

Más salud

**Grupo de Trabajo:
PAC/PAS/ Urgencias**

**Plan de Acción de Atención
Primaria Comunitaria (PRI)
2022/2023**



+ primaria

Propuesta grupo de trabajo

Índice

1. RECOMENDACIONES	1
2. ANEXOS	9
2.1 ANEXO 1. CONTENIDO CARRO PARADAS	9
2.2 ANEXO 2: MEDICACIÓN CARRO PARADAS	11
2.3. ANEXO 3. MATERIAL MOCHILA DE URGENCIAS	12
2.4. ANEXO 4: TABLA MALETÍN DE URGENCIAS	14
3. COMPONENTES DEL GRUPO DE TRABAJO	16

Propuesta grupo de trabajo

Propuesta grupo de trabajo

1. RECOMENDACIONES

Hay que diferenciar bien lo que es:

- Una **urgencia y una emergencia** que precisan atención inmediata. Cada centro debe tener definido su circuito de atención.
 - Un paciente que exige verse hoy por petición del paciente o por demora que justifica que eso ocurra (lo que entendemos por los pacientes sin cita, "no demorables").
1. La atención de las urgencias (tanto de adultos como pediátrica) en horario de mañanas (días laborables) corresponde a los EAP. (También en horario de tardes cuando estén su médico, enfermera o pediatra en ese horario).
- Los usuarios deben estar informados de que tanto en centros de salud como en los Puntos de Atención Continuada (PAC), se atienden urgencias. Se debe diseñar cartelera o folletos informativos en los centros de salud, y publicar en la web los horarios de funcionamiento y emplazamientos de los centros de salud y puntos de atención continuada. También puede ser de utilidad la información que los propios profesionales de AP puedan ofrecer a aquellos pacientes que acudan a las consultas, especialmente, a los que, por su patología, tienen más riesgo de precisar atención urgente (pacientes con riesgo vascular, enfermos respiratorios crónicos, etc.).
 - La atención en horario de tardes de urgencias en neonatos/lactantes? se asumirá en los centros de salud si hay pediatra independientemente de que pertenezca a su cupo.
 - La atención de urgencias en personas con movilidad reducida se realizará en centro al que acudan independientemente de que esté su UBA asignada
 - Es fundamental mejorar la imagen que los profesionales de medicina y enfermería de AP ofrecen a la población, demostrando que están capacitados para resolver la mayoría de los problemas de salud de los pacientes. Para esto es necesario que cuenten con los medios técnicos y materiales necesarios que permitan maximizar su capacidad resolutive.
 -
2. En cuanto a la atención de pacientes no demorables, si bien es preferible que se realice por los profesionales de medicina y enfermería de su cupo para mantener la longitudinalidad, la situación actual hace que sea complicado y se saturen las consultas y determinadas agendas. *Considerando el acuerdo alcanzado en mesa sectorial de no superar 35 pacientes /día por MF o 28/pacientes/día por pediatra* se pueden plantear distintas alternativas especialmente para resolver estas demandas

en pacientes <60 años, o *niños* >7 años *sin patología crónica*, en los que la longitudinalidad de la atención tiene menor importancia:

- **Crear dispositivos alternativos** (al menos en las grandes ciudades) para esa actividad sin que menoscabe la agenda ordinaria de los centros de salud (recortar las agendas ordinarias para atender a la demanda en el día genera demora). Estos dispositivos deberían estar integrados tanto por profesionales de medicina como de enfermería y podrían prestar atención presencial o telefónica.
- **Abrir los PAS en horario de mañana**, con el objetivo de asumir esa atención no demorable, en principio banal.
- **Creación de plazas "sin cupo"** tanto de medicina como enfermería en los centros podría suponer una mejora en el control de la demora atendiendo las situaciones más banales o de pacientes poco complejos.
- **La realización de jornadas de mañana por parte de los profesionales con contratos de atención continuada** en situaciones epidemiológicas concretas o de mayor incremento de la demanda. Podrían asignarse de forma fija a los diferentes centros de forma que se facilitara la coordinación de ese profesional con el EAP al que esté asignado. Realmente serían "plazas sin cupo" con dedicación la mayor parte de su jornada laboral a la atención continuada.

