

Original

Análisis de la calidad asistencial en la actividad externa en un dispositivo de cuidados críticos y urgencias de Atención Primaria

J. C. Navas Herrera*, I. Pérez Montaut-Merino**, S. Melero Muñoz*, J. N. Márquez Ruiz*, F. J. Peña Frago*, F. Fernández Mata*

*TÉCNICO DE TRANSPORTE SANITARIO, **COORDINADOR MÉDICO. DISPOSITIVO DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DCCUAP. DISTRITO SANITARIO COSTA DEL SOL (MÁLAGA).

RESUMEN

Objetivo: Analizar la calidad de la asistencia en el lugar del suceso para demandas de atención urgente consideradas emergencias (prioridad 1) y urgencias no demorables (prioridad 2).

Método: Estudio descriptivo retrospectivo del total de demandas asistenciales consideradas prioridad 1 y 2 recibidas durante 6 meses y atendidas en el lugar del suceso, analizando la edad, sexo, tiempo medio de respuesta, lugar de derivación y patología atendida codificada en CIE 9-MC. **Resultados:** Se atienden 337 demandas asistenciales, siendo la edad media de los pacientes atendidos de 52 años (DE 23), y el 59,1% mujeres. El tiempo medio de respuesta fue de 5 minutos (mediana: 4 minutos y DE 5 minutos). Del total de pacientes atendidos se derivó el 83,9% al hospital, ingresando el 26,8 de estos en unidades de críticos de urgencias hospitalarias. La patología mayoritariamente atendida fueron las lesiones y envenenamientos (35%), seguido de las enfermedades circulatorias (19,9%) y las enfermedades respiratorias (11,6%).

Conclusión: La definición de los servicios de urgencias de Atención Primaria según criterios de calidad, junto con la adecuada dotación de recursos a los mismos, conlleva una mejor calidad asistencial en la atención a urgencias y emergencias en el lugar del suceso.

Palabras Clave: Urgencias de Atención Primaria. Asistencia en el lugar del suceso. Calidad Asistencial.

ABSTRACT

Analysis of health care quality in the outpatient activities of a critical and emergency care system in Primary Health Care

Objective: to analyse the quality of assistance in the request for emergencies priority 1 and priority 2 in the place of occurrence.

Methodology: A descriptive and retrospective study of all the calls for assistance for priority 1 and 2 received at our EMD of primary care in six months and attended to in the place of occurrence, taking into consideration age, sex, response, mean, time, the post destination and the pathology codified in CIE 9-MC.

Results: N=337, mean age 52 (SD 23), female 59,1%. Response mean time: 5 minutes (median: 4 minutes and SD 5 minutes) 83,9% were sent to hospital, of which 26,8% to de critical room. The pathologies of higher frequency were trauma and poisoning (35%), followed by cardiovascular illnesses (19,9%) and respiratory illnesses (11,6%).

Conclusion: The introduction of quality criteria to EMD of Primary Care and the provision of adequate resources results in a higher quality of emergency assistance priority 1 and 2 in the place of occurrence.

Key Words: Emergencies of Primary Care. Medical attention in the place of occurrence. Quality of attention.

INTRODUCCIÓN

Los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias de Atención Primaria (DCCUAP) fueron creados en 1997¹ te-

niendo como funciones, aparte de la asistencia a urgencias y emergencias, las de formación, gestión, prevención y promoción de la salud, y coordinación con otros pilares del sistema integral de atención a urgencias y emergencias de nuestra co-

Correspondencia: Juan Carlos Navas Herrera. Urb. Torreblanca C/El nogal, 2 1.º F - 29640 Fuengirola - Málaga.

Fecha de recepción: 18-1-2000
Fecha de aceptación: 14-11-2000



TABLA 1. Población de derecho asignada al DCCUAP de Las Lagunas en 1999

EDAD	NÚMERO
< De 1 año	940
1-4 años	2.661
5-14 años	11.874
15-64 años	53.849
65 años o más	7.812
Total	77.136

munidad autónoma (servicios de urgencias hospitalarios y Empresa Pública de Emergencias), todo ello enfocado hacia la mejora de la calidad asistencial en urgencias y emergencias.

