

CENTRO DE ALTOS ESTUDIOS



CIETSI
Formación de Calidad Global

¡COMPROMETIDOS EN FORMAR VERDADEROS PROFESIONALES!

Semana 01

FUNDAMENTOS Y GESTIÓN DE LA ESCENA



Dr. Jesús Alejandro Pareja Olortigue.
Especialista en MEDICINA DE EMERGENCIAS
Y DESASTRES.



REANIMACIÓN Y PRIMEROS AUXILIOS 2024-2025

Las nuevas directrices del Comité Internacional de Enlace sobre Reanimación (ILCOR), la Asociación Americana del Corazón (AHA), el Consejo Europeo de Resucitación (ERC) y la Cruz Roja, no solo refinan las maniobras técnicas de soporte vital básico (SVB), sino que priorizan el concepto de "Sistemas que Salvan Vidas".

PACIENTE POLITRAUMATIZADO

La supervivencia incluyen al transeúnte, al despachador de emergencias, al primer respondiente y al sistema hospitalario. En el contexto peruano, se entrelaza con las Normas Técnicas de Salud (NTS) del MINSA, las Guías de Práctica Clínica (GPC) de IETSI-EsSalud y el Estándar de Competencia 2025 del Colegio Médico del Perú.

FORMACIÓN DE
CALIDAD



CIETSI





Elemento	Descripción breve	Implicación práctica
Objetivo	Sintetizar consenso internacional 2024-2025 y marco regulatorio peruano	Base técnica para materiales educativos y protocolos locales
Alcance	Primeros auxilios, RCP y SVB en contextos prehospitalarios y comunitarios	Aplicable a escuelas, empresas, espacios públicos y servicios de salud
Público objetivo	Transeúntes, brigadistas, personal de salud, despachadores y gestores	Diseñar formación diferenciada por perfil y competencias
Principales cambios 2024-25	Enfoque en Sistemas que Salvan Vidas; inclusión de DEI; actualización de métricas RCP	Priorizar despacho asistido, educación temprana y registro de DEA



FUNDAMENTOS Y GESTIÓN DE LA ESCENA

EL MODELO DE SISTEMAS QUE SALVAN VIDAS Y LA FÓRMULA DE LA SUPERVIVENCIA

El paradigma actual propuesto por ILCOR y el ERC se basa en la "**Fórmula de la Supervivencia**", la cual establece que los resultados óptimos son el producto de tres pilares interactivos:

- La excelencia científica (basada en evidencia actualizada), la educación efectiva (entrenamiento de calidad)
- La implementación eficiente (un sistema de respuesta funcional).



Se recomienda que la RCP comience a los 4 años, centrándose inicialmente en el reconocimiento de la emergencia y la llamada de auxilio, para luego progresar a las maniobras de compresión entre los 10 y 12 años, cuando el niño posee la masa corporal necesaria para ejercer la presión requerida.

PREPARACIÓN PSICOLÓGICA Y FACTORES HUMANOS

LAS GUÍAS 2025 BASADAS EN ILCOR

El temor a causar lesiones involuntarias, es identificado como una de las principales barreras para el inicio de la RCP por transeúntes. El riesgo de daño grave en pacientes que reciben RCP sin estar realmente en paro cardíaco es inferior al 1%, mientras que el beneficio de iniciar maniobras tempranas ante una sospecha real es absoluto para la supervivencia. Por tanto, la gestión de la escena incluye la autogestión de la seguridad emocional del rescatista.



EL PROCESO DINÁMICO DE EVALUACIÓN DE LA ESCENA

El modelo "**Check, Call, Care**" de la Cruz Roja "**Proteger, Avisar, Socorrer**" (PAS)

Fase	Acción	Justificación Técnica
Check / Proteger	Evaluar seguridad y situación	Evitar que el rescatista se convierta en una segunda víctima.
Call / Avisar	Activar el sistema de emergencias	Garantizar la llegada de soporte vital avanzado (SVA).
Care / Socorrer	Intervenir según el hallazgo	Iniciar maniobras que detengan la progresión hacia la muerte clínica.



Concepto	Definición breve	Ejemplo práctico
Fórmula de la Supervivencia	Ciencia + educación + implementación	Programas escolares de RCP + DEAs públicos + despacho eficiente
Check / Call / Care	Secuencia para priorizar seguridad y acción	Proteger escena → llamar SEM → iniciar RCP si procede
Preparación psicológica	Entrenamiento para manejar angustia y miedo	Simulaciones con debriefing y técnicas de afrontamiento
Educación temprana	Iniciar reconocimiento desde 4 años; compresiones 10–12 años	Talleres escolares progresivos por edad



Riesgo detectado

Acción inmediata

Escena con riesgo eléctrico

Mantener distancia; avisar a bomberos/SEM

Víctima inconsciente y no respira

Activar SEM; iniciar RCP guiado por despachador

Presencia de agresores

No intervenir; solicitar apoyo policial

Sospecha de sustancias químicas

No acercarse; avisar HAZMAT y esperar equipo especializado



TRIADA LETAL

Definición 2024-2025



Comportamientos de ayuda y el cuidado inicial para una enfermedad o lesión aguda.

Los Dominios de los Primeros Auxilios según ILCOR

Receptor del Auxilio

Considera variables como edad, sexo, estado de salud previo y capacidad de consentimiento. El enfoque actual busca eliminar disparidades de género.

Proveedor del Auxilio

Se evalúa según su nivel de conocimiento, entrenamiento, familiaridad con el entorno y el deber legal de responder.

TTO

Evalúa la eficacia, la invasividad, la disponibilidad de tecnología y el costo-beneficio.

Entorno y escenario

Diferencia entre entornos de altos y bajos recursos, zonas rurales o urbanas, y contextos de seguridad.

○ MARCO ÉTICO Y LEGAL:
○ CONSENTIMIENTO Y DEBER DE
○ AUXILIO

FORMACIÓN DE CALIDAD



Principios Bioéticos

- Beneficiencia
- No Maleficiencia
- Autonomía



El Código Penal tipifica la omisión de socorro como un delito si se expone a una persona a un peligro inminente sin prestarle auxilio o avisar a la autoridad.

Ley n° 30200



Los primeros auxilios constituyen actividades fundamentales suministradas por personal capacitado para preservar la vida hasta la llegada del servicio de emergencia. Esta distinción es vital para delimitar las responsabilidades del primer respondiente frente a los profesionales médicos.



EQUIDAD EN LA SALUD Y DIVERSIDAD (DEI) EL ERC Y ILCOR JUNTO A LOS PRINCIPIOS DE DIVERSIDAD, IGUALDAD, EQUIDAD E INCLUSIÓN (DEI)

Dirigido a personas con discapacidades físicas o cognitivas, hablantes de diferentes lenguas y personas en situaciones de vulnerabilidad social.

Dominio	Qué evalúa	Implicación en capacitación
Receptor del auxilio	Edad, salud, consentimiento	Enseñar adaptación cultural y comunicación accesible
Proveedor del auxilio	Nivel de entrenamiento y deber legal	Definir alcance de práctica por perfil (lego, brigadista, profesional)
Tratamiento	Eficacia, invasividad y disponibilidad	Priorizar intervenciones de alto beneficio y bajo riesgo
Entorno y escenario	Recursos, seguridad y contexto geográfico	Adaptar protocolos a zonas rurales/urbanas y contextos de riesgo



EQUIDAD EN LA SALUD Y DIVERSIDAD (DEI) EL ERC Y ILCOR JUNTO A LOS PRINCIPIOS DE DIVERSIDAD, IGUALDAD, EQUIDAD E INCLUSIÓN (DEI)

Tema	Mensaje clave
Consentimiento	Respetar rechazo informado si la persona está consciente
Omisión de socorro	Puede constituir delito según el Código Penal peruano
Ley N° 30200	Primeros auxilios no son atención profesional; delimita responsabilidades
DEI	Incluir adaptaciones para discapacidades y diversidad lingüística

ROL Y RESPONSABILIDADES DEL PRIMER RESPONDIENTE

Definición y relevancia



Las estadísticas de la AHA indican que menos del 40% de las víctimas de paro cardíaco extrahospitalario reciben RCP por parte de transeúntes, y solo un 11.9% son asistidos con un DEA antes de la llegada del SEM.