3. Todos los EAP deben disponer de medidas claras de diferente intensidad para el **control de la demora** en las consultas de medicina, enfermería y pediatría ya es el factor que más influye en la solicitud de atención urgente no demorable por parte de los usuarios. Estas medidas y su eficacia se revisarán periódicamente.

- Los EAP deben analizar y abordar de forma colectiva la demanda urgente planteando el aumento de citas en las agendas de profesionales con mayor demora. Poner en marcha dispositivos específicos rotatorios, bien definidos, con tareas específicas y con circuitos para la atención "al día" siguiente de aquellos pacientes que pudieran tener algún problema de salud importante, permite que no todos estén presionados todos los días.
- Es muy importante la formación de los profesionales **de admisión** para que conozcan el tipo de demanda de atención del paciente y le faciliten correctamente la atención que precisa: diferenciar claramente emergencia de urgencia, y asimismo estas de consulta no demorable.
- Es imprescindible **la implicación de los profesionales enfermería en la gestión de la demanda de atención no demorable**, mediante protocolos consensuados de atención de diferentes patologías que pueden resolverse sin necesidad de la intervención del profesional de medicina o pediatría. Estos protocolos

deberían ser institucionales de forma que la atención en cualquier punto del sistema por esa patología fuera la misma.

- Hay que **difundir las medidas puestas en marcha** para atender la demanda de atención no demorable (carteles, consejo de salud, RRSS, web del departamento, etc.).
- Hay que diseñar campañas informativo-educativas sobre la utilización “proporcionada” de los servicios sanitarios, especialmente con carácter no demorable.
- Es imprescindible modificar las agendas de los MF con demoras más elevadas. El EAP puede “aconsejar” a los MF con demoras más altas que hagan módulos con asistencia presencial para disminuirlas siempre que cumplan con el criterio de complejidad.
- Los módulos de demora son una buena medida, pero su solicitud debe realizarse tras valorar el diseño de las agendas, el cumplimiento de las medidas propuestas de control de la demora y deben ser mayoritariamente presenciales.
- Es urgente **acabar con la necesidad del justificante médico o IT** para ausencia por problema de salud menor que realmente no requiere intervención del médico. Que sea la declaración responsable del paciente la que justifique la ausencia si es inferior a cuatro días. Y que sean las empresas las que controlen dichas ausencias. Esta medida es imprescindible tanto para los EAP como para los PAC/PAS
- Hay que mejorar la **coordinación con los farmacéuticos comunitarios** de forma que faciliten con tiempo citas para prolongar/revisar la medicación, y den las mismas recomendaciones que los CS ante problemas de salud frecuentes (catarros, cifras elevadas de TA...).

4. La atención de urgencias fuera del horario de apertura de los centros de salud corresponde a los puntos de atención continuada PAC y PAS en los que desempeñan su actividad, profesionales de los EAP que realizan guardias, y profesionales con nombramiento de atención continuada.

- Los profesionales con nombramiento de atención continuada deben formar parte de los equipos: los del PAS atienden 116 horas a la semana (69% del tiempo) y los del PAC 126 horas (75%) es imprescindible integrar estos profesionales en los EAP. Podrían estar asignados a los distintos centros de salud que tienen como referencia ese punto de continuada, y realizar un número de horas fijo en el centro de salud. Esto permitiría que los EAP contasen con un profesional más que apoyara en la atención de no

demorables, o cubriendo alguna ausencia, y que los profesionales de atención continuada estuvieran integrados en el EAP, pudieran asistir a reuniones organizativas o sesiones formativas dentro de su horario laboral. La organización de esta integración (cantidad de horas a realizar en AP), dentro de unos márgenes debería adaptarse en cada Departamento

