



Organización de la **atención urgente** en los equipos de Atención Primaria

Grupo de Urgencias
y Atención Continuada
de la semFYC (GUAC)



Organización de la atención urgente en los equipos de Atención Primaria

Grupo de Urgencias y Atención Continuada de la semFYC (GUAC)

Magdalena Canals Aracil
Antonio Caballero Oliver
Juan Antonio Cordero Torres
Pedro Arnillas Gómez
Gema Coira Fernández

M.^a Luisa Valiente Millán
Bernardino Comas Díaz
Mikel Ogueta Lana
Manuel Carbonell Soriano
Miguel Ángel Castro Villamor



sanofi aventis

La Salud es lo esencial

Laboratorio cooperador

Los laboratorios cooperadores participan de forma no condicionada en la formación y desarrollo de la medicina de familia y comunitaria. Los laboratorios cooperadores colaboran en el desarrollo de las actividades científicas de la semFYC y comparten en su integridad los criterios de independencia y calidad científica de la misma.

© 2005 Sociedad Española de Medicina
de Familia y Comunitaria

Portaferrissa, 8, pral.

08002 Barcelona

www.semfy.com

Coordinación y dirección editorial:

semfy  ediciones

Carrer del Pi, 11, 2a pl., of. 14

08002 Barcelona

Reservados todos los derechos. Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidas la reprografía y el tratamiento informático, sin la autorización por escrito del titular del copyright.

Depósito legal:

ISBN: 84-96216-79-9

Índice

Introducción	5
El papel del médico de familia en urgencias de Atención Primaria	7
Organización de la atención urgente en Atención Primaria	8
Dotación adecuada y organización de los botiquines de urgencias y maletines de avisos	11

Introducción

La Atención Primaria (AP) representa el primer nivel de contacto de los individuos con el Sistema Nacional de Salud, es decir, es la puerta de entrada al sistema sanitario. Por otro lado, es un elemento conceptual de la AP su carácter de atención “continua y permanente”, esto es, a lo largo de la vida de las personas, en sus distintos ámbitos y en cualquier circunstancia¹, lo que incluye la atención “urgente”.

Además, dentro de las múltiples actividades que se desarrollan en las consultas del Equipo de AP (EAP), en su horario ordinario de funcionamiento, se incluyen las “visitas urgentes” de aquellas personas que acuden al centro de salud sin cita previa² y, superado ese horario, en muchos centros se localizan dispositivos en los que el personal del EAP, y/o algún otro específico, presta atención continuada y/o urgente.

Así pues, la concepción teórica de la Atención Primaria y el propio contexto asistencial fundamentan que la atención urgente sea una labor más de los profesionales que trabajan en los EAP.

Sin embargo, la realidad es otra bien distinta. En los últimos años asistimos a una política de expansión de los servicios de urgencias de los hospitales que ofrece a la población una capacidad “infinita” de estos centros para atender y resolver situaciones de urgencia. Se toman decisiones, de forma errática, sin que exista una reflexión real sobre cuál debe ser el modelo de atención a las urgencias y, al mismo tiempo, tampoco se define con claridad cuál debe ser el papel de los médicos de familia en la atención continuada y la atención en las urgencias de AP. El resultado —en el

que existen muchos factores implicados, como una deficiente educación sanitaria de la población, la supervaloración del nivel hospitalario, la accesibilidad y las largas listas de espera de la atención especializada— es un flujo creciente de población que acude a los hospitales para ser atendida por procesos banales³, lo que condiciona una mala gestión de los recursos sanitarios, un riesgo aumentado de yatrogenia y un incremento artificial de una de las estructuras del sistema sanitario.

Si bien, en muchos casos, los pacientes desconocen que en los centros de salud se atienden urgencias³, también es una realidad que muchos médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria se enfrentan a enormes dificultades organizativas que dificultan sus disposición a realizar la primera valoración y atención de los pacientes urgentes⁴, tan ligada a la AP como podría ser la consulta concertada, las actividades preventivas o la docencia.

La atención a urgencias es un elemento esencial en un sistema sanitario moderno y debe garantizar una atención de calidad y una continuidad en los cuidados que reciben los pacientes. La Atención Primaria, como puerta de entrada del sistema sanitario, debe ser el punto de inicio de la atención urgente desde los centros de salud, su labor integrada y continua, debe racionalizar la atención sanitaria, evitar la congestión de los servicios de urgencias hospitalarios y así, aliviar el gasto económico que se deriva la utilización inadecuada de los recursos.

Ante esta situación, el grupo de trabajo de Urgencias y Atención Continuada de semFYC ha elaborado el documento *Organización de la atención urgente en los equipos de Atención Primaria*, con una doble finalidad:

1. Aportar evidencias sobre el verdadero papel que el médico de familia debe jugar en la atención a urgencias, en el marco de la Atención Primaria.
2. Proponer una organización del trabajo diario y una adecuada dotación de recursos que promuevan una mejor calidad en la atención prestada a los pacientes que acuden con carácter de urgencia a Atención Primaria.

El papel del médico de familia en urgencias de Atención Primaria

Aun cuando la demanda de atención sanitaria urgente, en cifras totales, es mucho mayor en el ámbito de la Atención Primaria que en los hospitales⁵, en distintas publicaciones se coincide en señalar que, del total de pacientes que acuden a un Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH), sólo alrededor del 10% lo hace derivado por un médico de Atención Primaria^{6,7}, que la mayoría de los pacientes que acuden a un SUH son jóvenes, y que sólo alrededor del 6-7% precisan ingreso hospitalario³. Cabe, por tanto, reflexionar acerca de las circunstancias que están propiciando esta realidad.