- **Rescatista lego no entrenado:** reconocer la emergencia, llamar al SEM y seguir instrucciones del despachador telefónico. Realizar RCP.
- **Primer respondiente / Brigadista:** Personal con formación básica. Gestión de la escena, aplicación del DEA, maniobras de SVB completas y control de hemorragias críticas.
- **Profesional:** Médicos y paramédicos. Obligación legal y RCP de alta calidad.



Niveles de intervención y alcance de la práctica





ROL Y RESPONSABILIDADES DEL PRIMER RESPONDIENTE

Responsabilidades técnicas y legales

Diagnóstico oportuno

Identificar inconsciencia, apnea y ausencia de pulso en menos de 10 segundos.

Activación de códigos

Conocer el sistema de claves institucional (por ejemplo, “**Código Azul**”).

Ejecución

Aplicar compresiones torácicas con profundidad y frecuencia precisas, ventilación con bolsa-válvula-mascarilla y desfibrilación manual o automática.

técnica

Documentación

Registrar la atención de forma objetiva, legible y completada de inmediato tras el evento; es una obligación administrativa y legal.

Salud ocupacional

Según la Ley 29783, los brigadistas deben mantener vigentes sus certificaciones y actuar conforme al Plan de Emergencias de la organización.

PROTECCIÓN LEGAL Y BUEN SAMARITANO

En Perú, el Proyecto de Ley N° 07808-2021 Protege al personal de salud de manera legal que esté o no involucrado en el servicio, salvo en casos de negligencia inexcusable.

Nivel	Alcance práctico	Ejemplo de acción
Rescatista lego no entrenado	Reconocer, activar SEM, RCP manos	Llamar 106 y seguir instrucciones del despachador
Primer respondiente / Brigadista	SVB completo, DEA, control de hemorragias	Aplicar DEA público; compresiones + ventilación con barrera
Profesional de la salud	RCP avanzada, fármacos, manejo vía aérea	Intubación, administración de adrenalina, cuidados post-RCP



PROTECCIÓN LEGAL Y BUEN SAMARITANO

Responsabilidad	Requisito / Tiempo
Diagnóstico de paro	Identificar inconsciencia y apnea en < 10 s
Activación de códigos	Conocer y activar "Código Azul" u otros protocolos
Documentación	Registro inmediato, objetivo y legible
Certificación brigadistas	Mantener vigencia según Ley 29783
Protección legal	Amparo al Buen Samaritano en proyecto de ley (PL 07808-2021)



EVALUACIÓN INTEGRAL DE LA ESCENA (SEGURIDAD Y SITUACIÓN)

Importancia y definición

Proceso sensorial y cognitivo que permite al rescatista determinar si es seguro ayudar y qué tipo de ayuda es prioritaria. En el SVB, el tiempo es el factor más crítico: cada minuto de retraso en la desfibrilación reduce la probabilidad de supervivencia entre un 7% y un 10%.

Evaluación de la seguridad (360 grados)

La regla del MINSA y organismos internacionales es "**primero yo, luego yo y siempre yo**". Antes de aproximarse, se debe realizar una evaluación de peligros potenciales utilizando todos los sentidos:

Auditiva

Escuchar el flujo de vehículos, voces de alarma o sonidos de estructuras colapsando.

Visual

Identificar riesgos eléctricos (cables sueltos), fuego, humo o la presencia de animales agresivos.

Olfativ

Detectar fugas de gas, olores químicos o combustibles.

EVALUACIÓN INTEGRAL DE LA ESCENA (SEGURIDAD Y SITUACIÓN)

Evaluación de la situación y mecanismo de lesión

Una vez descartado el peligro inminente para el auxiliador, se debe responder a las preguntas: **¿Qué sucedió?** y **¿Cómo sucedió?**. El mecanismo de lesión (cinemática) sugiere la gravedad de los daños internos.

Evaluación de la víctima: El Triage Prehospitalario

El rescatista debe determinar rápidamente el número de víctimas. En situaciones con múltiples heridos, se aplica el principio de triaje:

- Atender primero a quienes tienen mayores probabilidades de sobrevivir con una intervención inmediata.
- La NTS 042-MINSA define las prioridades de atención que el primer respondiente debe ser capaz de identificar para informar al SEM.





EVALUACIÓN INTEGRAL DE LA ESCENA (SEGURIDAD Y SITUACIÓN)

Prioridad	Tipo de Daño	Acción del Sistema
I (Emergencia)	Gravedad súbita y extrema (Paro, shock, coma)	Atención inmediata y simultánea a la llegada.
II (Urgencia Mayor)	Cuadro agudo con riesgo de muerte o complicaciones	Atención en un tiempo no mayor a 10 minutos.
III (Urgencia Menor)	Patología aguda o crónica reagudizada sin riesgo vital	Atención en 20-30 minutos.
IV (No Urgente)	Patología aguda común o estados crónicos	Derivación a consulta externa o atención ambulatoria.



EVALUACIÓN INTEGRAL DE LA ESCENA (SEGURIDAD Y SITUACIÓN)

Sentido	Qué buscar	Acción si riesgo
Auditiva	Sirenas, explosiones, voces de alarma	Alejarse y avisar a SEM; señalizar perímetro
Visual	Humo, cables sueltos, fuego, derrames	Mantener distancia; solicitar bomberos/HAZMAT
Olfativa	Olor a gas, químicos o combustibles	No entrar; avisar HAZMAT y esperar equipo especializado



EVALUACIÓN INTEGRAL DE LA ESCENA (SEGURIDAD Y SITUACIÓN)

Situación	Prioridad	Acción inmediata
Víctima sin pulso	I	Iniciar RCP y solicitar DEA
Hemorragia masiva	I	Control de sangrado inmediato (compresión directa, torniquete si procede)
Múltiples víctimas	Aplicar triaje	Atender primero quienes salvan con intervención inmediata
Sospecha de riesgo químico	I–II según exposición	Aislar escena; esperar equipo especializado; protegerse con EPP



ACTIVACIÓN EFECTIVA DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA (SEM)

Importancia y definición

Conecta el auxilio básico con la atención definitiva.

Números de emergencia y coordinación en Perú

106

(SAMU)

Principal N° de emergencias médicas en la mayoría de las regiones.

116

(Bomberos)

Para rescates, incendios y atención prehospitalaria.

105

(PNP)

Accidentes de tránsito y situaciones de violencia.

117

(ESSALUD)

Central de ambulancias (STAE) exclusiva para asegurados de EsSalud en Lima y Callao.

911 (Central

Única)

En desarrollo en Lima y Callao que integra a todas las entidades.

PROTOCOLO DE COMUNICACIÓN EFECTIVA

¿Cuáles son las preguntas a decir?

PARA UNA
ACTIVACIÓN
EXITOSA, EL
ALERTANTE
DEBE
PROPORCIONAR
LA
SIGUIENTE
INFORMACIÓN
DE FORMA
PAUSADA Y
CLARA



¿Dónde es la emergencia?

¿Cuántas personas necesitan ayuda y cuál es su estado?

¿Qué ayuda se está brindando?