- En los PAS donde en la actualidad se asumen las urgencias de gran cantidad de población sería necesario valorar la necesidad de otros profesionales (TCAE, y auxiliar administrativo)
 - En los PAC, en los que en la actualidad los profesionales deben conducir vehículo para desplazarse a los domicilios habría que determinar la necesidad de disponer de carné y posibilidad de conducir para su nombramiento
 - Valorar implementar una prueba piloto en una ZBS con asistencia 24/7/365 y evaluar los resultados.
5. Creación de una **Comisión de urgencias departamental** que incluya SUH, puntos de atención continuada y referentes de urgencias de los centros de salud que garantice:
- Protocolos de actuación unificados en las patologías urgentes más prevalentes
 - Formación y entrenamiento en atención a la urgencia de los profesionales del departamento
6. Creación de una **comisión de urgencias** en cada EAP encargada de:
- **Establecer un circuito de atención a las urgencias** aceptado y conocido por todo el EAP donde se expliquen claramente, y por escrito, los pasos que es necesario seguir en caso de que un paciente presente una urgencia o emergencia, así como las funciones de profesional.
 - Revisar y asegurar el correcto funcionamiento del circuito de atención a la urgencia
 - Revisar el material de urgencias, con registro escrito con fecha y responsable.
 - Difusión de los **protocolos** de actuación en las patologías urgentes más prevalentes del departamento. 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.

- Organizar **sesiones** periódicas de entrenamiento en la utilización del material del botiquín de urgencias (por ejemplo: desfibrilador, pulsioxímetro, ambú, oxígeno, etc.)
- 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. Sería conveniente que algunas personas de cada centro estuvieran formadas, además, en RCP Avanzada, lo que también resultaría imprescindible en el medio rural.
- Coordinar la relación con los puntos de atención continuada, equipos de Emergencias y el SUH de referencia, disponiendo de protocolos de derivación consensuados, lo que evitaría discrepancias y transmitiría seguridad a los pacientes en la actuación sanitaria.

7. **Organización de la consulta de los profesionales que se encargan de las urgencias en el centro de salud**

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:

- El profesional (médico/enfermera) que atiende urgencias se dedica exclusivamente a ello, anulándose su agenda ese día.
- 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.
- Los profesionales se organizan en turnos (por ejemplo, de dos horas) a lo largo de la jornada laboral en los que se bloquea la agenda y sólo se atienden las urgencias que pudieran plantearse durante ese periodo de tiempo. Esto requiere rigor con los tiempos, puesto que los retrasos generarían conflictos, además de mayor complejidad en la organización.
- Si se determina que la accesibilidad al C S sea máxima (24h /365d) y se acepta la exigencia del paciente (lo quiero ya) justificada o no y lo que se pretende es que esta demanda de urgencias/no demorables no influya en la dinámica de las consultas y en su demora, no hay otra solución que crear puestos para MAP/ENF cuya función sea hacerse cargo diariamente de esta demanda, domicilios urgentes incluidos, imprevisible y que se integren en el equipo o ampliar horas PAC/PAS

8. Organización de la atención domiciliaria urgente.

- **En horario de centro de salud**

Es imprescindible que las urgencias que motivan el abandono sin demora de la consulta en el centro de salud se atiendan por el CICU y por un dispositivo específico. La resolución de esa urgencia no debería caer sobre los médicos del EAP sino sobre el SES. Debería mantenerse dispositivo de urgencias a domicilio en todo el horario, dado el conflicto que supone tanto para profesionales como para pacientes la necesidad de interrumpir la atención de pacientes citados para desplazarse a un domicilio. Debería garantizarse que este dispositivo tuviera acceso a la HCE de los pacientes

- En horario de PAC/PAS

- La necesidad de atención domiciliaria ha de estar motivada por una causa clínica. El no disponer en domicilio de antitérmicos, no disponer de vehículo, u otros motivos no clínicos, deberán solventarse por otros recursos (no debería pasar del filtro del 112)
- Dado que no hay ningún filtro en las solicitudes de atención domiciliaria priorizadas por el 112 como 3,4 o 5, el primer contacto con el domicilio será preferentemente telefónico. Esto permitirá confirmar la necesidad de asistencia en domicilio, revisar la HCE y asegurar que se incluye en el maletín el material necesario para prestar la atención requerida. La pandemia nos ha “ayudado” a racionalizar el tema, en los PAS se ha pasado de 25-30 visitas domiciliarias al día, de media, a 5-10.
- Ante la solicitud de atención urgente en domicilio el equipo asistencial estará formado por profesional de medicina y enfermería, salvo que tras el contacto telefónico el equipo asistencial tenga claro que es suficiente la presencia de un solo profesional. (En muchas ocasiones, la familia o el paciente no tienen conciencia de la gravedad real de la situación. Incluso para la certificación de un exitus, se pueden plantear situaciones conflictivas que hacen preferible la presencia de los dos profesionales. Este punto supone el incremento de profesionales de enfermería en los PAS.
- Es necesario que los profesionales de atención continuada tengan acceso a la HCE cuando están en los domicilios (portátil o Tablet con tarjeta de datos)
- Si la patología por la que se atiende al paciente en el PAC/PAS hace necesaria la baja laboral, esta deberá ser emitida por el facultativo