En este sentido, la Dirección del Distrito Sanitario Costa del Sol transforma el antiguo Servicio Normal de Urgencias en DCCUAP, asignándole la cobertura asistencial de las poblaciones de Mijas y Fuengirola (tabla 1). Los integrantes del DCCUAP, sanitarios y no sanitarios, se plantearon la nueva tarea desde la perspectiva de la calidad asistencial, definiendo su misión, visión de futuro y líneas estratégicas², y adoptando indicadores de calidad destinados a medir la calidad asistencial en la actividad de atención a urgencias y emergencias.

MÉTODOS

El objetivo del presente estudio fue analizar la calidad asistencial en la actividad externa realizada por nuestro DCCUAP, para demandas asistenciales consideradas prioridad 1 (emergencias) y prioridad 2 (urgencias no demorables).

Características del DCCUAP de Fuengirola-Mijas: El DCCUAP Fuengirola-Mijas está ubicado en el Centro de Salud de Las Lagunas (Mijas Costa) y atiende las urgencias y emergencias producidas en la población correspondiente a tres Zonas Básicas de Salud (Fuengirola-Oeste, Fuengirola Boliches y Las Lagunas), tanto in situ, como las que ocurren en domicilio y lugar o vía pública. Para este fin, el DCCUAP cuenta con un área física específica en el Centro de Salud de Las Lagunas que consta de sala de espera, seis zonas de atención (triage, críticos, tres consultas médicas, una de ellas transformable en segunda consulta de críticos y una sala de curas de enfermería), área de tratamientos cortos y evolución dotada de dos camas y tres sillones, almacén de materiales de urgencias, aseos y sala de estar del personal de guardia. Usamos el modelo de historia clínica informatizada del Servicio Andaluz de Salud (SAS) para la atención a urgencias y emer-

gencias y contamos con seis puestos informáticos (recepción y cinco áreas de atención).

Por asistencia externa entendemos tanto la realizada en domicilio, lugar público, vía pública urbana y/o interurbana como el transporte asistido de pacientes desde el DCCUAP a los hospitales de referencia (cronas en tabla 2). Para esta misión contamos con dos ambulancias medicalizadas con base en el DCCUAP y conectadas mediante radio y telefonía móvil con el mismo.

Para el desarrollo de las funciones del DCCUAP existe un personal específico del mismo formado por 10 médicos, 9 enfermeras, cuatro celadores, un auxiliar administrativo y un auxiliar de enfermería, en turnos diarios, apoyados por 24 equipos EBAP (médico y enfermera) en turnos rotatorios horarios y diarios.

Flujo de pacientes: En este apartado nos referimos exclusivamente a lo relacionado con la asistencia fuera del DCCUAP. Generalmente la demanda asistencial externa se recibe vía telefónica, pudiendo ser el agente alertante el mismo paciente o un familiar o persona de su entorno, aunque a veces la demanda es formulada personalmente por algún familiar del paciente u otra persona que presencia el suceso. Otros agentes alertantes frecuentes son el centro coordinador 061, las policías local y nacional y la guardia civil, especialmente en accidentes de tráfico urbanos e interurbanos. En todos los casos, un médico del DCCUAP atiende tal demanda asistencial y tras la anamnesis rápida le asigna una prioridad según el cuadro adjunto (tabla 3). En función de la prioridad asignada y del grado de saturación en ese momento, la demanda asistencial es atendida por un equipo del DCCUAP o por una dotación del 061. El control documental de la salida se lleva a cabo mediante un registro doble del suceso, con una ficha rellenada por admisión y una hoja de salida rellenada por el equipo asistencial. Si el paciente tiene historia clínica pre-

TABLA 2. Cronas y kilómetros (km) desde las distintas zonas de cobertura hasta el DCCUAP y el Hospital de referencia