¿Qué número de teléfono está llamando?

¿Qué sucedió?

PROTOCOLO DE COMUNICACIÓN EFECTIVA

Número	Servicio	Uso principal
106	SAMU	Emergencias médicas móviles
116	Bomberos	Rescates, incendios, apoyo HAZMAT
105	PNP	Accidentes de tránsito, violencia
117	EsSalud	Ambulancias para asegurados (Lima/Callao)
911	Central Única	Integración de entidades de primera respuesta

PROTOCOLO DE COMUNICACIÓN EFECTIVA

Información clave	Cómo comunicarla (ejemplo breve)
Ubicación exacta	"Av. Arequipa 123, frente al parque El Olivar"
Número de contacto	"Llamo desde el 9XX-XXX-XXX"
Descripción del evento	"Persona inconsciente, no respira"
Estado de la víctima	"No responde; respiración ausente"
Ayuda en curso	"Inicié compresiones; hay un DEA disponible"
Instrucción final	"No cuelgue hasta que el despachador lo indique"

NORMATIVA INTERNACIONAL BÁSICA (AHA, ERC)

Las guías 2024-2025 de la AHA y el ERC consolidan las métricas técnicas para garantizar que la RCP sea "de alta calidad". Una RCP deficiente es considerada un daño evitable para el paciente.

Parámetro	Recomendación Internacional (AHA/ERC 2025)	Norma Peruana (MINSA/CMP)
Frecuencia de Compresión	100 – 120 por minuto.	100 a 120 por minuto. ¹⁶
Profundidad (Adulto)	5 cm a 6 cm (evitar > 6 cm).	Al menos 5 cm. ¹⁶
Relación Compresión:Ventilación	30 : 2 (con 1 o 2 rescatistas).	30 : 2.
Reexpansión Torácica	Completa; no apoyarse en el pecho.	Debe permitirse que el tórax se levante. ¹⁶
Interrupciones	Máximo 10 segundos.	Minimizar interrupciones. ⁷
Ventilación (Solo Paro Resp.)	1 ventilación cada 6 segundos (10/min).	1 ventilación cada 5 – 6 seg (10 – 12/min). ²

ACTUALIZACIONES ESPECÍFICAS 2024-2025

Manejo del Atragantamiento (OVACE)

Para una obstrucción grave en un adulto consciente, se deben realizar ciclos de 5 golpes en la espalda seguidos de 5 compresiones abdominales (Heimlich), iniciando con los golpes interescapulares.

Ante sobredosis de opioides en una víctima inconsciente que no respira normalmente, se recomienda administrar naloxona (intranasal o intramuscular), sin que retrase la RCP.

Uso de Naloxona en BLS





RCP en Circunstancias Especiales

Obesidad



Se deben utilizar las mismas técnicas que en el paciente promedio, aunque el rescatista puede necesitar aplicar mayor fuerza para lograr la profundidad de 5-6 cm.

Embarazo



Priorizar la RCP de alta calidad y el desplazamiento uterino manual hacia la izquierda para aliviar la compresión aortocava si el fondo uterino está por encima del ombligo.

Ahogamiento



Inicia con 5 ventilaciones de rescate iniciales (si es posible, algunas en el agua con flotación adecuada) antes de comenzar las compresiones, debido a que la causa primaria es la hipoxia.

El Uso del Desfibrilador Externo Automático (DEA)

Revierte ritmos de paro desfibrilables como la Fibrilación Ventricular (FV). En Perú, la normativa exige que los establecimientos con aforo masivo cuenten con un DEA y personal capacitado. La secuencia de uso es universal:

- Encender el equipo
- Colocar parches en el pecho desnudo
- Seguir instrucciones de voz
- Asegurar que nadie toque a la víctima durante el análisis y la descarga
- Reiniciar RCP inmediatamente tras la descarga.



PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD Y PROTECCIÓN PERSONAL

La bioseguridad son las medidas que protegen al rescatista, a la víctima y a la comunidad de la transmisión de agentes infecciosos durante la asistencia.

Equipo de Protección Personal (EPP) y Barreras

Guantes de examen



Deben ser desechables y, preferiblemente, libres de látex para evitar reacciones alérgicas. Se deben usar siempre que exista riesgo de contacto con sangre, secreciones o mucosas.

Dispositivos de Barrera para



Las pantallas faciales (face shields) y las mascarillas de bolsillo con válvulas unidireccionales son el estándar para el primer respondiente.

**Ventilación
Protección Ocular
y Mascarillas**



Esenciales ante el riesgo de salpicaduras de fluidos corporales en la cara del rescatista.

PROCEDIMIENTOS DE DESCONTAMINACIÓN Y CONTROL

Equipo de Protección Personal (EPP) y Barreras

1

Técnica de Retiro de Guantes

2

Higiene de Manos



3

Limpieza de Superficies y Equipos

4

Manejo de Accidentes de Exposición

PROCEDIMIENTOS DE DESCONTAMINACIÓN Y CONTROL

Elemento EPP	Cuándo usarlo	Nota práctica
Guantes	Contacto con sangre, fluidos o mucosas	Cambiar entre pacientes; higiene de manos tras retiro
Mascarilla quirúrgica	Contacto cercano sin AGP	Reemplazar si húmeda o sucia
Respirador N95/FFP2	Procedimientos generadores de aerosoles (AGP)	Ajuste facial; prueba de sello si es posible
Protección ocular	Riesgo de salpicaduras	Limpiar/desinfectar tras uso
Bata impermeable	Manejo de grandes volúmenes de fluidos	Retirar con técnica para evitar autoinoculación
Dispositivo de barrera (face shield / BVM con filtro)	Ventilaciones de rescate	Preferir BVM con filtro; si no, mascarilla con válvula unidireccional

PROCEDIMIENTOS DE DESCONTAMINACIÓN Y CONTROL

Situación	Acción inmediata (pasos clave)
Derrame de sangre	Colocar EPP; absorber; desinfectar con hipoclorito según protocolo; disponer residuos como biocontaminados
Exposición percutánea (pinchazo)	Lavar con agua y jabón; notificar a salud ocupacional; evaluación médica y considerar profilaxis
Salpicadura a mucosa (ojos/boca)	Enjuagar abundante con agua/solución salina; notificar; evaluación médica
Procedimiento generador de aerosoles	Usar N95/FFP2, protección ocular y bata; limitar personal presente; priorizar técnicas que reduzcan aerosoles
Contaminación del DEA	Limpiar con desinfectante aprobado; secar antes de volver a usar; registrar limpieza

CONCLUSIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN EN CURSOS ESPECIALIZADOS

La capacitación en Soporte Vital Básico y Primeros Auxilios en Perú 2024-2025 debe trascender la enseñanza mecánica de maniobras. Según las siguientes estrategias:

Actualización de Métricas



5-6 cm de profundidad y 100-120 cpm, en el protocolo de atragantamiento y la inclusión de naloxona.

Enfoque en el

Despacho



El teléfono móvil en modo altavoz conectado con el SAMU 106.

Humanización y Ética



Abordar el distrés moral del rescatista y la necesidad de una atención equitativa y respetuosa de la diversidad.