que le ha atendido. (Baja y alta en procesos cortos, y baja con cita para parte de confirmación en su médico en el resto de los casos)

- El Parte de defunción cuando en la Historia Clínica de Abucasis u Orion está registrado el proceso patológico del fallecido debería certificarlo el facultativo del PAS/PAC, salvo causa justificada.

9. Características estructurales de la sala de urgencias que deberían garantizarse:

- Fácilmente accesible para los usuarios, 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.
- Convenientemente señalizada mediante un cartel que la identifique como sala de urgencias. En los centros con menos 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 urgencia.
- 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 de altura ajustable, cómoda, con porta goteros, 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.
- 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.
- 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.

10. Dotación adecuada y organización de los botiquines de urgencias y maletines de avisos Anexos 1-4.

- En las zonas más alejadas se valorará la necesidad de incrementar este material o medicación en la comisión de urgencias departamental.
- Todos los centros, PAC y PAS debían de disponer de un dispositivo tipo KARDIAMOBILE (AliveCor) y un smartphone que permitiera realizar ECG en domicilio en situaciones de urgencia, y mejorara su capacidad diagnóstica.
- Es necesario normalizar el transporte de la bombona de oxígeno en los vehículos de los PAC y PAS con el necesario anclaje.

11. Indicador de resolución de urgencias en los centros de salud

Debería establecerse un indicador que valorara la proporción de atenciones en dispositivos de urgencias/total de atenciones que recibe un individuo, que reflejaría la capacidad de los EAP de resolver los problemas de sus pacientes. Aunque puede estar influenciado por otros factores (cercanía del punto de urgencias, características socioeconómicas y disponibilidad de dispositivos de sanidad privada...) Sería útil disponer de esos datos y al menos, poder compararse en el tiempo consigo mismos.

De las recomendaciones aportadas, consideramos que podrían implementarse a corto plazo las 1, 5,6, 7. La 2,3,4,8, 9,10 y 11 a la mayor brevedad.

2. ANEXOS

2.1. Anexo 1: Contenido CARRO PARADAS

1.-EQUIPO RESPIRATORIO	CANTIDAD
Ambú adulto con válvula de conexión y reservorio	1
Mascarillas transparentes triangulares del 2-3-4 5 y 6	1 de cada
Tubuladura conexión a oxígeno	2
Mascarilla Venturi adulto (Ventimask)	2
Mascarilla Venturi pediátrica (Ventimask)	1
Gafas nasales adulto	4
Cánulas de Guedel (00-0-1)	1 de cada
Cánulas de Guedel (2-3-4-5)	2 de cada, excepto del 5 solo 1
Mascarillas laríngeas (1-1,5-2-2,5-3-4-5)	1 de cada
Tubo endotraqueal con balón (6,5-7,5-8)	1 de cada
Fiador tubo endotraqueal adulto	1
Fiador tubo endotraqueal pediátrico	1
Pinzas de Magill	1
Laringoscopio con palas curvas	1
Sondas de aspiración (8-10-14 y 16 Fr)	1 de cada
Pilas de repuesto LR-14 Alcalina	2
Venda de gasa	2
Lubricante Hidrosoluble	6
Esparadrapo	2
Gasas	5 paquetes
Jeringa 10 ML (para balón tubos)	2
Jeringa 20 ML (para balón mascarillas)	1
Cánula de aspiración rígida Yankauer	1

2.-EQUIPO DE PERFUSIÓN Y SUEROS	CANTIDAD
Agujas de carga medicación (punta roma)	6
Agujas Intramusculares	6
Agujas Subcutáneas	6
Angiocatéteres tipo corto (Abbocath) n.º 18-20-22 y 24	3 de cada
Jeringas de 2, 5 y 5 ML	5 de cada
Jeringas de 1 ML	3
Equipos de perfusión	4
Tapones Heparinizados	3
Llave de tres vías	3
Compresor (torniquete)	2
Esparadrapo	2