ÁREAS	DCCUAP LAS LAGUNAS		HOSPITAL COSTA DEL SOL	
	KM	CRONA	KM	CRONA
Fuengirola Oeste	3	4 min	30	20 min
Mijas-La Cala	9	15 min	15	10 min
Los Boliches	4	5 min	27	25 min
Las Lagunas	0	0 min	30	20 min
Mijas pueblo	8	12 min	37	35 min
Torreblanca	6	10 min	27	25 min
Valtocado Osunilla	12	18 min	40	43 min
Enterríos	7	15 min	37	35 min

TABLA 3. Prioridades según motivo de demanda asistencial

PRIORIDADES DE PATOLOGÍA URGENTE Y EMERGENTE	
PRIORIDAD 1	
Dolor torácico con cardiopatía previa Dificultad respiratoria grave Inconscientes Atragantamientos Parto inminente (bolsa rota y/o Contracciones) Convulsiones (o estados postcríticos)	Dolor torácico en paciente >40 años con palidez o sudoración y que refiere el dolor con la mano abierta sobre la zona de la corbata Grandes quemados Quemaduras en cara, manos, pies y genitales Heridas penetrantes en tórax o abdomen
PRIORIDAD 2	
Cólicos nefríticos con dolor intenso Dificultad respiratoria moderada Dolor abdominal con afectación del estado general (especialmente fiebre y vómitos) Reacciones alérgicas graves Traumatismos en brazos y piernas con sospecha de fracturas Traumatismos torácicos o abdominales y afectación del estado general Heridas en cabeza Resto de quemaduras Palpitaciones con antecedentes cardiológicos	Malestar general con sensación de enfermedad (palidez, fiebre, mala cara) Embarazada con dolor y/o que sangra Dolores de cabeza de inicio brusco relacionados con esfuerzos (+ en HTA) Dolores torácicos bien tolerados y señalados a punta de dedo Intoxicaciones Golpe en cabeza con mareos o vómitos o pérdida transitoria de consciencia ECG urgente derivado del Centro de Salud Picaduras graves (pez araña, serpiente, etc.).
PRIORIDAD 3	
Síndrome febril del lactante y niño pequeño Vómitos y diarrea Dolores de cabeza habituales (jaquecas) Dolor de cabeza y mareos Torceduras de tobillo Malestar general bien tolerado Palpitaciones sin antecedentes cardiológicos	Dificultad respiratoria leve Dolores de cabeza con buen estado general Cuerpos extraños en faringe y/o ojos Traumatismos en dedos de manos y pies Dolor al orinar (+ fiebre es prioridad 2) Heridas en general
PRIORIDAD 4	
Síndrome febril bien tolerado Resfriados y tos Infecciones localizadas (dedos, piel) Síndrome de abstinencia (en detenidos preguntar motivo de asistencia) Revisiones de Rx, vendajes, curas, etc. Controles de glucemia, TA, Comburtest, etc. Consulta médica	Dolores articulares y musculares no traumáticos (espalda, cintura, piernas, etc.) Erupción urticarial y manchas sin fiebre Mareos con buen estado general Heridas leves (erosiones) y mordeduras Aerosoles e inyectables programados Dolores localizados (garganta, oídos, muelas, etc.)

via, esto es, si consta en el archivo informático de historias clínicas por episodios anteriores, se abre nuevo suceso en su historia clínica simultáneamente a la salida del equipo asistencial (activación). En caso contrario, se realiza historia clínica manual en el lugar del suceso y posteriormente se informatiza. Frecuentemente, la unidad o unidades que se encuentran realizando asistencia externa, reciben una nueva demanda asistencial externa al dar el estatus de disponible por radio o telefonía móvil, anotándose la hora y minutos de la recepción de la llamada desde el DCCUAP como hora de activación.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo del total de asistencias externas de prioridad 1 y 2 realizadas entre enero y junio de 1999 por el DCCUAP mediante la revisión de las hojas de salida. Se analizan las variables de sexo, edad, agente alertante, tiempo medio de respuesta (diferencia entre la hora del contacto físico con el paciente y la hora de activación medida en minutos), destino final del paciente y patología atendida, codificada y agrupada en grupos diagnósticos CIE 9-MC. El número de demandas asistenciales se revisan tanto en las hojas de salida como en las hojas de recepción de



demanda asistencial externa. Datos procesados en paquete estadístico SPSS 6.1 para Windows.