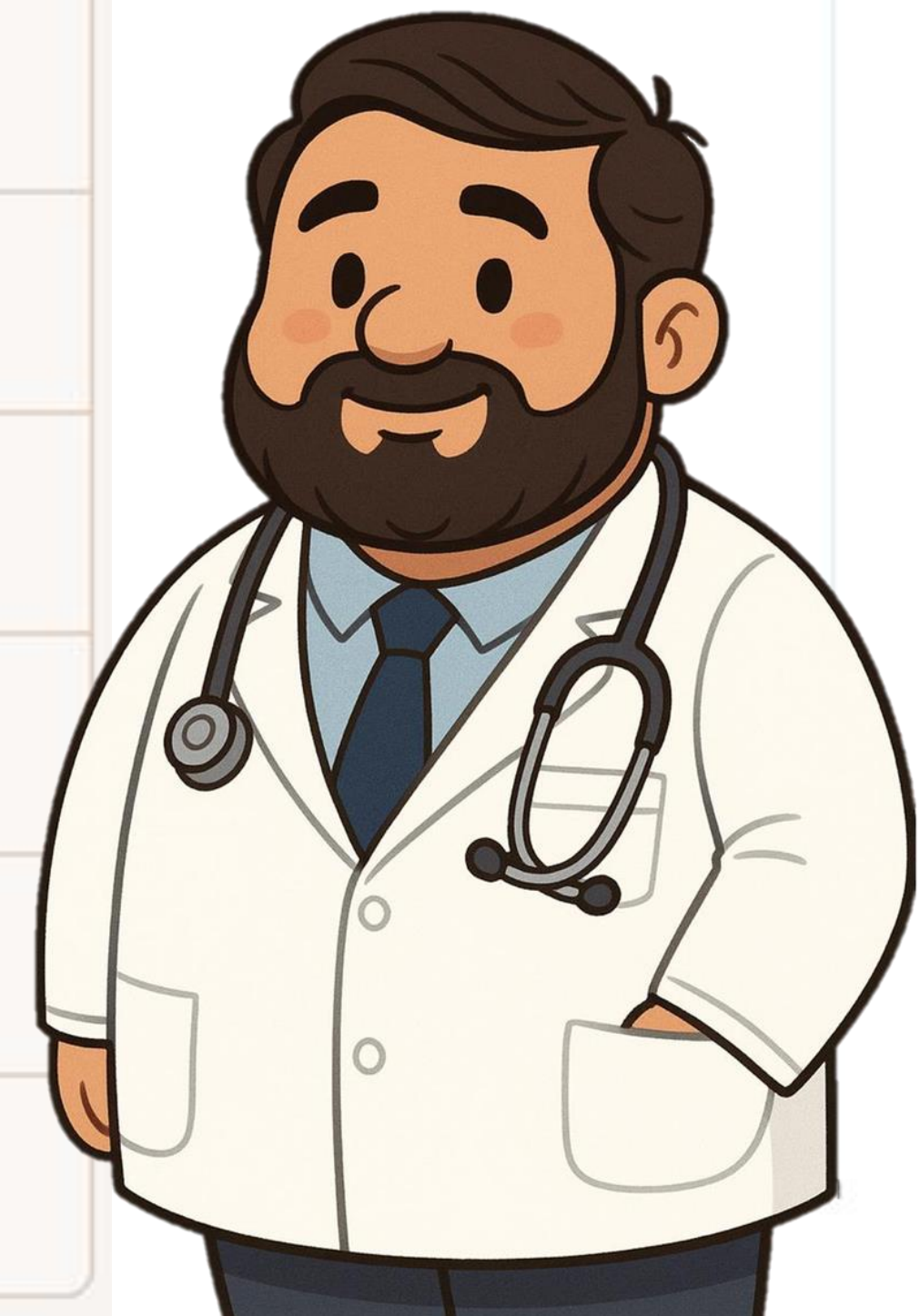
Cumplimiento Normativo



Aplicar el Estándar de Competencia del CMP 2025 y las exigencias de la Ley 29783 de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONCLUSIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN EN CURSOS ESPECIALIZADOS

Recomendación clave	Acción práctica inmediata
Métricas BLS 2025	Actualizar protocolos: 100–120 cpm; 5–6 cm; minimizar pausas (≤ 10 s para maniobras críticas).
RCP asistida por despacho	Protocolizar altavoz + guía del despachador; entrenar a despachadores en DA-CPR.
DEA y accesibilidad	Registrar, señalar y mantener DEAs; entrenar personal en uso y mantenimiento.
Bioseguridad	EPP disponible; priorizar compresiones si no hay barrera; incluir doffing/donning en cursos.
Protección legal	Promover políticas institucionales que respalden al Buen Samaritano; apoyar iniciativas legislativas.
Preparación psicológica	Incluir módulos de manejo emocional y debriefing post-evento en la formación.



CONCLUSIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN EN CURSOS ESPECIALIZADOS

Indicador sugerido	Meta operativa
Tasa de RCP iniciada por transeúntes	Incrementar anual hasta alcanzar referencia regional comparable
Tiempo hasta primera descarga con DEA	Reducir tiempo medio en entornos públicos (meta: disminuir X segundos según línea base institucional)
Cumplimiento de métricas de RCP	≥ 90% de sesiones de auditoría con frecuencia y profundidad dentro de rango
Vigencia de certificaciones	100% del personal clave con certificación vigente según Estándar CMP 2025
Registro de exposiciones ocupacionales	100% de incidentes notificados y con seguimiento documentado

REFERENCIAS



1. Estándar de Competencia: "Reanimar al paciente aplicando soporte ...", fecha de acceso: febrero 23, 2026, <https://www.cmp.org.pe/wp-content/uploads/2025/04/EC-1v2rev20.3.2025.-mesa-elaboracion-y-validacion.-para-RESOLUCION-.pdf>
2. PRIMEROS AUXILIOS, fecha de acceso: febrero 23, 2026, https://www.unirioja.es/servicios/sprl/pdf/manual_primeros_auxilios.pdf
3. N.T.S. N° 042-MINSA/DGSP-V.01 - Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia, fecha de acceso: febrero 23, 2026, https://www.insm.gob.pe/departamentos/emergencia/archivos/RM386-2006_emergencias.pdf
4. PROCEDIMIENTO DE PRIMEROS AUXILIOS BÁSICOS INSN SB 2021, fecha de acceso: febrero 23, 2026, <https://portal.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2021/RD%20N%C2%B0%20000104-2021-DG-INSNSB%20ANEXO%205%20PROCEDIMIENTOS%20DE%20PRIMEROS%20AUXILIOS%20BASICO SF.pdf>

**EMERGENCIAS
CRÍTICAS -
EMERGENCIAS
INMEDIATAS**



Atención inicial de las emergencias médicas y los traumatismos

Elemento	Descripción
Propósito del documento	Integrar guías internacionales 2024–2025 con normativa peruana para SVB y primeros auxilios
Alcance	Soporte Vital Básico, primeros auxilios, gestión de escena, bioseguridad y formación
Público objetivo	Instructores, brigadistas, personal de salud y gestores institucionales
Enfoque metodológico	Revisión de evidencia ILCOR/AHA/ERC y adaptación normativa MINSA/EsSalud
Resultado esperado	Protocolos y materiales formativos operativos alineados al Estándar CMP 2025

DIFERENCIACIÓN CONCEPTUAL - Según el Marco Legal Peruano

Concepto	Definición técnica	Implicación legal y operativa
Emergencia médica	Condición de aparición súbita que pone en peligro inminente la vida o causa riesgo de secuelas graves	Atención inmediata obligatoria; priorización de recursos según NTS 042-MINSA y Ley N° 27604
Urgencia médica	Situación que requiere atención médica pero sin riesgo inmediato de muerte o secuelas irreversibles	Atención en plazo razonable; no exige movilización de recursos de emergencia inmediata
Fisiopatología relevante	Compromiso agudo de sistemas vitales (respiratorio, circulatorio, SNC) con riesgo de daño irreversible en minutos	Intervenciones tempranas (RCP, control de vía aérea, control de hemorragias) determinan pronóstico
Marco normativo peruano	NTS 042-MINSA/DGSP-V.01 y Ley N° 27604 regulan obligaciones de atención en emergencias y partos	Establece responsabilidades institucionales y tiempos de respuesta esperados