Plan de Acción de Atención Primaria (PRI)
PAC/PAS/Urgencias

Apósitos adhesivos transparentes (Tegaderm)	6
Suero Fisiológico 500 ML	1
Suero Fisiológico 100 ML	3
Suero Fisiológico 250 ML	1
Suero Fisiológico 10 ML	4
Suero Glucosado 5% 500 ML	1
Suero Glucosado 20% 500 ML	1
Suero Glucosado 10% 100 ML	1
Ringer Lactato envase cristal 500 ML	1
Gelafundina envase de plástico 500 ML	1
Bicarbonato (Venofusin) 1M 250 ML envase cristal	1
Glucosalino 500 ML	3
Paracetamol 100 ML	1

3.-MATERIAL AUXILIAR	CANTIDAD
Guantes estériles 6-7-8-9	2 de cada
Pantallas de protección	1
Mascarillas protección aerosoles FFP3	3
Mascarillas protección FFP2	3
Paños estériles	2
Tijeras	1
Rasuradoras	2
Parches monitor adulto desfibrilador	1 juego
Parches monitor pediátrico desfibrilador	1 juego
4.-MATERIAL MÉDICO DEL CARRO	CANTIDAD
Contenedor de objetos punzantes	1
Fonendoscopio	1
Bala de Oxígeno	2
Aspirador de secrecciones	1
Glucómetro (con tiras y lancetas)	1
Esfignomanómetro o Tensiómetro	1
Termómetro	1
Saturímetro/Pulsioxímetro	1
Monitor desfibrilador (DESA)	1
Cables conexión parches	1
Guantes talla P/M/G	1 caja de cada
Electrocardiógrafo en sala urgencias	1
Papel para ECG	1 paquete
Electrodos monitor	1 caja

2.2. Anexo 2: Medicación CARRO PARADAS

MEDICACIÓN IV/ IM	CANTIDAD
ADRENALINA (Ampolla 1 mgr/1 ml)	5 Viales IV Bolo/IM
ADRENALINA PRECARGADA 1 mgr/1 ml	2 Bolis SC/IM
ATROPINA 1 mgr./1 ml	5 Viales IV/IM/SC
ACTOCORTINA (Hidrocortisona) 100 mgr.	2 Viales IV lenta/IM
ACTOCORTINA (Hidrocortisona) 500 mgr.	2 Viales IV lenta/IM
ADOLONTA (Tramadol) 100 mgr/2 ml	6 Viales IV gotero/IM
ANCHAFIBRIN 500 mgr/5 ml	5 Viales IV lenta
AMIODARONA (Trangorex) 150 mgr./3 ml.	6 Viales IV en bolo en RCP
ALEUDRINA (Isoprenalina) 0,2 mgr/ml	3 Viales IV en perfusión
AGUA INYECTABLES	4 Viales
BICARBONATO SÓDICO 1/6 M Amp.10 ML	4 Ampollas IV en perfusión
BUSCAPINA (Butilescopolamina) 20 mgr./1ml	5 Ampollas IV lenta/IM/SC
CLORURO DE SODIO 9 mgr./ml	3 Ampollas IV
CLORURO MÓRFICO (Morfina) 10mgr/1ml	3 Ampollas IV lenta/IM/SC **
DIAZEPAN (Valium) 10 mgr./2 ml	6 Viales IV/IM profunda
EUFILINA (Theolair, Teofilina) 200 mgr./10ml	2 Viales IV lenta
FLUMAZENILO (Anexate) 1 mgr./10 ml	4 Viales IV
GLUCOCEMIN/GLUCOSMON	5 Ampollas IV lenta
GLUCAGON	EN NEVERA IV directa/IM/SC
HALOPERIDOL 5 mgr/ml	3 Ampollas IV/IM
MIDAZOLAM (Dormicum) 5 mgr/ml	5 Ampollas IV/IM
NALOXONA Ampollas 0,4 mgr/ 1 ml	4 Viales IV/IM/SC
NOLOTIL (Metamizol) 2g/ 5ml	5 Viales IM/ IV
PRIMPERAN (Metoclopramida) 10 mgr/2 ml	4 Viales IV lenta/IM
POLARAMINE (Dexclorferinamina) 5 mgr/1ml	3 Viales IV/ IM profunda
SEGURIL (Furosemida) 20mgr/2 ml	4 Ampollas IV/IM
SOLINITRINA (Nitroglicerina) 1mgr/ml	3 Ampollas IV en gotero
URBASON (Metilprednisolona) 20 mgr/ml	2 Envases IV/IM
URBASON (Metilprednisolona) 40 mgr./ml	2 Envases IV/IM
VERAPAMILO (Manidón) 2,5 mgr/ml	4 Ampollas IV en bolo
MEDICACIÓN ORAL/INHALATORIA	CANTIDAD
AAS (Ácido acetilsalicílico) 500 mgr	8 comprimidos
ADIRO 300 mgr	4 comprimidos
ADIRO (AAS) 100 mgr	6 comprimidos
ATENOLOL (Tenormin) 50 mgr	6 comprimidos
CAPTOPRIL (Capoten) 25 mgr	4 comprimidos
CAFINITRINA 1/25 mgr.	4 comprimidos
DIAZEPAN (Valium) 5 mgr	6 comprimidos
SUMIAL (Propranolol) 40 mgr	6 comprimidos
SALBUTAMOL (Ventolin) 100 microgr/dosis	2 Envases
**EN BOTIQUÍN DE ESTUPEFACIENTES	