RESULTADOS

Entre los meses de enero y junio de 1999 se atienden 41.128 demandas asistenciales en el DCCUAP, de las que 5.844 son asistencias externas (14,2%). De las asistencias externas, 346 (5,9%) son consideradas prioridad 1 y 2, desestimándose 9 de ellas por no existir contacto físico con el paciente (demandas falsas). Se asisten 337 pacientes de los que 11 (3,3%) son exitus a la llegada del equipo. La edad media de los pacientes asistidos es de 52 años (DE=23 años) con un rango de 1 a 98 años. En cuanto al sexo, 138 (40,9%) son varones y 199 (59,1%) son mujeres. En la tabla 4 se expone la relación edad-sexo de los pacientes asistidos agrupados por edades. En lo relativo a la frecuencia de los agentes alertantes, éstos se exponen en la tabla 5. La activación directa hace referencia a aquellos pacientes que ingresan en el DCCUAP con

TABLA 4. Edad y sexo de los casos atendidos

EDAD AGRUPADA	SEXO		TOTAL	
	V	M	N.º CASOS	%
<15	5	6	11	3,2%
15 a 24	22	32	54	16,1%
25 a 34	13	24	37	10,8%
35 a 44	7	19	26	7,7%
45 a 54	15	26	41	12,1%
55 a 64	17	26	43	12,7%
65 a 74	25	38	63	18,8%
>74	34	28	62	18,6%

TABLA 5. Fuentes de activación (agentes alertantes) de asistencia externa

ACTIVADOS POR	N.º CASOS	%
DCCUAP (aviso o activación directa)	191	57,7%
CENTRO COORDINADOR 061	88	26,1%
POLICÍA LOCAL	33	9,8%
POLICÍA NACIONAL	9	2,7%
GUARDIA CIVIL	12	3,6%
OTROS	4	1,2%

prioridad 1 y 2 y necesitan transporte asistido hasta el hospital de referencia (10,4%).

El principal motivo de activación fue la enfermedad común (60,5%), seguido de los accidentes casuales (20,5%), accidentes de tráfico (14,5%) y accidentes laborales (4,5%).

El 79,3% (267) de las asistencias se llevan a cabo en núcleos urbanos y el 20,7% (70) en zonas interurbanas. El tiempo medio de respuesta fue de 5 minutos (DE=5; mediana: 4 minutos), siendo inferior a 10 minutos en el 82,5% (278) de los casos y superior a 10 minutos en el 17,5% (59), estando más de la mitad del total de casos (58,5%) entre 1 y 5 minutos. Para valorar la adecuación de la prioridad asignada y la real del paciente usamos el destino final del paciente (derivación hospitalaria o no derivación) como indicador, estableciendo tres posibilidades: el paciente queda en el lugar del suceso tras la intervención del equipo, el paciente es trasladado al hospital de referencia e ingresa en el área de urgencias y/o área de observación, y el paciente es trasladado al hospital de referencia ingresando en área de críticos. De los pacientes asistidos, 54 (16%) quedaron en el lugar del suceso, 207 (61,4%) ingresaron en urgencias/observación y 76 (22,6%) ingresaron en área de críticos. Las derivaciones hospitalarias se realizaron a un hospital de primer nivel en 255 ocasiones (75,7%), a un hospital de segundo nivel en 16 ocasiones (4,7%) y a un hospital de tercer nivel (quemados graves y TCE con índice de Glasgow<8) en 12 ocasiones (3,6%). Se realizaron maniobras de Soporte Vital Avanzado en 8 ocasiones, recuperando a 6 pacientes (dos fallecieron posteriormente en el hospital) y sin éxito en dos ocasiones. En la tabla 6 se expone la relación entre los tiempos de respuesta y destino final de los pacientes asistidos.

La patología atendida por grupos diagnósticos CIE 9-MC se relaciona en la tabla 7. En la misma tabla se muestra el destino final de los pacientes según grupos diagnósticos. En el DCCUAP se emplea una selección de códigos diagnósticos CIE 9-MC (previamente validada) aplicados a urgencias y emergencias desarrollada por el grupo de trabajo en codificación diagnóstica, dentro de la Comisión de Calidad del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias, formado por médicos dedicados a urgencias y emergencias de Atención Primaria y hospitales.