DIFERENCIACIÓN CONCEPTUAL - Según el Marco Legal Peruano

Prioridad	Categoría de daño	Descripción técnica	Tiempo de espera estimado
I	Gravedad Súbita Extrema	Riesgo inminente de muerte o secuelas graves; requiere Sala de Shock Trauma	Inmediato (0 minutos)
II	Urgencia Mayor	Cuadro súbito con potencial riesgo de complicaciones graves si no se trata pronto	Menor de 10–15 minutos
III	Urgencia Menor	Condición aguda pero estable sin riesgo de muerte inmediata o secuelas invalidantes	Hasta 30–60 minutos
IV	Patología Aguda Común	Problemas crónicos o agudos leves sin riesgo vital; no requieren atención en emergencia	Derivación a consulta externa

○ Priorización de la Atención en la ○ Escena y Seguridad del Rescatador

Protocolo "PAS"



Proteger

Identificar riesgos físicos, químicos o biológicos. En el contexto de accidentes de tránsito, se enfatiza estacionar el vehículo propio en el arcén a una distancia segura y utilizar elementos de alta visibilidad.



Avisar

Al llamar, se debe proporcionar la ubicación exacta, el número de heridos y la naturaleza del evento. Activar el altavoz del teléfono celular para recibir instrucciones de reanimación asistida por despacho (T-CPR) mientras se interviene.



Socorrer

Cuando sea seguro y la ayuda esté en camino, se inicia la evaluación de la víctima. El socorro se basa en la evaluación primaria, que busca identificar y tratar de inmediato las amenazas a la vida.

○ Priorización de la Atención en la ○ Escena y Seguridad del Rescatador

Evaluación Inicial y el ABC de la Vida



Vía Aérea

Verificar si la vía está despejada. Si la persona habla o llora, la vía está abierta. En inconscientes, se realiza la maniobra de inclinación de cabeza y levantamiento de mentón, a menos que se sospeche trauma cervical, en cuyo caso se prefiere la tracción mandibular sin extensión.



Respiración

Evaluar si hay respiración normal. Las guías 2025 enfatizan la identificación de la "respiración agónica" o jadeos irregulares como un signo inequívoco de paro cardíaco, no como respiración efectiva.



Circulación

Buscar signos de hemorragia masiva externa y evaluar la perfusión a través del color y temperatura de la piel. En el ámbito lego, no se recomienda la búsqueda exhaustiva del pulso, sino la detección de signos de vida.

- **Priorización de la Atención en la**
- **Escena y Seguridad del Rescatador**

Paso	Acción inmediata	Indicador de seguridad
Proteger	Evaluación 360° de la escena; identificar riesgos físicos, químicos y biológicos	Escena segura o controlada; distancia y señalización adecuadas
Avisar	Llamar al SEM (SAMU 106) o Bomberos 116; activar altavoz para T-CPR	Ubicación precisa; número de víctimas y mecanismo del evento comunicado
Socorrer	Iniciar evaluación primaria y maniobras según prioridad solo si la escena es segura	Ayuda en camino; EPP disponible si hay riesgo de fluidos o aerosoles

○ Priorización de la Atención en la ○ Escena y Seguridad del Rescatador

Componente	Qué evaluar (rápido)	Acción si compromiso
A Vía Aérea	¿Habla o llora la víctima?; obstrucción visible	Maniobra inclinación-mentón/levantamiento de mentón; si trauma cervical sospechado, tracción mandibular
B Respiración	¿Respira con normalidad?; identificar respiración agónica	Si no respira o hay respiración agónica → iniciar RCP; ventilar según protocolo y disponibilidad de barrera
C Circulación	Buscar hemorragia masiva; evaluar perfusión por color y temperatura	Controlar hemorragia con compresión directa; iniciar compresiones si no hay signos de vida

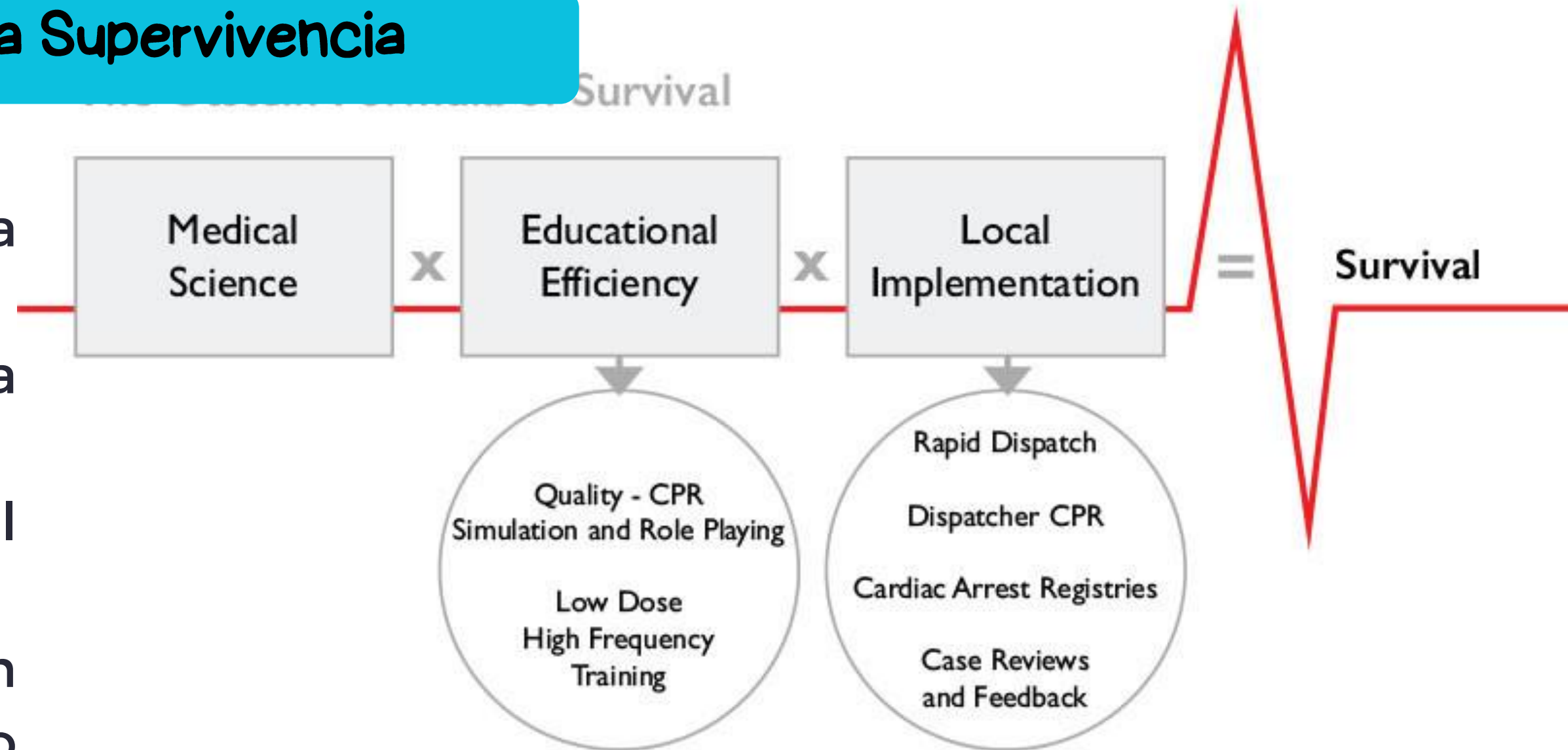
EMERGENCIAS CRÍTICAS: SOPORTE VITAL BÁSICO Y RCP (ACTUALIZACIÓN AHA 2025)

La Fórmula de Utstein para la Supervivencia

Tres factores:

- La calidad de la ciencia médica.
- La eficiencia de la educación.
- La implementación local efectiva.