2.3. Anexo 3: Material MOCHILA de URGENCIAS

MOCHILA DE URGENCIAS (MATERIAL)	Firma tras reposición
Kit de acceso venoso completo (Compresor, Tegaderm, Llave de tres vías y Addvocat varios)	
Glucómetro con Lancetas	
Esfigmomanómetro y Fonendoscopio	
Pulsioxímetro y termómetro	
Guantes no estériles	
Contenedor agujas pequeño	
Esparadrapo	
Gasas	
Mascarillas quirúrgicas	
Grapadora suturas	
Suturas varios tipos	
Paño estéril	
Guantes estériles	
Gasa para taponamiento nasal y apósitos	
Espongostan	
Betadine monodosis varios	
Suero Fisiológico	
Suero Glucosado	
MEDICACIÓN ORAL E INHALATORIA	
AAS	
Captopril	
Diazepan	
Cafinitrina	
Ventolín	
Atrovent	

MEDICACIÓN IV/ IM	Firma tras reposición
Adrenalina y adrenalina precargada	
Atropina	
Glucocemín	
Haloperidol	
Adolonta	
Valium	
Ranitidina	
Solumoderín	
Buscapina	
Voltarén	
Polaramine	
Seguril	
Paracetamol	
Trangorex	
Enantyum	
Primperan	
Nolotil	
Actocortina	
Urbason	
Amchafibrin	
Dogmatil	

INSTRUMENTAL	
Pinzas curvas	
Pinzas Pean	
Pinzas Magill	
Cánulas de Guedel	
Mascarilla Venturi	
Ambú	
Kit sondaje vesical (Sondas, lubricante, bolsa diuresis)	

SE RECUERDA REPONER TODO EL MATERIAL UTILIZADO EN CADA SALIDA DOMICILIARIA DE URGENCIAS

2.4. Anexo 4: Tabla Maletín de Urgencias

PRIMER COMPARTIMENTO		SEGUNDO COMPARTIMENTO TAPA	
KIT DE VÍAS COMPLETO	A) VÍAS VENOSAS	B) SUTURAS	C) CURAS
GLUCÓMETRO	GARROTE	GRAPADORA	GASAS
LANCETAS	APÓSITOS TRANSPARENTES	TIJERAS/PORTA/PINZAS	COMPRESAS
TERMÓMETRO	SISTEMA DE GOTERO	SEDAS VARIOS TIPOS	VENDA TIPO CREPÉ
TENSIÓMETRO	LLAVES CON ALARGADERA	CAMPO ESTERIL	ESPONGOSTÁN
PULSIOXÍMETRO	LLAVE DE TRES VÍAS	GUANTES ESTÉRILES	TAPONES NASALES
MASCARILLAS	CATÉTER INTRAVENOSO		HIELO
GUANTES NO ESTÉRILES	GASAS		BETADINE
CONTENEDOR AMARILLO	SUERO FISIOLÓGICO		OPER TAPE
ESPARADRAPO			SUERO FISIOLÓGICO

