

**PROTOSCOLOS DE  
COORDINACIÓN  
DE LA ASISTENCIA  
EXTRAHOSPITALARIA  
URGENTE Y  
EMERGENTE DEL  
SISTEMA  
SANITARIO  
PÚBLICO DE  
ANDALUCÍA**

**PROTOSCOLOS DE  
COORDINACIÓN DE LA  
ASISTENCIA  
EXTRAHOSPITALARIA  
URGENTE Y  
EMERGENTE DEL  
SISTEMA SANITARIO  
PÚBLICO DE  
ANDALUCÍA**

## AUTORES

### DIRECCION GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA Y RESULTADOS EN SALUD



**José María Álvarez Rueda.** Subdirector Asistencial Empresa Pública de Emergencias Sanitarias.

**Francisco José Ávila Rodríguez.** Coordinador Asistencial del Servicio Provincial 061 Cádiz. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias.

**Auxiliadora Caballero García.** Médico Responsable de Proceso Asistencial. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias.

**José Manuel Calderón de la Barca Gázquez.** Jefe de Sección de Urgencias. Subdirector de estructura física y recursos del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias.

**Antonio Fernández Nátera.** Médico, Director de la UGC del Servicio de Urgencias de Atención Primaria del Distrito Bahía de Cádiz - La Janda.

**José Javier García del Águila.** Director Asistencial. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias.

**Juan Iglesias Díaz.** Técnico de Coordinación de Gestión y Evaluación. Subdirección de Gestión Sanitaria. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud.

**Luis Jiménez Murillo.** Jefe de Servicio y Director de la UGC de Urgencias del Hospital Reina Sofía de Córdoba. Director del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias.

**Manuel López Serrato.** Subdirector de Coordinación de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria.

**Ana Isabel Martínez García.** Médico. Directora UGC del Servicio de Urgencias de Atención Primaria del Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce.

**Francisco Javier Montero Pérez.** Facultativo Especialista de Área de Urgencias. Subdirector de gestión clínica, formación e investigación del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias.

**Félix Plaza Moreno.** Director del Servicio Provincial 061 Málaga. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias.

**Luis Olavarría Govantes.** Director Gerente. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias.

**Pedro H. Rojas Parras.** Médico. Servicio de Urgencias de Atención Primaria del AGS Sur de Córdoba. Subdirector para las urgencias extrahospitalarias del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias.

**Martín Tejedor Fernández.** Subdirector de calidad y seguridad del paciente del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias

**David Linares Toro,** Médico. Director de la UGC del Servicio de Urgencias de Atención Primaria del Distrito Condado-Campiña.

**José Manuel Uribe Sarabia.** Médico. Coordinador de Sistemas. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias.

## I. OBJETIVOS



Facilitar al ciudadano desde cualquier teléfono el **acceso de forma inmediata al sistema integral de urgencias y emergencias** en toda la Comunidad Autónoma, a través de números de marcación reducida (061) o de marcación tradicional (teléfono de urgencias provincial de 9 cifras).



## I. OBJETIVOS

Establecer un **sistema de clasificación de la demanda** de asistencia alineado con los sistemas de triaje de los servicios de urgencias de hospital y de atención primaria.



<b>GRUPO 1</b>	Los pacientes pasan directamente a la sala de Procedimientos Especiales
<b>GRUPO 2</b>	Los pacientes tienen una prioridad muy alta
<b>GRUPO 3</b>	Los pacientes tienen una prioridad alta
<b>GRUPO 4</b>	Los pacientes tienen una prioridad moderada
<b>GRUPO 5</b>	Los pacientes tienen una prioridad normal

## I. OBJETIVOS



Mejorar y **homogeneizar la respuesta** en las situaciones de urgencias y emergencias.



## I. OBJETIVOS



Garantizar una **respuesta eficaz y eficiente**. La asistencia debe prestarse con el recurso y en el lugar adecuados.

## I. OBJETIVOS



Mejorar los sistemas de información y **la trazabilidad de los servicios** como fuente de gestión de la mejora continua.