Esta visión resalta que aún con el mejor protocolo científico, si el sistema local es deficiente, la mortalidad seguirá siendo elevada.





EMERGENCIAS CRÍTICAS: SOPORTE VITAL BÁSICO Y RCP (ACTUALIZACIÓN AHA 2025)

La Cadena de Supervivencia Unificada

Reconocimiento y Activación

Identificar el paro y llamar al SEM.

RCP de Alta Calidad

Iniciar compresiones torácicas inmediatas.

Desfibrilación Rápida

Uso temprano del DEA para revertir ritmos desfibrilables

Soporte Vital Avanzado

Intervenciones por personal de salud (intubación, fármacos).

Cuidados Post-Paro Cardíaco

Estabilización y neuroprotección hospitalaria.

Recuperación

Rehabilitación física y apoyo psicológico a largo plazo.



Métricas y Técnica de la RCP de Alta Calidad

Fórmula de Utstein	Interpretación práctica
Calidad de la ciencia médica	Protocolos basados en evidencia que optimizan intervenciones clínicas
Eficiencia de la educación	Formación efectiva y accesible para población y profesionales
Implementación local efectiva	Sistemas locales capaces de aplicar protocolos y medir resultados
Producto final (Supervivencia)	Supervivencia = ciencia × educación × implementación local



Métricas y Técnica de la RCP de Alta Calidad

Parámetro de Calidad	Recomendación Adultos (AHA 2025)	Recomendación Pediátrica
Frecuencia de Compresión	100 - 120 por minuto	100 - 120 por minuto
Profundidad de Compresión	Al menos 5 cm; no más de 6 cm	Al menos 1/3 del diámetro del tórax
Recuperación del Tórax	Permitir expansión completa entre compresiones	Permitir expansión completa
Minimizar Interrupciones	Pausas menores a 10 segundos	Pausas menores a 10 segundos
Relación Compresión:Ventilación	30:2 (1 o 2 rescatistas)	30:2 (1 rescatista) / 15:2 (profesionales)
Posicionamiento del Rescatador	Hombros verticales sobre el esternón	Rodillas alineadas con el torso del paciente





Métricas y Técnica de la RCP de Alta Calidad

Cadena de Supervivencia (6 eslabones)	Acción clave
1 Reconocimiento y Activación	Identificar paro y llamar al SEM inmediatamente
2 RCP de Alta Calidad	Iniciar compresiones torácicas inmediatas según métricas
3 Desfibrilación Rápida	Aplicar DEA tan pronto como esté disponible
4 Soporte Vital Avanzado	Intervenciones avanzadas por personal capacitado
5 Cuidados Post-Paro Cardíaco	Estabilización hospitalaria y neuroprotección
6 Recuperación	Rehabilitación física y apoyo psicológico a largo plazo



Métricas y Técnica de la RCP de Alta Calidad

Checklist de métricas y técnica de RCP (uso práctico)	Verificación rápida
Frecuencia	Mantener 100–120 compresiones/minuto; usar metrónomo si es posible
Profundidad	Comprimir al menos 5 cm y no más de 6 cm en adultos
Reexpansión torácica	Permitir expansión completa entre compresiones; evitar apoyo continuo
Minimizar pausas	Pausas < 10 s para maniobras críticas; planificar acciones durante compresiones
Relación C:V	30:2 para la mayoría de rescatistas; 15:2 en equipos pediátricos profesionales
Posición y técnica	Hombros sobre esternón; brazos rectos; usar peso corporal para compresiones
Detección de respiración agónica	Considerar respiración agónica como paro; no retrasar RCP
Uso de DEA	Conectar y analizar tan pronto como esté disponible; seguir indicaciones del dispositivo
Rotación de rescatadores	Cambiar cada 2 minutos o antes si hay fatiga para mantener calidad
Documentación	Registrar tiempos de inicio, pausas, descargas y cambios de rescatador

Obstrucción de la Vía Aérea por Cuerpo Extraño (OVACE/FBAO)

OBSTRUCCIÓN Y FISIOPATOLOGÍA

La obstrucción puede ser anatómica (comúnmente la lengua en una persona inconsciente) o mecánica (alimentos, juguetes u otros objetos). Cuando la vía aérea se bloquea totalmente, se produce una hipoxia tisular progresiva. La acumulación de CO_2 genera una acidosis respiratoria inicial, y la falta de O_2 detiene la producción de ATP mitocondrial, lo que lleva al fallo de los sistemas celulares en cuestión de minutos.

PROTOCOLOS DE ATENCIÓN 2025

Una actualización crítica en las guías internacionales 2025 es la recomendación de iniciar con golpes en la espalda antes de las compresiones abdominales en adultos con obstrucción grave, unificando así la pauta con los protocolos pediátricos previos.



EVALUACIÓN DE SEVERIDAD

Si la víctima pierde el conocimiento en cualquier momento, el rescatador debe bajarla al suelo, llamar al SEM e iniciar la RCP de inmediato. Un punto clave es inspeccionar la boca en busca del objeto después de cada ciclo de compresiones y antes de intentar dar ventilaciones; si el objeto es visible y fácil de retirar, se extrae. **Se prohíbe** terminantemente el barrido digital a ciegas.

Obstrucción Leve

La persona puede hablar, llorar o toser con fuerza. Manejo: Solo animar a toser y monitorear. **No** se deben dar golpes ni presiones, ya que podrían mover el objeto a una posición más peligrosa.



Obstrucción Grave

La persona no puede hablar, tiene tos inefectiva o silenciosa, presenta cianosis y se lleva las manos al cuello (signo universal de atragantamiento).



EVALUACIÓN DE SEVERIDAD

Maniobras de Desobstrucción según Edad y Condición		
Grupo Poblacional	Maniobra Inicial	Secuencia de Acción
Adultos y Niños > 1 año	<p>Añade algo de texto</p> <p>Golpes en la espalda Maniobra de Heimlich</p>	Ciclos de 5 golpes interescapulares seguidos de 5 compresiones abdominales.
Lactantes (< 12 meses)	Golpes en la espalda y Compresiones Torácicas	5 golpes en la espalda (bebé boca abajo) seguidos de 5 compresiones torácicas.
Mujeres Embarazadas / Obesos	Compresiones Torácicas	5 golpes en la espalda seguidos de 5 compresiones en el centro del esternón.



EVALUACIÓN DE SEVERIDAD

Severidad	Signos clave	Acción recomendada (resumen práctico)
Obstrucción leve	Habla, tos fuerte, llanto	Animar a toser; monitorizar; no realizar golpes ni compresiones
Obstrucción grave	Incapacidad para hablar, tos inefectiva, cianosis, manos al cuello	Iniciar maniobras de desobstrucción según edad; si pierde conciencia → bajar al suelo, llamar al SEM e iniciar RCP
Objeto visible en boca	Objeto claramente visible y accesible	Extraer con pinza o dedo solo si es fácil y visible; no realizar barrido digital a ciegas
Pérdida de conciencia	Inconsciencia tras empeoramiento respiratorio	Llamar al SEM; iniciar RCP; revisar boca después de compresiones y antes de ventilar

Clasificación Fisiológica y Visual

Hemorragia Arterial



Color rojo que sale con fuerza y ritmo pulsátil. Representa una amenaza vital inmediata debido a la rápida pérdida de volumen sanguíneo.