De los múltiples factores que pudieran influir, distintas encuestas realizadas a pacientes reflejan que la falta de información sobre la posibilidad de resolver una urgencia en Atención Primaria es una de las causas más frecuentes que hace que los pacientes acudan al SUH³. Otras razones son la creencia de que existen mejores medios técnicos y una asistencia más rápida en los hospitales, así como la percepción de que el problema de salud que presenta un determinado paciente no es solucionable en el EAP.

Es en este terreno, en el que el papel del médico de familia que atiende urgencias en Atención Primaria cobra una importancia capital. El Programa de la Especialidad en Medicina de Familia y Comunitaria y el perfil profesional del médico de familia lo convierten en un clínico competente en la atención a las urgencias y emergencias⁵ y es preciso dejar buena constancia de ello ante la población que debe decidir si acudir “de urgencias” a un centro de salud o a un hospital.

Por tanto, es primordial ofrecer una buena información a la población relativa a los distintos recursos disponibles para la atención urgente. Esta información debería aportarse con la clara implicación de la Administración sanitaria y de los propios profesionales.

La Administración debería contemplar la conveniencia de efectuar campañas publicitarias recomendando que se acuda, antes de ir al hospital, a los centros de salud, dotados de recursos adecuados y de profesionales sanitarios capacitados para resolver el problema o bien valorar –si es necesaria– la derivación al hospital en las debidas condiciones de traslado. Aunque no existen datos publicados, la respuesta de la población a cam-

pañas similares (como han sido las de introducción de los Equipos de Emergencias y sus teléfonos o61 en las distintas comunidades autónomas) parece haber sido suficientemente adecuada.

También debiera mejorarse la información a los usuarios mediante la publicación de carteles y folletos informativos en los centros de salud, en los que se especifique que, tanto en estos centros como en los Puntos de Atención Continuada (PAC), se atienden urgencias, así como los horarios de funcionamiento y sus emplazamientos.

Asimismo, sería de utilidad la información que los propios profesionales de AP puedan ofrecer a aquellos pacientes que acuden a las consultas, y, especialmente, a los que, por su patología, tienen más riesgo de precisar atención urgente (pacientes con riesgo vascular, enfermos respiratorios crónicos, etc.).

Es fundamental mejorar la imagen que los médicos de AP ofrecen a la población, demostrando que están capacitados para resolver la mayoría de los problemas de salud de los pacientes⁸. Es obvio que esto debe ir acompañado de un aumento de los medios técnicos y materiales que mejore dicha capacidad resolutive.

Organización de la atención urgente en Atención Primaria

Distintas medidas podrían mejorar la organización de la atención urgente que se presta en los centros de salud y, por tanto, la atención sanitaria a la población:

Creación en cada EAP de una comisión de urgencias

Una primera medida interna que podría mejorar la organización a la atención urgente sería la creación, en cada EAP, de una Comisión de Urgencias y, obviamente, de un responsable de ésta. Dicha comisión se encargaría de:

1. Revisar y asegurar el correcto funcionamiento del circuito de atención y del material de urgencias, responsabilizándose una o varias personas de su mantenimiento, registrando por escrito las revisiones, especificándose fecha y responsable de la misma. Aun cuando no hay recomendaciones

definitivas, podría ser adecuado realizar esta revisión una o dos veces al mes, dependiendo del volumen de urgencias, si bien sería aconsejable la revisión diaria del material del carro de paradas y, eventualmente, del material a esterilizar. En cualquier caso, lo más importante es establecer una rutina de revisión y reposición de material⁹.

2. Coordinar la realización y la difusión de protocolos de actuación en las patologías urgentes más prevalentes. Estos protocolos deberían estar accesibles y ser fáciles de consultar. Se debería asegurar su actualización permanente y su difusión, mediante la organización de sesiones periódicas. Asimismo, los protocolos deberían contemplar la actuación coordinada de todos los profesionales, de distintas categorías, que pueden participar en la atención urgente en el EAP, describiendo la tarea de cada uno de ellos.
- 3 Organizar sesiones periódicas de entrenamiento en la utilización del material del botiquín de urgencias (por ejemplo: desfibrilador, pulsioxímetro, ambu, etc.).
4. Asegurar la formación y, en lo posible, el entrenamiento en Resucitación Cardiopulmonar (RCP) de todo el EAP (Avanzada para facultativos y enfermeros, y Básica para otras categorías profesionales) periódicamente. Es prioritario que los profesionales sanitarios tengan una gran seguridad en la realización de RCP Básica, al menos en la zona urbana donde se cuenta con UVI móvil y los hospitales están próximos, siendo éste el nivel que se debería de asegurar para todo el personal. Sería conveniente que algunas personas de cada centro estuvieran formadas, además, en RCP Avanzada, lo que también resultaría imprescindible en el medio rural.
5. Orquestar la coordinación con los Equipos de Emergencias y el SUH de referencia, disponiendo de protocolos de derivación consensuados, lo que evitaría discrepancias en cuanto a la competencia del traslado y, además, transmitiría seguridad a los pacientes en la actuación sanitaria.