SEGUNDO COMPARTIMENTO (FONDO)

BOLSA NEGRA MEDICACIÓN IV (ESPECIAL)		BOLSA AZUL MEDICACIÓN IV	BOLSA AMARILLA MEDICACIÓN ORAL		BOLSA ROJA AEROSOLÉS
ADRENALINA	MANIDON	BUSCAPINA	ADIRO 100	OMEPRAZOL	ATROVENT
ADRENALINA PRECARGADA	NALOXONA	VOLTAREN	AAS 500	STESOLID	VENTOLÍN
ATROPINA	ADOLONTA	DOGMATIL	BUSCAPINA	NOLOTIL	BUDESONIDA
BENADON	VALIUM	POLARAMINE	CAPTOPRIL	URBASON 20	
BENERVA	RANITIDINA	SEGURIL	DIAZEPAN	URBASON 40	
FLUMAZENILO	SOLUMODERIN	PARACETAMOL	DIGOXINA	ACTOCORTINA	

GLUCOCEMIN		TRANGOREX	IBUPROFENO	
HALOPERIDOL		ENANTYUM	SEGURIL	
MIDAZOLAN		PRIMPERAN	CAFINITRINA	

MATERIAL FONDO DEL MALETÍN

MASCARILLA VENTURI	PINZA DE MAGILL
CANULAS GUEDEL	KIT DE SONDAJE VESICAL
MASCARILLA LARÍNGEA	SUERO FISIOLÓGICO
AMBÚ CON MASCARILLA	SUERO GLUCOSADO

ES DE SUMA IMPORTANCIA REPONER EL MATERIAL QUE SE UTILICE EN CADA URGENCIA

Propuesta grupo de trabajo

3. COMPONENTES DEL GRUPO DE TRABAJO

Coordinadores del grupo de trabajo:

- **Riera Giner, Fernando.** Enfermero. Dirección Enfermería Hospital General Alicante.
- **Sanmartín Almenar, Ana.** Médica de familia. Dirección Médica Atención Primaria Hospital Clínico.

Coordinadores del grupo de trabajo:

- **Alastrue, Ignacio.** Médico de familia. Subdirector médico Atención Primaria Hospital Clínico.
- **Alos, Sandra.** Enfermera. CS Alfahuir.
- **Bayona Ulloa, Yesid.** Médico de familia CS Hospital Dr. Peset.
- **Calvo, María.** Enfermera. PAS L´Alguer.
- **Carrasco Cuéllar, Jorge.** Médico de familia. CS Museros.
- **Castro Lisarde, Carmen.** Médica de familia. PAS L´Alguer.
- **Cifuentes, Agustí.** Médico de familia. Hospital General Alicante.
- **Cuenca Castelló, Vanesa.** Médica de familia CS Campoamor.
- **Espliguero, Joaquín.** Enfermero. CS San Vicente 2.
- **Fuertes, Antonio.** Médico de familia. Coordinador médico Hospital Arnau de Vilanova.
- **Gálvez Prats, Antonio José.** Enfermero. CS Serrería 0.
- **Ivorra Javaloyes, Ana.** Enfermera. Dirección Enfermería Atención Primaria Hospital General de Alicante.
- **Martínez Bernia, Carmen.** Médica de familia. CS Alboraiá Furs.
- **Martínez Cotillas, Ester.** Enfermera. CS Malvarrosa.
- **Parrilla Valdés, Miguel Ángel.** Enfermero. PAS Sur.
- **Perelló Galarza, Elena.** Auxiliar administrativa. CS Meliana.
- **Romero Cervera, Amparo.** Enfermera. PAC Alfafar.
- **Romero Sánchez, Eva.** Médica de familia. CS Betxí.
- **Sanmartín Almenar, Ana.** Médica de familia. Dirección médica Atención Primaria Hospital Clínico.
- **Simbor Ortega, Jorge.** Médico de familia. Consultorio Auxiliar Vinales.