SUAP

## I. OBJETIVOS



Optimizar los sistemas de comunicación entre los CCUE y los recursos móviles disponibles, realizando un uso eficiente de los mismos. Para ello, siempre debe existir un **canal de comunicación abierto entre los CCUE y los profesionales**, potenciando los canales de datos sobre los de voz.



## I. OBJETIVOS

**Garantizar la emisión de los estatus desde los recursos asistenciales para que sean visibles en los CCUE.**



## I. OBJETIVOS

Promover el **uso adecuado de los teléfonos de urgencias y/o emergencias de los ciudadanos**, proporcionando la información necesaria



## II. PRINCIPIOS GENERALES

- Administrar una **respuesta adecuada a la gravedad** del proceso que padece.
- Facilitar la información al paciente del **recurso que le va a atender y del tiempo estimado** de respuesta.
- Coordinar la gestión inmediata de la llamada.  
**Integración de plataformas:** 112, Teleasistencia, Salud Responde
- Recoger la **máxima información** posible del paciente, localización, situación clínica, etc.

## II. PRINCIPIOS GENERALES

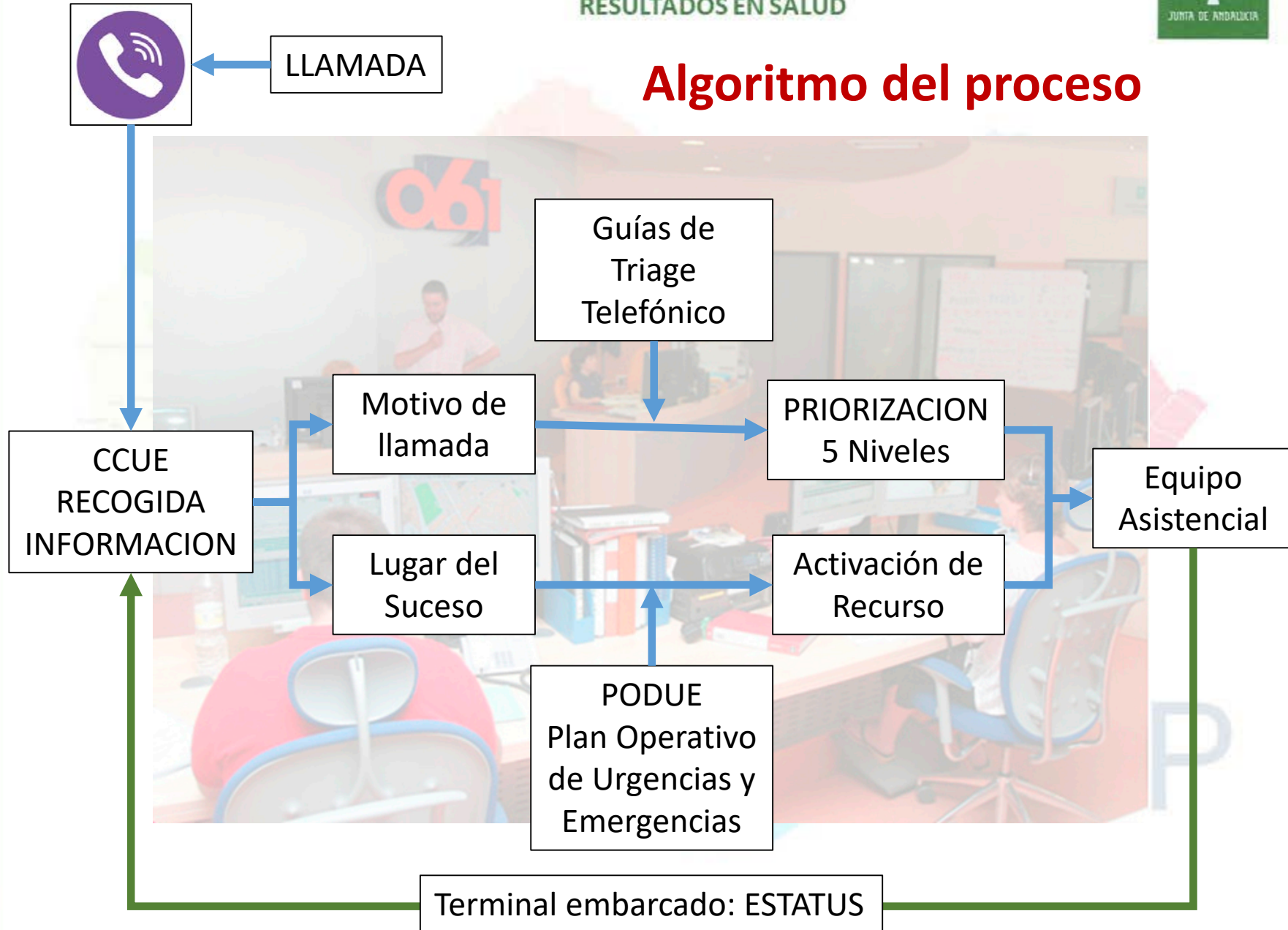
- Conocer el **estado y posición de los equipos asistenciales** mediante la gestión de estatus
- Utilizar de teléfonos móviles corporativos específicos para establecer **comunicación inmediata**, dispositivos embarcados para transmisión de información y registro de la Historia Clínica Digital de Movilidad
- Disponer de **planes operativos de actuación individualizados** para cada localidad que detallen el orden de movilización de los recursos: plataforma web PODUE