Establecimiento de un circuito de atención a las urgencias

Cada EAP debe organizar un circuito de actuación, aceptado y conocido por todos los componentes del mismo, donde se expliquen claramente, y por escrito, los pasos que es necesario seguir en caso de que un paciente solicite atención urgente, así como las funciones de cada componente del EAP: celador, auxiliar administrativo, enfermera, médico, etc.²

Organización de la consulta del médico y enfermera que se encargan de las urgencias

Cada EAP debería organizar la dedicación a la atención urgente en función de su propia estructura y del volumen de demanda sanitaria urgente y no urgente. Así, pueden contemplarse distintos modelos para la atención de las urgencias que se plantean en el propio centro de salud:

- a) El profesional (médico/enfermera) que atiende urgencias se dedica exclusivamente a ello, anulándose su agenda ese día.
- b) Al profesional que atiende urgencias, se le crea una agenda *light*, dejando “colchones” frecuentes que permitan absorber la demora que pudiera originar la atención a las urgencias.
- c) Los profesionales se organizan en turnos (por ejemplo, de dos horas) a lo largo de la jornada laboral (contemplando la participación, en una jornada de seis horas, de tres profesionales distintos), en los que se bloquea la agenda y sólo se atienden las urgencias que pudieran plantearse durante ese periodo de tiempo.

Para organizar la atención domiciliaria urgente, dependiendo de la capacidad del EAP, se podrían organizar turnos similares a lo descrito anteriormente, o bien, en equipos pequeños en los que sea imposible este tipo de organización, sería inevitable contar con un equipo de soporte, externo o no al EAP, que asumiera esta atención. En este último caso, resultaría imprescindible la existencia de una coordinación (desde un centro unificado o, quizá mejor, desde el propio centro de salud) que activaría este dispositivo en caso necesario; siendo, también, deseable, poder disponer de la historia clínica del paciente.

Dotación adecuada y organización de los botiquines de urgencias y maletines de avisos

Aun cuando las necesidades de equipamiento podrían variar en función del tipo de centro de que se trate, en cualquier caso en todas las circunstancias se deben cumplir una serie de requisitos.

Características estructurales^{10,11}

Se debe disponer de una sala fácilmente accesible para los usuarios, es decir, cercana a la puerta de entrada (o incluso con acceso tanto desde el exterior como desde el interior), a la que pueda entrar fácilmente una camilla (lo que obliga a disponer de una puerta de 1.20 m de ancho) y con unas dimensiones no inferiores a los 26m².

La sala debe estar convenientemente señalizada mediante un cartel que la identifique como sala de urgencias. En los centros con menor espacio físico esta sala podría tener otras funciones (curas, etc.), pero no debiera planificarse una agenda apretada de uso que pudiera impedir la inmediata atención de una emergencia.

Debe estar bien iluminada, si es posible con luz natural, y disponer de una fuente de luz alta y articulada que permita la correcta iluminación de cualquier parte de la camilla. Se debe disponer de varios puntos de luz, fácilmente accesibles.

Debe tener un lavabo con agua fría y caliente, con grifo hidromezclador.

Se necesita una camilla móvil (con ruedas), cómoda, con portagoteros, freno inmovilizador, sustento para bombona de oxígeno y articulada al menos de un lado.

La camilla se debe poder situar en el centro de la habitación, debajo de la fuente de luz.

Se dispondrá de una mesa auxiliar, con ruedas, para colocar el material necesario en cada situación. Este material debe estar guardado en cajones convenientemente señalizados para su rápida localización.

La estantería para medicación debe disponer de los fármacos ordenados alfabéticamente.

Se debe disponer de contenedores de residuos orgánicos y no orgánicos y de papeleras.

Es útil colocar un panel en un lugar visible (v.gr. encima del desfibrilador) con los protocolos de actuación en las emergencias más comunes o graves.

Material clínico^{10,11}

- Aspirador eléctrico y portátil.
- **Material para sondaje gastroduodenal y vesical:** Sondas vesicales/uretrales tipo Foley 14, 16, 18, 20 y 22, sondas nasogástricas 14, 16, 18 y 20, sondas orogástricas, jeringas para lavado gástrico, bolsas colectoras, tapones para bolsa, jarra de lavados, lubricante urológico, rasuradores, embudo, batea y guantes (estériles y no estériles) de varios tamaños.
- **Monitor-desfibrilador con marcapasos externo y sus accesorios:** electrodos del monitor y del marcapasos, con pegatinas, gel de desfibrilación, papel de registro de EKG, electrocardiógrafo.
- **Material para oxigenoterapia:** dos bombonas de oxígeno de 4.7 litros (una debajo de la camilla y otra en el maletín/mochila de emergencia) y una bombona fija de 13,7 litros con caudalímetro que permita un flujo de 15 litros por minuto, manorreductores, humidificadores y manómetro. Alargadera de oxígeno para ambu. Mascarillas de ventiloterapia tipo Venturi con FIO₂ regulable de dos tamaños, gafas nasales, mascarillas con reservorio de dos tamaños y equipos de aerosolterapia (nebulizadores y espaciadores).
- **Material de soporte ventilatorio:** balón autohinchable tipo ambu (ambulatory mask bag unit) de adultos y niños con válvula y bolsa de reservorio, mascarilla transparente para ambu de números 0, 3 y 5. Cánulas orofaríngeas (tubos de Guedel) tamaño adulto (del nº 1 al 5) y pediatría (desde 000 al 0), laringoscopio de adultos y de niños con palas de varios tamaños, pilas y bombillas de recambio, tubos endotraqueales de niños y adultos (3, 4, 5, 6, 7, 7,5 y 8), fiadores para intubación de dos tamaños, lubricante hidrosoluble para intubación, cinta de retorta para fijación del tubo, pinzas de Magill de adulto y niños, aspirador orotraqueal y sondas de aspiración para adultos y pediatría y Kit de cricotirotomía de tres tamaños.