Los grupos diagnósticos predominantes fueron las lesiones y envenenamientos, destacando el traumatismo craneoencefálico con pérdida de conciencia, las fracturas de extremidades inferiores y las intoxicaciones intencionales con fines autolíticos; dentro de las enfermedades circulatorias el síndrome coronario agudo, infarto agudo de miocardio y angina inestable, y el accidente cerebrovascular agudo; y en las enfermedades respiratorias la enfermedad pulmonar obstructiva crónica descompensada.

TABLA 6. Tiempo medio de respuesta y destino final de los pacientes

TIEMPO MEDIO DE RESPUESTA (activación-contacto físico con el paciente)	DESTINO FINAL DE PACIENTES			TOTAL CASOS
	QUEDAN EN DOMICILIO	URGENCIAS GENERALES HOSPITAL	UNIDAD DE CRÍTICOS HOSPITAL	
<1 minuto		14 (40,0%)	21 (60,0%)	35 (10,4%)
1 a 5 minutos	39 (19,8%)	130 (66,0%)	28 (14,2%)	197 (58,5%)
6 a 10 minutos	9 (19,6%)	29 (63,0%)	8 (17,4%)	46 (13,6%)
11 a 15 minutos	5 (14,7%)	21 (61,8%)	8 (23,5%)	34 (10,1%)
>16 minutos	1 (4,0%)	13 (52,0%)	11 (44,0%)	25 (7,4%)

TABLA 7. Destino final de los pacientes según grupos diagnósticos CIE 9-MC

GRUPOS DIAGNÓSTICOS CIE 9 - MC	DESTINO FINAL DE PACIENTES			TOTAL CASOS
	DOMICILIO	URGENCIAS HOSPITAL	UNIDAD DE CRÍTICOS HOSPITAL	
Enf. Endocrinas (Grupo 3 CIE 9-MC)	5 (45,5%)	3 (27,3%)	3 (27,3%)	11 (3,3%)
Alt Mentales (Grupo 5 CIE 9-MC)	11 (39,2%)	16 (57,2%)	1 (3,6%)	28 (8,4%)
Enf. Neurológicas (Grupo 6 CIE 9-MC)		7 (100%)		7 (2,1%)
Enf. Circulatorias (Grupo 7 CIE 9-MC)	8 (11,9%)	37 (55,2%)	22 (32,8%)	67 (19,9%)
Enf. Respiratorias (Grupo 8 CIE 9-MC)	4 (10,3%)	23 (59,0%)	12 (30,8%)	39 (11,6%)
Enf. Digestivas (Grupo 9 CIE 9-MC)		11 (73,3%)	4 (26,7%)	15 (4,5%)
Enf. Genitourinarias (Grupo 10 CIE 9-MC)		1 (100%)		1 (100%)
Embarazo (Grupo 11 CIE 9-MC)		1 (50,0%)	1 (50,0%)	2 (100%)
Síntomas y signos mal definidos (Grupo 16 CIE 9-MC)	18 (47,4%)	17 (44,7%)	3 (7,9%)	38 (11,3%)
Traumatología (Grupo 17 CIE 9-MC)	6 (5,1%)	84 (71,2%)	28 (23,7%)	118 (35,0%)
Sin diagnóstico (no consta en historia clínica)	2 (18,2%)	7 (63,6%)	2 (18,2%)	11 (3,3%)

sada y el asma bronquial con broncoespasmo. Se codificó el 96,7% de los diagnósticos emitidos, no ajustándose a ningún código específico el 3,3% de los diagnósticos.

Todos los casos fueron comprobados a las 24 h siguientes a la transferencia hospitalaria, mediante consulta directa con la unidad de admisión de urgencias hospitalaria, con alta hospitalaria en el 60% de los casos tras permanencia en área de

observación durante un mínimo de 12 horas e ingreso del 40% restante en UCI y plantas médica y/o quirúrgica.