## II. PRINCIPIOS GENERALES

- Los equipos no serán **exclusivamente fijos ni exclusivamente móviles**, por lo que mientras no exista una salida (urgencia externa) deben atender a pacientes dentro del centro (urgencia interna)
- Resolver las demandas de **asistencia en el propio en el SUAP**, con autoactivación o derivación al CCUE
- Eliminación de **activaciones simultaneas** de recursos
- Utilizar preferentemente la **comunicación por canales de datos**
- Disponer de un **Cuadro de Mando del Sistema Integral de Urgencias** como sistema de referencia

# Algoritmo del proceso



## III. CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN

### III.1. GUÍAS DE TRIAJE TELEFÓNICO

La GTT es un sistema de clasificación de motivos de consulta, con la realización de un breve interrogatorio dirigido por un teleoperador.

En función de la respuesta del paciente, un sistema informático clasifica el motivo de consulta en una alerta de prioridad de atención mediante algoritmos de decisión asignando un recurso u otro en función de la gravedad

# PALPITACIONES

## A0207

### 1. ¿Desde cuando?

- a) Minutos
- b) Horas
- c) Días

### 2. ¿Se acompaña de más síntomas?

- a) Disnea
- b) Dolor/opresión torácica
- c) Sudoración
- d) Mareos
- e) Alteraciones del nivel de conciencia
- f) Otros síntomas (anotar en medidas)
- g) No presenta otros síntomas

### 3. Enfermedades previas, antecedentes

- a) Infarto Agudo reciente (últimos 3 meses).
- b) Insuficiencia cardíaca Crónica/ miocardiopatía dilatada
- c) Otras Cardiopatías (anotar en medidas si hay algún diagnóstico realizado)
- d) Ansiedad
- e) Bronquios
- f) Tiroides
- g) Otros

***Si tras estas tres preguntas no ha saltado alarma enviar ESCUCHA al médico coordinador.***



**4. Ha tomado algún medicamento o droga?**

- a) Medicación para el corazón (especificar)
- b) Drogas
- c) No ha tomado nada/ no lo sabe

**5. ¿Qué estaba haciendo?**

- a) Esfuerzo importante
- b) Esfuerzo mediano
- c) Reposo (si actividad diaria normal).

**6. ¿Podría tomarse el pulso? (contar 15 segundos)¿Cuántas pulsaciones?**

- a) Menos de 13
- b) De 13 a 30
- c) Más de 35.

Consejos

- Tranquilizar al paciente.
- Dejarlo en reposo
- No dar medicamentos.

**Prioridad 1. (061/R1)**

- **2a** Regla tipo **G** con Prioridad **1** y Mensaje
- **2b** específico:
- **2c** Posible EMERGENCIA, Active Rápidamente
- **2d** Equipo de Emergencia 061, o ECA si está
- **2e** más próximo o en su defecto el Recurso de
- **3a** Soporte Vital Avanzado que corresponda
- **3b** (DCCU, TSC, ECA, etc.)