- **Material traumatológico:** Vendas almohadilladas, de gasa, de yeso, elásticas y de crepé, collarines cervicales de varios tamaños (blandos y rígidos tipo Philadelphia), férula espinal para la inmovilización vertebral e inmovilizador cervical.
- **Material diagnóstico convencional:** En general, se precisa material similar al utilizado en la atención habitual: fonendoscopio para adultos y niños; esfigmomanómetro de mercurio y manguitos de diferentes tamaños (adulto, obeso y pediátrico); otoscopio con espéculos desechables de varios tamaños; oftalmoscopio; espéculos vaginales desechables; pulsioxímetro; *peek-flow* y boquillas desechables; rinoscopio corto y largo; martillo de reflejos; termómetros; depresores linguales; espejo frontal; espejillos para laringoscopia; linterna; mechero, y lupa.

Asimismo, aparato de glucemia capilar y tiras reactivas de orina. En función de la disponibilidad de tests de laboratorio se podría valorar disponer de tiras reactivas de sangre (técnicas de química seca), fundamentalmente de glucosa, hemoglobina, urea, amilasa y potasio.

- **Material quirúrgico y de curas:** el material mínimo con el cual se puede dar solución a la mayoría de las urgencias que se atienden el Atención Primaria incluye:
 - Agujas desechables intramusculares (IM) de adultos y niños, intravenosas (IV) y de insulina.
 - Palomillas 18, 20, 22 y 24.
 - Catéteres intravenosos nº 14, 16, 18, 20 y 22. Angiocatéteres hasta el nº 26.
 - Tapones de intracatéteres.
 - Equipos de goteros.
 - Llaves de 3 vías para equipos de goteros.
 - Compresor.
 - Jeringas de todos los tipos y tamaños.
 - Infusores subcutáneos tipo Baxter de 48 y 60 ml.
 - Apósito autoadhesivo y transparente.
 - Esparadrapo antialérgico y de tela.
 - Gasas y compresas estériles.
 - Gasas no estériles.
 - Sutura cutánea adhesiva.

- Sutura de poliamida (catgut) 2/o.
- Sutura de seda de 2/o a 6/o.
- Venda de gasa orillada ancha y estrecha.
- Bisturíes nº 11, 15 y 21.
- Cubetas arriñonadas y rectangulares.
- Grapadora de niños y adultos.
- Extractor de grapas.
- Campo estéril fenestrado y no fenestrado.
- Equipo de esterilización.
- Pinzas tipo mosquitos rectos, curvos, con y sin dientes.
- Pinzas de disección (con y sin dientes), pinzas de Kocher (recta, curva, con y sin dientes).
- Pinza de Pean.
- Portaagujas recto y curvo.
- Sonda acanalada.
- Tijera punta-punta, punta-roma, de vendaje y para yeso.
- Cizalla (corta anillos).
- Separador.
- Alicates.
- Cinta métrica.

Medicación^{10, 11}

En principio, los fármacos de los que se debe disponer pueden variar en función de la zona donde se trabaje. Si bien en la mayoría de las ocasiones están determinados desde las distintas gerencias de Atención Primaria y también depende del tipo de centro que sea (urbano, rural, punto de Atención Continuada), a continuación se relacionan aquéllos que se consideran imprescindibles para afrontar las situaciones más frecuentes en AP.

Medicación del Carro de Paradas

ADENOSINA	AMPOLLAS
ADRENALINA	AMPOLLAS
AMIODARONA	AMPOLLAS
ASPIRINA	COMPRESIDOS MASTICABLES
ATROPINA	AMPOLLAS
CLORURO MÓRFICO	AMPOLLAS
DIACEPAM	AMPOLLAS
DIGOXINA	AMPOLLAS
FLUMACENIL	AMPOLLAS
FUROSEMIDA	AMPOLLAS
GLUCOSA	AMPOLLAS
METILPREDNISOLONA	AMPOLLAS
NALOXONA	AMPOLLAS
NITROGLICERINA	AMPOLLAS
PROPRANOLOL	AMPOLLAS
TIAMINA	AMPOLLAS
VERAPAMIL	AMPOLLAS
MIDAZOLAM	AMPOLLAS

Medicación de la sala de Urgencias

Soluciones electrolíticas:

AGUA DESTILADA
BICARBONATO 1 MOLAR
POLIGELINA EN ASOCIACIÓN (SUSTITUTO DEL PLASMA). EJ: HEMOCÉ®
CLORURO POTÁSICO
MANITOL 20%
RINGER LACTATO
SOLUCIÓN FISIOLÓGICA AL 0,9%
SOLUCIÓN GLUCOSADA AL 5%