Las historias en las que no fue posible la codificación, la causa detectada consistió en la falta de especificación y/o localización de la lesión (corresponden a intoxicaciones intencionales con fines autolíticos por fármacos donde no se menciona el agente y a traumatismos sin mención de la zona afectada).



DISCUSIÓN

La asistencia de una demanda de atención sanitaria urgente en el lugar donde ésta se produce es uno de los mayores avances de la Medicina de urgencias y emergencias. Gracias al equipamiento de los vehículos de transporte sanitario con el material necesario, principalmente monitor desfibrilador, equipos de apertura de vía aérea y de canalización de accesos venosos, medicación de urgencias y material de inmovilización, y al personal entrenado específicamente para la resolución de tales demandas asistenciales, hemos conseguido simultáneamente reducir tiempos de asistencia y aumentar la probabilidad de supervivencia. Según nuestra experiencia, el grupo de edad que mayoritariamente demanda este tipo de asistencia en el lugar del suceso son personas de edad superior a 65 años (37,4%), dato también contrastado por otros estudios publicados³⁻⁵. También el sexo de las personas demandantes fue predominantemente femenino. Los agentes alertantes fueron principalmente los familiares de estos pacientes⁶, aunque las fuerzas de orden público predominaron sobre los espectadores en casos de accidentes ocurridos en vías urbanas o interurbanas.

En lo referente al tiempo medio de respuesta, a diferencia de otros sistemas de asistencia en el lugar del suceso que contabilizan este tiempo como la diferencia entre la salida y la llegada al lugar del suceso, nosotros optamos por medirlo desde la salida del equipo hasta el contacto físico (hablar o tocar al paciente) a la vista de artículos acerca de las barreras físicas que modifican estos tiempos⁷, que hablan de hasta 2 minutos de diferencia en el tiempo medio de respuesta según existan o no tales barreras. Nuestro tiempo medio de respuesta es similar al referido por otros autores⁸⁻¹⁰ que también diferencian entre asistencia en medios urbanos y rurales, aunque consideramos que la medida aislada del tiempo medio de respuesta no es un indicador que permita comparaciones entre sistemas, ya que está muy influenciado por el tamaño de la zona geográfica de cobertura.

Hemos podido comprobar (en un estudio distinto no concluido) cómo los pacientes perciben de forma diferente tanto los tiempos de respuesta como los tiempos de actuación *in situ* y transferencia al hospital receptor, sobredimensionando el primero de ellos e infraestimando los otros dos¹¹, lo que atribuimos a la sensación de seguridad que transmiten los equipos que atienden estas urgencias y emergencias. Respecto a la percepción del paciente y familiares acerca de la actuación *in situ*, también coincidimos con Doering¹² en que el aspecto más valorado no es el tiempo de respuesta ni la calidad del tratamiento administrado, sino la amabilidad y cortesía con la que se trata al paciente, hecho que nos obliga a no olvidar que la calidad asistencial no sólo es la calidad científico técnica demostrada, sino también la percibida por el paciente o sus

familiares, generalmente personas legas en Medicina de urgencias y emergencias a los que poco impresiona hoy en día el despliegue de aparataje en el lugar del suceso, pero personas sensibles a un trato cordial y tranquilizador.

La proporción de transferencias al hospital, así como el tipo de hospital (nivel hospitalario) al que fueron trasladados estos pacientes es consecuente con la gravedad de la patología detectada¹³, ya que nuestro principal hospital de referencia es de nivel 1 (comarcal) y dispone de UCI, por lo que los síndromes coronarios agudos, emergencias respiratorias, cuadros quirúrgicos, traumatología quirúrgica, etc., fueron transferidos al mismo.

Al no disponer de unidad de neurocirugía ni unidad de quemados, estos casos, así como los politraumatizados graves, fueron transferidos a un hospital de nivel III (regional). Las urgencias psiquiátricas (cuadros psicóticos graves e intoxicaciones autolíticas graves) y algunos traumatismos craneoencefálicos de Glasgow entre 13-11 fueron transferidos a un hospital de segundo nivel (provincial). Estos hospitales se encuentran a la misma croma (30 minutos) del DCCUAP.