Hemorragia Venosa



Color rojo oscuro que fluye de manera continua y sin pulsaciones. Aunque menos dramática que la arterial, puede ser fatal si el vaso afectado es de gran calibre

Hemorragia Capilar



Sangre que emana lentamente de la superficie de la piel. Es común en raspones y suele controlarse fácilmente.



El Concepto "Stop the Bleed" y Guías AHA/ARC 2024

Clasificación Fisiológica y Visual

Es el primer paso. Se debe aplicar presión firme sobre la herida con un apósito o paño limpio. Si el sangrado persiste, se añade más material sin retirar el anterior para no destruir los coágulos iniciales.

Clasificación Fisiológica y Visual

Su uso ha sido revalidado como una técnica salvavidas segura para extremidades. Se indica cuando la presión directa falla en detener una hemorragia masiva. Debe aplicarse 5-10 cm por encima de la herida (nunca sobre una articulación), hasta que el sangrado se detenga.

Clasificación Fisiológica y Visual

En áreas de unión como la ingle o axilas, donde el torniquete no es aplicable, se debe introducir gasa profundamente en la herida y aplicar presión directa sostenida

El Concepto "Stop the Bleed" y Guías AHA/ARC 2024

Clasificación	Signos visuales	Fisiopatología breve	Acción inmediata (rescatista lego)
Arterial	Sangre rojo brillante, salida pulsátil	Pérdida rápida de volumen; riesgo inmediato de choque	Presión directa inmediata; si falla → torniquete proximal
Venosa	Sangre rojo oscuro, flujo continuo	Pérdida de volumen más lenta pero significativa	Presión directa sostenida; elevar extremidad si posible
Capilar	Sangrado lento superficial	Pérdida mínima; coágulos se forman rápidamente	Limpieza y presión local; vendaje simple
Obstétrica (postparto)	Sangrado profuso tras parto; posible coágulos grandes	Atonía uterina, laceraciones o retención placentaria	Compresión uterina, masaje, llamar SEM; preparar traslado urgente

El Concepto "Stop the Bleed" y Guías AHA/ARC 2024



Protocolo de Control Crítico (Stop the Bleed)	Pasos prácticos y consideraciones
1 Presión directa	Aplicar presión firme con apósito; añadir material sin retirar el anterior si sigue sangrando
2 Empaquetamiento de heridas	En ingle/axila introducir gasa profunda y aplicar presión sostenida; mantener hasta control definitivo
3 Torniquete	Colocar 5–10 cm por encima de la herida; nunca sobre articulación; apretar hasta detener sangrado
4 Señalizar tiempo	Anotar hora de colocación del torniquete en la piel o vendaje para el equipo receptor
5 Soporte y traslado	Mantener calor, elevar extremidad si no hay fractura; preparar traslado urgente al SEM
6 Consideraciones especiales	En embarazadas priorizar control uterino y traslado; en amputaciones conservar tejido en bolsa y frío
7 Seguridad del rescatador	Usar EPP ante fluidos; evitar exposición directa; priorizar escena segura antes de intervenir



Shock: Fisiopatología, Detección y Manejo Inicial

La Cascada Metabólica del Shock Hemorrágico

Producción de lactato



El subproducto del metabolismo anaeróbico genera acidosis metabólica, la cual deprime la función miocárdica y altera la cascada de la coagulación.

Shedding del Glicocálix



La capa protectora del endotelio vascular se desprende, aumentando la permeabilidad capilar y favoreciendo el edema intersticial y la inflamación sistémica (SIRS).

Deuda de Oxígeno



Se acumulan radicales libres y fosfatos inorgánicos que dañan las membranas celulares.

Clasificación Clínica del Shock por Blood Loss

El Colegio Americano de Cirujanos establece una tabla de referencia esencial para que el personal de salud y brigadistas avanzados puedan predecir la gravedad basándose en signos vitales, considerando que la presión arterial sistólica suele mantenerse normal hasta una pérdida del 30%.

Clase de Shock	Pérdida de Sangre (ml/%)	Frecuencia Cardíaca	Presión Arterial	Frecuencia Respiratoria	Estado Mental
I	< 750 (< 15%)	< 100	Normal	14 - 20	Ligeramente ansioso
II	750 - 1500 (15-30%)	100 - 120	Normal	20 - 30	Ansiedad moderada
III	1500 - 2000 (30-40%)	120 - 140	Disminuida	30 - 40	Ansioso, confundido
IV	> 2000 (> 40%)	> 140	Muy disminuida	> 35	Letárgico, coma

MANEJO DE PRIMEROS AUXILIOS PARA EL SHOCK

Equipo de Protección Personal (EPP) y Barreras

1

Llamar inmediatamente.
al 106

(SAMU).

2

Controlar cualquier hemorragia
externa masiva (causa principal).

3

Mantener la "T"

corporal



4

Colocar al paciente en cúbito
supino si no hay lesión

5

No administrar líquidos
por vía oral

MANEJO DE PRIMEROS AUXILIOS PARA EL SHOCK



Signo o concepto	Qué evaluar rápidamente	Acción inmediata (primeros auxilios)
Producción de lactato / acidosis	Signos de perfusión pobre: piel fría, llenado capilar lento	Llamar al 106; controlar hemorragias; preparar traslado urgente
Deuda de oxígeno / SIRS	Taquicardia, taquipnea, confusión progresiva	Mantener vía aérea; oxigenar si hay equipo; evitar retrasos en traslado
Shedding del glicocálix / edema capilar	Edema, hipotensión refractaria, aumento de requerimiento de líquidos	Evitar hipotermia; cubrir con mantas; no administrar líquidos por vía oral
Triada de la muerte	Acidosis, hipotermia, coagulopatía presentes o en riesgo	Controlar sangrado; mantener temperatura; priorizar transporte a sala de shock
Posicionamiento y soporte	Estado neurológico y sospecha de lesión asociada	Decúbito supino salvo contraindicación; elevar extremidades si no hay fractura
Señalización y comunicación	Hora de inicio, signos observados y medidas realizadas	Informar al SEM con datos claros; documentar intervenciones realizadas

SECUENCIA DE PROTOCOLO "XABCDE"

Paso	Acción clave	Justificación clínica
Seguridad y Regla del Yo	Evaluación sensorial (Ver, Oír, Oler). Priorizar seguridad del rescatador.	"Primero yo, segundo yo y siempre yo": un rescatador herido se convierte en víctima y colapsa el sistema.
X — Exsanguination (Hemorragia masiva)	Control inmediato de sangrado arterial antes de vía aérea.	Sin sangre circulante, la ventilación es inútil.
A — Airway (Vía aérea)	Asegurar paso de aire con control cervical manual (tracción mandibular).	Evita cuadriplejía por lesión cervical oculta.
B — Breathing (Respiración)	Evaluar ventilación con técnica V.E.S. (Ver, Escuchar, Sentir) por 10 segundos.	Detecta amenazas como neumotórax.
C — Circulation (Circulación)	Revisar perfusión: llenado capilar > 2 seg, pulsos distales, sangrados menores.	Identifica shock y hemorragias no masivas.
D — Disability (Déficit neurológico)	Evaluar conciencia con escala AVDI y pupilas.	Determina estado neurológico rápido.
E — Exposure (Exposición)	Descubrir al paciente para buscar lesiones ocultas y cubrir con manta térmica.	Evita hipotermia, que agrava el shock (Tríada de la Muerte).

IMPLICACIONES DIDÁCTICAS

Aspecto	Aplicación en capacitación
Seguridad del rescatador	Entrenar percepción de riesgos y autoprotección.
Cambio radical del ABC → XABCDE	Priorizar control de hemorragia masiva antes de vía aérea.
Técnicas específicas	Tracción mandibular con control cervical; uso de torniquetes; técnica V.E.S.; escala AVDI.
Prevención de hipotermia	Enseñar importancia de mantas térmicas y cobertura inmediata.