Fármacos

ALMAGATO	SOBRES, COMPRIMIDOS
AMINOFILINA	AMPOLLAS, SOLUCIÓN, COMPRIMIDOS
ASPIRINA	COMPRIMIDOS
BENZILPENICILINA-BENZATINA	VIALES
BIPERIDENO	AMPOLLAS
BUPRENORFINA	COMPRIMIDOS
BUTILESCOPOLAMINA	AMPOLLAS Y COMPRIMIDOS
CAPTOPRIL	COMPRIMIDOS
CARBÓN ACTIVADO	GRANULADO PARA SUSPENSIÓN
CLORPROMACINA	AMPOLLAS
CLORURO MÓRFICO	AMPOLLAS
DEXAMETASONA	VIALES
DEXCLORFENIRAMINA	AMPOLLAS, COMPRIMIDOS
DIAZEPAM	AMPOLLAS, COMPRIMIDOS, MICROENEMAS.
DICLOFENACO	COMPRIMIDOS, AMPOLLAS
DIGOXINA.	COMPRIMIDOS, AMPOLLAS
FENOBARBITAL.	AMPOLLAS
FITOMENADIONA (VITAMINA K1)	AMPOLLAS
FUROSEMIDA	AMPOLLAS Y COMPRIMIDOS
GLUCAGÓN	VIAL PRECARGADO.
HALOPERIDOL	AMPOLLAS
INSULINA RÁPIDA	VIALES
IPECACUANA JARABE.	FÓRMULA MAGISTRAL. SOLUCIÓN
LEVOMEPRMACINA	AMPOLLAS
LORACEPAM 1 MG	COMPRIMIDOS
METAMIZOL MAGNÉSICO	COMPRIMIDOS, AMPOLLAS
METILPREDNISOLONA 20 Y 40 MG	AMPOLLAS.
METOCLOPRAMIDA	AMPOLLAS
MEPIVACAÍNA	AMPOLLAS
NIFEDIPINO	COMPRIMIDOS

NITROGLICERINA	AMPOLLAS, COMPRIMIDOS, SPRAY
OMEPRAZOL	AMPOLLAS Y COMPRIMIDOS.
PARACETAMOL	COMPRIMIDOS
PIRIDOXINA	AMPOLLAS
SALBUTAMOL	AEROSOL, SOLUCIÓN E INYECCIÓN.
SULPIRIDE	AMPOLLAS
TEOFILINA	AMPOLLAS
TERBUTALINA	DISPOSITIVO POLVO SECO, BOQUILLAS
TIETILPERACINA	AMPOLLAS
TOXOIDE Y GAMMAGLOBULINA ANTITETÁNICA	VIALES
VALPROICO ÁCIDO	AMPOLLAS

Fármacos tópicos

ANESTÉSICO DOBLE	COLIRIO
NITRATO DE PLATA (FORMA SOLIDA)	VARILLAS
POMADA CICATRIZANTE (EJ:BLASTOESTIMULINA®)	POMADA
CICLOPLÉJICO	COLIRIO
CLORURO DE ETILO	AEROSOL
EPINEFRINA 0,5%EN ASOCIACIÓN (EJ:EPISTAXOL®)	SOLUCIÓN
LÁMINA DE GELATINA PURIFICADA Y ESTERILIZADA (ESPONGOSTÁN®)	APÓSITO
FLUORESCÉINA	COLIRIO O TIRAS
POMADA ANTIBIÓTICA	TUBO
GENTAMICINA	COLIRIO
APÓSITOS DE TUL IMPREGNADO (EJ. LINITUL®)	APÓSITO
“APÓSITO” EN SPRAY (EJ:NOBECUTÁN®)	SPRAY
POMADA EPITELIZANTE	TUBO
POVIDONA YODADA	SOLUCIÓN
SULFADIACINA ARGÉNTICA	CREMA Y SPRAY

Antídotos

N ACETILCISTEINA 20%	VIALES
FLUMACENIL	AMPOLLAS
NALOXONA	AMPOLLAS
GLUCAGÓN	VIALES
PROTAMINA	VIALES
ATROPINA	AMPOLLAS
PENICILAMINA	CÁPSULAS/COMPRIMIDOS
MESILATO DE DEFEROXAMINA	VIALES

Maletines de avisos domiciliarios^{9,12}

Una de las características de la Atención Primaria es la de prestar asistencia en el domicilio del enfermo. Para poder responder eficazmente en una urgencia fuera del centro de salud es necesario disponer de maletines portátiles para emergencias. Por consenso, a nivel internacional, estos maletines se distribuyen por colores:

- ➔ Rojo: para el sistema circulatorio.
- ➔ Azul: para el sistema respiratorio.
- ➔ Verde: para lo quirúrgico y traumatológico.
- ➔ Amarillo: para lo pediátrico.

En el BOE nº 101 de 28 abril 1998 se publica el Real Decreto 619/1998 por el que se establecen las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera.

En dicho Real Decreto, en el apartado de equipamiento sanitario, se recomienda que la medicación se almacene utilizando el sistema de colores.

Habitualmente, el rojo y el azul se unifican en uno, el maletín de resucitación cardiopulmonar, generalmente ya preparado (Ejemplo: OXIBAC®).

En general, la dotación no debe diferenciarse de la que se aconseja tener en la sala de urgencias, por lo que es habitual que algunos de los materiales se dispongan habitualmente en los maletines y se utilicen, tanto en la calle como al atender una urgencia en el centro, siendo imprescindible que el material se distribuya de una forma ordenada y fácilmente visible al abrir el maletín.

Aunque cada centro debiera diseñar el propio, a continuación se expone, a modo de ejemplo, la dotación de maletines de una Unidad Médica de Emergencias¹².

Maletín de soporte respiratorio

AMBÚ ADULTO
Y MASCARILLA CORRESPONDIENTE. (1)

RESERVORIO DE AMBÚ.

ALARGADERA AMBU (1).