Creemos que el nivel alcanzado en codificación diagnóstica es bastante alto, teniendo en cuenta que la codificación diagnóstica en urgencias y emergencias de Atención Primaria es un hábito poco extendido, si bien hay que insistir en la descripción exacta del diagnóstico para conseguir una codificación de calidad que permita la comparación por patologías.

En nuestra experiencia, predominan los traumatismos y envenenamientos, hecho que atribuimos a la cercanía de una autovía con alto índice de siniestralidad, y a que el tiempo de estudio coincide con las obras en una autopista, lo que conlleva un elevado riesgo de accidentes de tráfico con múltiples víctimas y accidentes laborales.

En conclusión, podemos afirmar que tanto con la creación de los equipos específicos de emergencias como con la adecuación de los equipos de atención a urgencias y emergencias de Atención Primaria, se consigue una mayor resolución en la atención a urgencias en el lugar del suceso¹⁴, logrando un mayor índice de supervivencia a estos eventos. Las Administraciones sanitarias de las respectivas Comunidades Autónomas deben potenciar estos recursos, pero siempre desde la perspectiva de la calidad asistencial, tanto científico-técnica como la percibida por el usuario.

AGRADECIMIENTO

Queremos agradecer a la Dirección del Distrito Sanitario, especialmente a Carmen Cortes Martínez, y a todos nuestros compañeros del DCCUAP Fuengirola-Mijas su colaboración en la realización de este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Orden 1/97 de la Gerencia del Servicio Andaluz de Salud. Sevilla, Enero 1997.
- 2- Pérez-Montaut Merino I. Calidad Asistencial en Urgencias de Atención Primaria. *Rev Cal Asistencial* 1997; 5:252-5.
- 3- Pérez Izquierdo JM, Torres Gavara T, Torres Gavara E. Urgencias Geriátricas prehospitalarias. Morbilidad y utilización en la ciudad de Valencia. *Emergencias* 1999;11:267-73.
- 4- Gómez Moraga A, Gómez García P, Rodríguez Fernández E, Aledo Díaz MM. Estudio de las derivaciones de un servicio de urgencias extrahospitalario.
- 5- Víctor CR, Peacock JL, Chazot C, Walsh S, Holmes D. Who calls 999 and why? A survey of the emergency workload of the London Ambulance Service. *J Accid Emerg Med* 1999; 16:174-8.
- 6- Meron G, Frantz O, Sterz F, Mullner M, Kaff A, Laggner AN. Analysing calls by lay persons reporting cardiac arrest. *Resuscitation* 1996;32:23-6.
- 7- Campbell JP, Gratton MC, Salomone JA, Watson WA. Ambulance arrival to patient contact: the hidden component of prehospital response time intervals. *Ann Emerg Med* 1993;22:1254-7.
- 8- Einarsson O, Jakobsson F, Sigurdsson G. Advanced cardiac life support in the prehospital setting: the Reykjavik experience. *J Intern Med* 1989;225: 129-35.
- 9- Brismar B, Dahlgren BE, Larsson J. Ambulance utilization in Sweden: analysis of emergency ambulance missions in urban and rural areas. *Ann Emerg Med* 1984;13:1037-9.
- 10- Grossman DC, Kim A, Macdonald SC, Klein P, Copass MK, Maier RV. Urban-rural differences in prehospital care of major trauma. *J Trauma* 1997; 42:723-9.
- 11- Harvey AL, Gerard WC, Rice GF Jr, Finch H. Actual vs perceived EMS response time. *Prehosp Emerg Care* 1999; 3:11-4.
- 12- Doering GT. Customer care. Patient satisfaction in the prehospital setting. *Emerg Med Serv* 1998;27:71-4.
- 13- Morrissey MA, Ohsfeldt RL, Johnson V, Treat R. Trauma patients: an analysis of rural ambulance trip reports. *J Trauma* 1996;41:741-6.
- 14- Absalom AR, Bradley P, Soar J. Out-of-hospital cardiac arrest in an urban/rural area during 1991 and 1996: have emergency medical service changes improved outcome? *Resuscitation* 1999;40:3-9.