multiple Injuries, Multiple Casualites, and Triage: Emergency care in the streets. Little, Brown and Company, Third edition. 1987; 572 - 590
- 6)** Old Dominion Emergency Medical Service Alliance. Prehospital Advanced Life Support Protocols. Metropolitan Richmond Emergency Medical Service Council. 1987
- 7)** Karen L. Van Buren. Understanding and Using Prehospital Emergency Systems. Resident & Staff Physician. August 1988: 49 - 56
- 8)** Brian R. Holroyd, Robert Knopp, Gene Kallsen. Medical Control Quality Assurance in prehospital Care JAMA 1986, vol 256, N° 8: 1027 - 1031
- 9)** Gregory Baumann. Emergency Medical Service (EMS) Systems. William Lamsback, ed. Emergency Medicine. The Essential Update. W.B. Saunders Company 1989; 305 - 317
- 10)** Gerald S. Gordon, Steven Silverstein. Ischemic Heart Disease. Peter Rosen, ed. Emergency Medicine concepts and clinical practice. The C.V. Mosby Company. Second Edition 1988; 1315 - 1387
- 11)** Standars and guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiac care. JAMA Vol 268; N° 16, 1992
- 12)** Robert H. Dailey. Chronic obstructive pulmonary diseases. Peter Rosen, ed Emergency Medicine concepts and clinical practice. The C.V. Mosby Company. Second Edition 1988; 1141 - 1161
- 13)** Eric L. Stirling. Congestive heart failure. Peter Rosen, ed Emergency Medicine concepts and clinical practice. The C.V. Mosby Company. Second edition 1988; 1291 - 1301
- 14)** G. Richard Braen. Thermal injury (burns). Peter Rosen, ed Emergency Medicine concepts and clinical practice. The C.V. Mosby Company. Second edition 1988; 573 - 584

- 15)** Luis Ceballos G., Miriam Pichardo. Quemaduras. Medicina de Emergencia Prehospitalaria. Caracas. Editor, Fundación Post-grado de Medicina de Emergencia 1990; 383 - 398
- 16)** Lawrence J. Guzzardi. Chemical injuries to skin. Peter Rosen, ed Emergency Medicine concepts and clinical practice. The C.V. Mosby Company. Second Edition 1988; 617 - 620
- 17)** Richard F. Kunkle. Electrical injuries. Peter Rosen, ed Emergency Medicine concepts and clinical practice. The C.V. Mosby Company. Second edition 1988; 621 - 630
- 18)** J. Stephen Huff. Coma. Peter Rosen, ed Emergency Medicine concepts and clinical practice. The C.V. Mosby Company. Second edition 1988; 249 - 269
- 19)** Gerardo Franco, José González Cisneros. Parto de Emergencia. José González Cisneros, Medicina de Emergencia Prehospitalaria Caracas. Editor, Fundación Post-grado de Medicina de Emergencia 1990; 403 - 420
- 20)** Thomas W. Graber. Diabetes. Peter Rosen, ed Emergency Medicine concepts and clinical practice. The C.V. Mosby Company, Second edition 1988; 2039 - 2064
- 21)** Frank L. Mannix. Hemorrhagic shock. Peter Rosen, ed Emergency Medicine concepts and clinical practice. The C.V. Mosby Company. Second edition 1988; 179 - 202
- 22)** Robert H. Hayashi. Emergency Care of the Pregnant Woman. William Lamsback. ed Emergency Medicine The Essential Update. W.B. Saunders Company 1989; 165 - 190
- 23)** Norman Dinerman, James A. Huber. Inhalation Injury. Peter Rosen. ed Emergency Medicine concepts and clinical practice. The C.V. Mosby Company. Second edition 1988; 585 - 608
- 24)** José González Cisneros, Rafael Orihuela. Mordeduras y Emponzoñamiento Animal. José González Cisneros. Medicina de Emergencia Prehospitalaria. Caracas. Editor, Fundación Post-grado de Medicina de Emergencia 1990; 429 - 469
- 25)** Edward J. Otten. Venomous animal injuries. Peter Rosen. ed Emergency Medicine concepts and clinical practice. The C.V. Mosby Company. Second edition 1988; 981 - 1000

26) Teresa Medina. Emponzoñamiento Ofídico. (Tesis) Hospital Miguel Pérez Carreño. I.V.S.S. Post-grado de Medicina de Emergencia, Diciembre de 1990. Caracas.

ÍNDICE

	Página
INTRODUCCIÓN	1
PROCEDIMIENTOS	1
CONTROL MEDICO	2
COMUNICACIONES	2
TERAPIA ENDOVENOSA	3
SOLUCIONES	3
CALIBRES DE AGUJAS	3
ATENCIÓN EN EL SITIO DE LA EMERGENCIA	3
EMERGENCIA CARDIOVASCULAR	4
Dolor Torácico (sospecha de origen cardíaco)	4
R.C.P. Soporte Básico	4
Arritmias Cardíacas	5
Contracciones Ventriculares Prematuras	5
Bradicardia	6
Taquicardia	7
Taquicardia Ventricular Sostenida (paciente estable)	8
Taquicardia Ventricular Sostenida (paciente inestable)	9
Fibrilación Ventricular	10
Asistolia	12
Disociación Electromecánica	13
Crisis Hipertensivas	13
EMERGENCIAS RESPIRATORIAS	15
Asma	15
E.P.B.O.C.	15
Edema Pulmonar	15
Inhalación de Gases	16
EMERGENCIAS NEUROLÓGICAS	16
Sospecha de A.C.V.	16
Coma	17
Convulsiones	17
EMERGENCIAS ENDOCRINAS	18
Cetoacidosis Diabética	18
Hipoglicemia	18
EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS	19
Parto	19
Parto Eutócico	19
Parto Distócico	19
Procidencia de Cordón	19
DPP, Placenta Previa, Ruptura Uterina	19
Recién Nacido	20
Alumbramiento	20

EMERGENCIAS QUIRÚRGICAS	20
Politraumatizados	21
Traumatismo Cráneo-encefálico y Columna Cervical	21
Shock	22
Quemaduras	22
Quemaduras Químicas	22
Quemaduras Eléctricas	23
Casi Ahogado	23
Trauma Obstétrico	24
ENVENENAMIENTO Y SOBREDOSIS	24
EMPONZOÑAMIENTO POR ANIMALES E INSECTOS	24
Emponzoñamiento Ofídico	25
Apismo	25
Escorpionismo	25
REACCIONES ALÉRGICAS	26
Reacción Local	26
Reacción Sistémica	26
REFERENCIAS	27