NEBULIZADORES (4)

VENTIMASK ADULTO (2)

VENTIMASK TRAQUEOTOMÍA(1)

VENTIMASK CON RESERVORIO ADULTO (1)

GAFAS NASALES DE OXÍGENO(2)

TUBOS DE GUEDEL:

Nº2-VERDE (2)

Nº3-AMARILLO PEQ. (2)

Nº4-ROJO (2)

Nº5-AMARILLO GRAN. (2)

SONDA DE YANKAUER (1)

SONDA DE ASPIRACIÓN FLEXIBLE (1)

VALVULA DE HEIMLICH (2)

ABBOCATH DEL 14 (2)

JERINGAS 10CC (3)

SET DE CRICOTOMÍA

LARIGOSCOPIO ADULTO PALAS:

Nº 3

Nº 4

TUBOS ENDOTRAQUEALES:

Nº 6 (1)

Nº 7 (2)

Nº 8 (2)

Nº 9 (2)

PARA TRAQUEOSTOMIZADO

FIADORES DE INTUBACIÓN:

ADULTO (2)

PINZAS DE MAGUILL ADULTO

VENDA DE 5 CM. (2)

PAQUETE DE GASAS, 25 U. (1)

GUANTES ESTÉRILES

PILAS DE LARINGO GRANDES (3).

MASCARILLAS VERDES.

CÁNULA DE SHYLEY Nº 4 (1).

Fármacos del maletín circulatorio

Nombre comercial	Principio activo	Presentación	Unidades
ACTOCORTINA	HIDROCORTISONA	AMP. 100 MG	5
ADALAT. 10 MG	NIFEDIPINO	CAPS	2
ADENOCOR	ADENOSINA	AMP. 6MG/2ML	4
ADIRO 500	AAS	COMP. 500 MG	4
ADRENALINA	ADRENALINA 1/1000	AMP. 1MG/ML	10
AKINETON	BIPERIDENO	AMP. 5 MG/1ML	2
ALEUDRINA	ISOPROTERENOL	AMP. 0.2 /1ML	10
ANEXATE	FLUMACENIL	AMP. 0.5 MG/5CC	4
ATROPINA	ATROPINA	AMP. 1MG/ML	15
ATROVENT	BROMURO DE IPATROPIO	SOL. NEB. 250 MG	1
ATROVENT	BROMURO DE IPATROPIO	SOL. NEB. 500 MG	2
BENADON	PIRIDOXINA	AMP. 300 MG	3
BENERVA	TIAMINA	AMP. 100 MG/1ML	2
BETADINE	POVIDONA YODADA 250 CC	SOL. DÉRMICA 10% 125 ML	1
BUSCAPINA S.S.S. SIMPLE	B. B. HIOSCINA	COMP. 10 MG	2
BUSCAPINA S.S.S. SIMPLE	B. B. HIOSCINA	AMP. 20 MG/1ML	2
CAPOTEN	CAPTAPRIL	COMP. 25 MG	4
CLORURO POTASICO	CLK	AMP. 10 ML	1
DICLOFENACO	DICLOFENAC	AMP. 75	2
DIGOXINA	DIGOXINA	AMP. 0.25 MG/1ML	5
DIPRIVAN	PROPOFOL	AMP. 200 MG/20 ML	1
DOGMATIL	SULPIRIDE	AMP. 100 MG/2ML	2
DOLANTINA	MEPERIDINA	AMP. 100MG/2ML	2
DORMICUM	MIDAZOLAM	AMP. 15 MG/3ML	2
EUFILINA	AMINOFILINA	AMP. 240 MG/10ML	2
FENITOINA	DIFENILHIDANTOINA	AMP. 250 MG/5ML	4
FENTANEST	FENTANILO	AMP. 0.15 MG/3ML	2
FORTECORTIN	DEXAMETASONA	AMP. 4MG/1ML	2
GLUCOSMON 33%	GLUCOSA	AMP. 10 ML	2
HALOPERIDOL	HALOPERIDOL (IV-IM)	AMP. 5MG/1ML	2
KONAKION	FITOMENADIONA	AMP. 10MG/1ML	2
LARGACTIL	CLORPROMACINA	AMP. 25MG/5ML	2
LIDOCAINA 2%	LIDOCAÍNA 2%	AMP. 2%/10ML	1
LIDOCAINA 5%	LIDOCAÍNA 5%	AMP. 5%/10ML	1
METHERGIN	METILERGOMETRINA	AMP. 0.2MG/1ML	1
MIOFLEX	SUCCINILCOLINA	AMP. 100MG/2ML	1
MORFINA	CLORURO MÓRFICO	AMP. 10 MG/1ML	2
NALOXONE	NALOXONA	AMP. 0.4 MG/1ML	4
NEOSTIGMINA	NEOSTIGMINA (SC-IV-IM)	AMP. 2.5 MG/5 ML	2
NOLOTIL	METAMIZOL	CAPS. 575 MG	4
NOLOTIL	METAMIZOL	AMP. 2GR/5ML	4
OMAPREN	OMEPRAZOL	VIAL 40 MG	2
ORFIDAL	LORAZEPAM	COMP. 1 MG	4
POLARAMINE	DEXCLORFENIRAMINA	AMP. 5MG/ML	2
PRIMPERAN	METOCLOPRAMIDA	AMP. 10 MG	3
PRO EFFERALGAN 1 GR	PARACETAMOL	VIAL 1G	2
PROPOFOL	PROPOFOL	AMP. 10 MG	1
PULMICORT	BUDESONIDA	SUSP. NEBUL. 0.25MG/2ML	1
PULMICORT	BUDESONIDA	SUSP. NEBUL. 0.5MG/2ML	1
RENITEC	ENALAPRIL	AMP. 1MG/1ML	2
RIVOTRIL	CLONACEPAM	AMP. 1MG/1ML	1