Panorama Estadístico y Epidemiológico del Perú (2023-2024) Siniestralidad Vial

En el año 2024, se registraron 3,173 fallecidos por accidentes de tránsito a nivel nacional, consolidándose como la primera causa de muerte prematura y discapacidad en el país.

Distribución Geográfica



Lima concentra el 50.5% de los accidentes de tránsito registrados en 2024, seguida por regiones como Arequipa, Callao y Piura.

Perfil de las Víctimas



El grupo más afectado son los adultos jóvenes (18-29 años). Los hombres tienen una probabilidad tres veces mayor de morir en las pistas que las mujeres.

Factores de Riesgo



La imprudencia del conductor representa el 28.1% de las causas, seguida del exceso de velocidad con un 26.4%.



Panorama Estadístico y Epidemiológico del Perú (2023-2024) Siniestralidad Vial

Dato	Valor
Fallecidos	3,173
Distribución	Lima: 50.5%; luego Arequipa, Callao, Piura
Perfil de víctimas	Adultos jóvenes (18-29 años); hombres 3 veces más riesgo
Factores de riesgo	Imprudencia 28.1%; exceso de velocidad 26.4%



Mortalidad Materna y Hemorragias

El Boletín Epidemiológico de la SE 52-2024 reportó un total de 240 muertes maternas. Las hemorragias obstétricas siguen siendo la principal causa directa, representando el 22.1% de las defunciones nacionales. Este dato subraya la necesidad de capacitar a personal no médico en zonas rurales en técnicas básicas de control de sangrado.

Dato	Valor
Muertes maternas	240
Causa principal	Hemorragias obstétricas (22.1%)



Eventos Cardiovasculares

El Infarto Agudo de Miocardio (IAM) es una causa creciente de atención en emergencia. En 2023 se registraron 5,640 eventos de IAM en salas de emergencia de todo el país, con una mayor prevalencia en varones mayores de 65 años. Lima, Arequipa y Piura son los departamentos con mayor número de reportes.

Dato	Valor
Casos de IAM	5,640 en emergencias
Perfil	Varones > 65 años
Regiones críticas	Lima, Arequipa, Piura



Recomendaciones para Brigadistas y Personal No Médico

Entrenamiento y Actualización Continua

Comunicación Efectiva con el Sistema SAMU

Equipamiento Esencial para la Brigada Institucional

Protección



Guantes de nitrilo, mascarillas faciales y protectores oculares.

Hemorragia



Torniquetes comerciales tipo CAT, gasas hemostáticas y vendas de compresión.

RCP



Barreras de respiración y acceso inmediato a un DEA para adultos y niños.

Shock



Mantas térmicas de aluminio para el control de la temperatura.

Rol y prioridad

Primeros **10** min

Elemento	Detalle
Ventana crítica	Intervención decisiva en los primeros 10 minutos
Acciones prioritarias	Evaluación rápida; control de amenazas vitales; comunicación al despacho

Entrenamiento y Comunicación

Elemento	Detalle
Formato de entrenamiento	Sesiones breves y frecuentes (micro-learning, simulaciones cortas)
Contenidos clave	RCP actualizado; control de hemorragias; manejo de sobredosis (naloxona intranasal)
Comunicación con SAMU	Transmitir datos estructurados: estado, número de víctimas, riesgos, ubicación

Equipamiento y Operativa

Categoría	Elementos mínimos
Protección	Guantes nitrilo; mascarillas; protectores oculares
Control de hemorragias	Torniquetes tipo CAT; gasas hemostáticas; vendas de compresión
RCP y desfibrilación	Barreras de respiración; DEA funcional con parches adultos/niños
Control de shock	Mantas térmicas de aluminio
Operativa	Checklist de botiquín; revisiones periódicas; simulacros con equipo real



Implicaciones Clínicas

Aspecto	Observación	Implicancia para capacitación
Simplificación de algoritmos	Guías 2024–2025 y normativa peruana favorecen algoritmos más simples	Enseñar protocolos claros y estandarizados para rescatistas legos
Control de sangrado masivo	Revalidación de técnicas Stop the Bleed	Incluir módulos prácticos de compresión, torniquete y hemostasia
Naloxona en soporte vital básico	Inclusión de naloxona como medida relevante	Capacitar en reconocimiento de sobredosis y administración intranasal segura
Brecha de mortalidad por trauma y CV	Reducción depende de cultura de primera respuesta, no solo equipamiento	Fomentar programas comunitarios y protocolos en centros de trabajo
Clasificación NTS 042-MINSA	Cumplimiento mejora gestión y priorización de atención	Entrenar en triage y criterios de Prioridad I para asegurar atención inmediata
Seguridad del rescatador	Fundamental en toda intervención	Incluir siempre medidas de autoprotección y criterios de no exposición

Conclusiones operativas y acciones prioritarias

Conclusión	Acción prioritaria (qué enseñar)	Implementación (cómo/ quién)
Simplificar para legos aumenta efectividad	Protocolos breves, algoritmos visuales y checklists	Formación en empresas, escuelas y brigadas comunitarias
Técnicas de control de sangrado son críticas	Entrenamientos prácticos con torniquetes y gasas hemostáticas	Simulacros periódicos y evaluación práctica certificada
Naloxona debe estar en BLS básico	Módulo práctico sobre identificación y administración intranasal	Incluir en cursos BLS y dotar botiquines comunitarios
Cultura de primera respuesta reduce mortalidad	Programas de sensibilización y ejercicios comunitarios	Coordinación MINSA, municipalidades y empresas
Priorizar seguridad del rescatador	Enseñar uso de EPP y límites de intervención	Protocolos institucionales y supervisión en simulacros

OBRAS CITADAS

1. PROGRAMA PRESUPUESTAL 0104 Reducción de la Mortalidad por Emergencias y Urgencias Médicas - Ministerio de Salud - MINSA, fecha de acceso: febrero 25, 2026, https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2021/ANEXO2_7.pdf
2. nt n° 042-minsa / dgsp-v.01 - CEP, fecha de acceso: febrero 25, 2026, https://www.cep.org.pe/wp-content/uploads/2024/09/NT-042-2006-MINSA-DE-LOS-SERVICIOS-DE-EMERGENCIA_v1.pdf
3. N.T.S. N° 042-MINSA/DGSP-V.01 - Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia, fecha de acceso: febrero 25, 2026, https://www.insm.gob.pe/departamentos/emergencia/archivos/RM386-2006_emergencias.pdf
4. MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN DE URGENCIAS / EMERGENCIAS ADULTOS - Seguro Social de Salud, fecha de acceso: febrero 25, 2026, https://www.essalud.gob.pe/transparencia/procesos_procedimientos/MPP_HNERM_EMER_Adultos.pdf
5. kleinman-et-al-2025-part-7-adult-basic-life-support-2025-american-heart-association-guidelines-for-cardiopulmonary (1).pdf
6. GuÍAS ERC 2025 SOPORTE VITAL BÁSICO - Iavante, fecha de acceso: febrero 25, 2026, <http://www.iavante.es/sites/default/files/10%20ERC%20Guidelines%20%20BLS%202025%20ESP.pdf>
7. Diferencias entre urgencia y emergencia: Cómo identificarlas - Clínica Internacional, fecha de acceso: febrero 25, 2026, <https://blog.clinicainternacional.com.pe/diferencias-urgencia-emergencia/>



FORMACIÓN DE
CALIDAD

FORMACIÓN DE
CALIDAD



GRACIAS

