


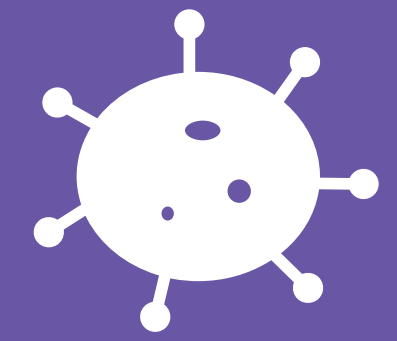


Códigos de activación y prealerta de emergencia en procesos tiempo dependientes

	Cuándo activar	Qué hacer	Cómo activar el Código
 INFARTO	1 Dolor torácico típico o atípico. + ECG con elevación ST \geq 2 mm. en > 2 derivaciones.	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de SCACEST. • Hora de inicio del dolor. Indicación de reperfusión. • Monitorización continua. Constantes (TA, Sat O₂). • Valoración hemodinámica. Killip. • Vía venosa. Tratamiento del dolor. • Tratamiento de las complicaciones (FV, hipotensión). • Activación código IAM. Llamada única. 	<ul style="list-style-type: none"> • Llamada centro coordinador 061. • Edad y sexo. • Hora inicio síntomas (tiempo de evolución del cuadro). • Diagnóstico / descripción del ECG. Indicación de reperfusión. • Situación hemodinámica. • Confirmación por CCU de la estrategia posible. • Si no es posible ICPp: Contraindicaciones y posibilidad de fibrinólisis <i>in situ</i>. • Antecedentes conocidos de interés.
2 Dolor torácico típico. + BRI o ritmo de marcapasos.			
3 Descenso de ST \geq 6 derivaciones y ascenso en aVR.			
 ICTUS	1 <ul style="list-style-type: none"> • Déficit neurológico agudo. • Puntuación escala Rankin \leq 2. • Tiempo transcurrido desde inicio de los síntomas menor de 24 horas. • Ausencia de enfermedad terminal. • Ausencia de demencias moderadas o graves. 	<ul style="list-style-type: none"> • ECG 12 derivaciones. • Glucemia > 150, tratar. • TAS > 180 o TAD > 105, tratar. • Temperatura \geq 37'5^o, tratar. • Vigilar nivel de conciencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Llamada centro coordinador 061. • Hora inicio síntomas (tiempo de evolución del cuadro). • Focalidad neurológica. • Escala Rankin (puntuación). • Antecedentes conocidos de interés (anticoagulado, diabetes...).
 TRAUMA	1 Trauma Score Revisado (TSR) < 12. ECG < 13 TAS < 90 FR < 10 / > 29	C - A - B - C - D - E <ul style="list-style-type: none"> • Control de hemorragias exanguinantes. Extremidades: torniquetes. Axilas/ingles/cuello: empaquetado. • Manejo de vía aérea con control cervical. Asegurar vía aérea permeable. • Manejo de ventilación y oxigenación. Lograr ventilación efectiva con SatO₂ > 95%. • Control circulatorio y manejo del shock. TAS > 90 mmHg (si TCE TAS > 100 mmHg). • Manejo de déficit neurológico y analgesia. Detectar y tratar focalidad neurológica+control del dolor. • Exposición y control térmico. Detectar lesiones ocultas y evitar hipotermia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Llamada centro coordinador 061. • Edad y sexo. • TSR global y desglosado. • Mapa lesional. • Medidas de soporte. • Antecedentes conocidos de interés.
2 TSR = 12 + lesión anatómica grave. Fractura: Cráneo-pelvis-volet costal dos o más huesos proximales / extremidades con compromiso vascular. Amputación proximal muñeca / tobillo. Trauma penetrante: cabeza-cuello-axilas-ingles-tórax-abdomen. Lesiones +> 10% SCQ 2º grado. Lesiones térmicas en vía aérea.			
 SEPSIS	Datos / sospecha infección <ul style="list-style-type: none"> + 1 Alteración estado mental (GCS < 15). + 2 TAS \leq 100 mm. Hg. + 3 Taquipnea (\geq 22 rpm). 	<ul style="list-style-type: none"> • Oxígeno: objetivo Sat O₂ 94-98%. • Fluidoterapia: objetivo TAS > 90% o TAM > 65. • Mantener glucemia < 180 mg/dL. • Antibioterapia i.v. • Antitérmicos, si precisa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Llamada centro coordinador 061. • Edad y sexo. • Sospecha clínica (comorbilidades). • Hora inicio síntomas (tiempo de evolución del cuadro). • Tratamiento administrado. • Antecedentes conocidos de interés.