Nombre comercial	Principio activo	Presentación	Unidades
SCANDINIBSA	CLORHIDRATO DE MEPIVACAÍNA	AMP. 200 MG	1
SEGURIL	FUROSEMIDA	AMP. 20MG	5
SINOGAN	LEVOPROMAZINA	AMP. 25 MG/1ML	2
SOLINTRINA	NITROGLICERINA	SPRAY 0.4MG/PULSO.	1
SOLINTRINA	NITROGLICERINA	AMP. 5MG/5ML	2
STESOLID 10	DIAZEPAM	CANULETAS 10 MG	2
STESOLID 5	DIAZEPAM	CANULETAS 5 MG	2
SUMIAL	PROPANOLOL	COMP. 10 MG	4
SYNTOCINON	OXITOCINA	AMP. 10 UI/1ML	1
TERBASMIN	TERBUTALINA SULFATO	SOL. NEBUL. 10 MG	4
TONUM	KETOROLACO	AMP. 30 MG/1ML	5
TRANGOREX	AMIODARONA	AMP. 150 MG/3ML	4
URBASON 20 MG	METIL-PREDNISOLONA	AMP. 20 MG	2
URBASON 40 MG	METIL-PREDNISOLONA	AMP. 40 MG	2
VALIUM	DIAZEPAM	AMP. 10 MG/2ML	4
VALIUM	DIAZEPAM	COMP. 10 MG	3
VENTOLIN	SALBUTAMOL	AMP. 0.5 MG/1ML	5
VENTOLIN	SALBUTAMOL	SOL RESP. 5MG/ML (10ML)	1
ZANTAC	RANITIDINA	AMP. 50MG	2

Material del maletín circulatorio

ABBOCATH:

14 (4)

16 (4)

18 (4)

20 (4)

22 (4)

24 (4)

AGUJAS:

INSULINA (2)

INTRAVENOSAS (8)

SUBCUTÁNEAS (4)

1.M NIÑO (6)

1.M ADULTO (8)

PALOMILLAS:

21 (3)

23 (3)

25 (3)

JERINGAS:

INSULINA (2)

2 ML (2)

5 ML. (2)

10 ML. (2)

COMPRESOR ELÁSTICO (TORTOR) (2)

SISTEMA DE SUERO (2)

LLAVE DE TRES PASOS (2)

BICARBONATO 1 M 250 CC (1)

CLORURO SÓDICO 0.9% 250 ML. (1)

CLORURO SÓDICO 0.9% 500 ML. (1)

CLORURO SÓDICO 0.9% 100ML. (1)

CLORURO SÓDICO 0.9% 50 ML.(1)

CLORURO SÓDICO 0.9% 10 ML. (3)

GLUCOSADO 5% 250 ML. (1)

RINGER LACTATO 500 ML. (1)

AGUA BIDESTILADA 10 ML. (2)

CONTENEDOR DE MATERIAL (1)

VENDA DE GASA

5 CM (1)

10 CM (1)

GASAS (2)

ESPARADRAPO

FONENDOSCOPIO. (1)

TENSIÓMETRO (1)

GLUCOMETRO (1)

TERMÓMETRO (1)

Maletín pediátrico

Bolsillos laterales

REGLA PEDIÁTRICA COLORES

MICROGOTEROS (3)

VENTIMASK PEDIÁTRICO (1)

VENTIMASK PEDIÁTRICO RESERV. (1)

AGUJA INTRAÓSEA

Compartimento central

AMBUES:

NEONATAL CON MASCARILLA Y RESERVORIO

PEDIÁTRICO CON MASCARILLA Y RESERVORIO

ALARGADERA DE O₂ PARA AMBU

SONDA DE PULSIOXIMETRÍA PEDIÁTRICA

LARINGOSCOPIO PEDIÁTRICO

PALAS DE LARINGOSCOPIO:

Nº 0

Nº 1

Nº 2

SONDAS NASOGÁSTRICAS

SONDAS DE ASPIRACIÓN

6 (2)

8 (1)

10 (1)

YANKAUER FINO (1)

PINZAS DE MAGUILL:

PEQUEÑA

MEDIANA

GUEDEL:

Nº 00 (1)

Nº 0 (1)

Nº 1 (1)

Nº 2 (1)

Nº 3 (1)

MANGUITO DE TENSIÓN:

PEDIÁTRICO

NEONATAL

MANTA TÉRMICA (2)

DIALOFLOW (1)

NEBULIZADOR (2)

PILAS DE REPUESTO (2)

En un ámbito más práctico, el maletín “personal” que debe utilizar cada facultativo en lo que es la asistencia “urgente” habitual, no siempre precisará de todo el material propuesto anteriormente. A continuación, se detalla una propuesta de material indispensable para llevar en los maletines de avisos domiciliarios⁹.

Material indispensable para maletines de aviso domiciliario

Material diagnóstico

Fármacos

	Nombre	Vía de uso	Presentación	Unidades
FONENDOSCOPIO	NITROGLICERINA	SL	COMP. 1 MG	5
ESFIGMOMANÓMETRO			SPRAY 0.8 MG	1
	AAS	ORAL	COMP. 500 MG	5
TERMÓMETRO	CAPTOPRIL	ORAL	COMP. 25 MG	5
	ADRENALINA	SC	AMP. 1 ML (1MG/ML)	3
OTOSCOPIO	ATROPINA	SC	AMP. 1 ML (1MG/ML)	1
	FUROSEMIDA	PARENTERAL	AMP. 2ML(10MG/ML)	2
DEPRESORES LINGUALES Y ESPÉCULOS DESECHABLES	GLUCOSA 50%	PARENTERAL	AMP. 20 ML	1
	SALBUTAMOL	INHALADOR	0.1 MG /DOSIS	1
OFTALMOSCOPIO		PARENTERAL	AMP. 1 ML(0.5MG/ML)	1
	METILPREDNISOLONA	PARENTERAL	AMP. 8,20,40 MG	3
PILAS DE RECAMBIO	METAMIZOL	PARENTERAL	AMP. 5 ML	3
	PARACETAMOL	ORAL	COMP. 500 MG	5
REFLECTÓMETRO DE GLUCEMIA CAPILAR	DICLOFENACO	PARENTERAL	AMP. 3ML(25 MG/ML)	3
	CLORURO MÓRFICO	PARENTERAL	AMP. 1ML(10 MG/ML)	1
TIRAS REACTIVAS PARA GLUCEMIA Y ANALÍTICA DE URINA	NALOXONA	PARENTERAL	AMP. 1ML(0.4 MG/ML)	3
	HALOPERIDOL	PARENTERAL	AMP. 2ML(5MG/ML)	3
DIACEPAM		ORAL	COMP. 5 MG	5
		RECTAL	ENEMAS 10 MG	1
LORACEPAM		PARENTERAL	AMP. 2ML(5MG/ML)	2
		SL	AMP. 1ML(5MG/ML)	3
METOCLOPRAMIDA	PARENTERAL	AMP. 1ML(5MG/ML)	1	
DEXCLORFENIDRAMINA	PARENTERAL	AMP. 1ML(5MG/ML)	1	
BIPERIDENO	PARENTERAL	AMP. 1 ML (5MG/ML)	1	
COLIRIO ANESTÉSICO DOBLE		TÓPICO	FRASCO 10 ML	1

Material de maletín quirúrgico-traumatológico

Debe incluir el material de curas, el material para inmovilización y los equipos de sueros para infusión intravenosa.

Bibliografía

1. Martín Zurro A, Cano Pérez, J.F. Atención Primaria de salud. En A Martín Zurro, J.F. Cano Perez, directores. *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. 5ª edición: Mosby/Doyma Libros; 2003: 3-15.
2. Vitores Picón MP, Cortés Durán PM, Fernández Girón M, Torres Romo L, Tomey Torcal I, Iradier Barrio D, Cazallas Díaz E, León García A. *Evaluación de la organización en la atención a pacientes sin cita*. *Aten Primaria* 2001; 28: 298-304.
3. Vázquez Quiroga B, Pardo Moreno G, Fernández Cantalejo G, Canals Aracil M, Delgado Nicolás MA; Navas Alonso M. *¿Por qué acuden nuestros pacientes a urgencias del hospital?* *Aten Primaria* 2000; 25: 172-175.
4. Pardo Moreno G, Vázquez Quiroga B, Fernández Cantalejo M, Navas Alonso M, Canals Aracil M, Delgado Nicolás MA. *Opinión de los profesionales de un Área de Salud sobre las urgencias en Atención Primaria*. *Centro de Salud* 2000; 8 (6): 368-372.
5. Caballero Oliver A. *Medicina de familia y medicina de urgencias*. *Aten Primaria* 2001; 27: 138-145.
6. Caballero Oliver A. *Realidad de la atención al paciente urgente: el papel de la atención primaria*. *Aten Primaria* 1998; 22 (Supl 1): 98-100.
7. Escobedo F, González Gil M, Salarichs M, Manzano A, López I, Martín JA, Albaladejo C. *Evaluación de las urgencias hospitalarias desde un área básica de salud (ABS)*. *Aten Primaria* 1997; 19: 169-175.
8. Rodríguez Caravaca G, Villar del Campo I. *Concordancia diagnóstica entre atención primaria y atención especializada tras consulta urgente*. *Aten Primaria* 2000; 25: 292-296.
9. Ríos Valles L, Martín Luján F, Gómez Sorribes A, Pepió Vilaubí JM. *Guía para el equipamiento de un maletín para atención domiciliaria y de urgencias en atención primaria*. *JANO* 1998; 55 (1261): 45-49.
10. Martínez Merodio P, Lou Arnal S, Mallen Berenguer M. *Material imprescindible para el servicio de urgencias y el maletín de domicilios*. *FMC* 1997; 4: 267-273.
11. Hernández Gajate M, Castro Villamor M.A, Sánchez Ramón S, Arnillas Gómez P. *“Atención continuada emergente en el Centro de Salud”*. Informe técnico del Grupo de Trabajo de urgencias de la Sociedad Castellano Leonesa de Medicina de Familia y Comunitaria. Abril 1999.
12. Martín Marcos C, Garrote Moreno I, Portillo Rubiales R. *¿Qué debemos tener preparado para atender un accidente?*. En Grupo de trabajo de urgencias sociedad Castellana y Leonesa se Medicina de Familia y Comunitaria. *Guía para la atención inicial al “trauma grave”*. 2002: 17-29.