**Prioridad 2. (DCCU)**

- **1b + 3c** Regla Tipo **M** con Prioridad **2**
- **1b + 3e** Mensaje:
- **1b + 3f** Esta Demanda ha alcanzado
- **1c + 3c** Prioridad 2
- **1c + 3e**
- **1c + 3f** Activar Recurso DCCU y lanzar REQUERIMIENTO al Coordinador

## GUÍAS DE TRIAJE TELEFÓNICO

1. Abuso de tóxicos, drogas, medicamentos y/o alcohol
  2. Accidente de buceo
  3. Accidente de transporte
  4. Accidente eléctrico
  5. Agitación y/o violencia
  6. Alteraciones de la micción
  7. Amenaza de aborto
  8. Amenaza suicida
  9. Aplastamiento y/o amputación
  10. Caída/tropiezo
  11. Cefaleas
  12. Contusión
  13. Convulsión
  14. Demandas de enfermería
  15. Depresión/ tristeza
  16. Dificultad respiratoria
  17. Dolor abdominal
  18. Dolor cervical
  19. Dolor de espalda/columna
  20. Dolor de extremidades/articular
  21. Dolor generalizado/ mal definido
  22. Dolor genitourinario/pélvico
  23. Dolor torácico
  24. Estreñimiento/diarreas
  25. Fiebre
  26. Hemorragia ginecológica
  27. Hemorragia por vía anal y/o heces negras
  28. Hemorragia por vía oral
  29. Hemorragia por vía urinaria
  30. Herida por arma blanca/ fuego
  31. Heridas/ hemorragias
  32. Hiperglucemia
  33. Hipertensión
  34. Hipoglucemia
- Página 12 de 38
35. Hipotensión
  36. Inconsciente
  37. Malestar general
  38. Mareos/ desvanecimientos/ síncope
  39. Mordeduras/picaduras
  40. Náuseas y vómitos
  41. Nerviosismo/ ansiedad
  42. Obstrucción vía aérea por cuerpo extraño
  43. Otras alteraciones del nivel de conciencia
  44. Otros motivos/ valoración difícil
  45. Palpitaciones/arritmias
  46. Parto y alumbramiento de urgencias
  47. Precipitación
  48. Problemas boca/garganta/nariz y oídos
  49. Problemas dermatológicos
  50. Problemas en pacientes de cuidados paliativos
  51. Problemas oftalmológicos
  52. Quemaduras
  53. Semiahogamiento
  54. Sospecha accidente cerebrovascular (ACV)
  55. Sospecha de gripe
  56. Sospecha de malos tratos
  57. Sospecha éxitus.
  58. Sospecha parada cardiorrespiratoria



### III. CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN



# PROTOCOLO COORDINACIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS SSPA



Servicio Andaluz de Salud  
Empresa Pública de Emergencias Sanitarias  
CONSEJERÍA DE SALUD

Llamada telefónica



Demanda de asistencia



PAUE



Triaje Telefónico + Situaciones especiales

**Alerta  
Prioridad 1**  
70% < 15 min TR

Active EE 061 en  
Zona Cobertura 061.  
Active EM/APS en Zona  
No Cobertura 061.  
Dispositivo mejor  
crona Zona  
Cobertura mixta.

- Más de una opción por localidad (PODUE)
- Asistencia en el lugar.
- Salida inmediata.

**Alerta  
Prioridad 2**  
70% < 40 min TR

Active EM o APS.  
Si EM ocupado active  
EE 061, si lo indica  
PODUE.

**Alerta  
Prioridad 3**  
70% < 2,5 horas TR

Transfiera la  
asistencia a  
EM o APS.  
Diríjase a CAP o  
SUAP.

- Podría haber más de una opción por localidad en PODUE.
- Asistencia preferente en SUAP o CAP.
- Posibilidad de resolución mediante consejo sanitario por CCUE, CAP o SUAP.
- Si problema de movilidad, asistencia donde esté el paciente

**Alerta  
Prioridad 4**  
70% < 12 horas TR

Diríjase a CAP o SUAP.  
Consejo Sanitario.  
El CCUE propone cita  
con su médico de familia.  
Transfiera la asistencia a  
EM o APS.

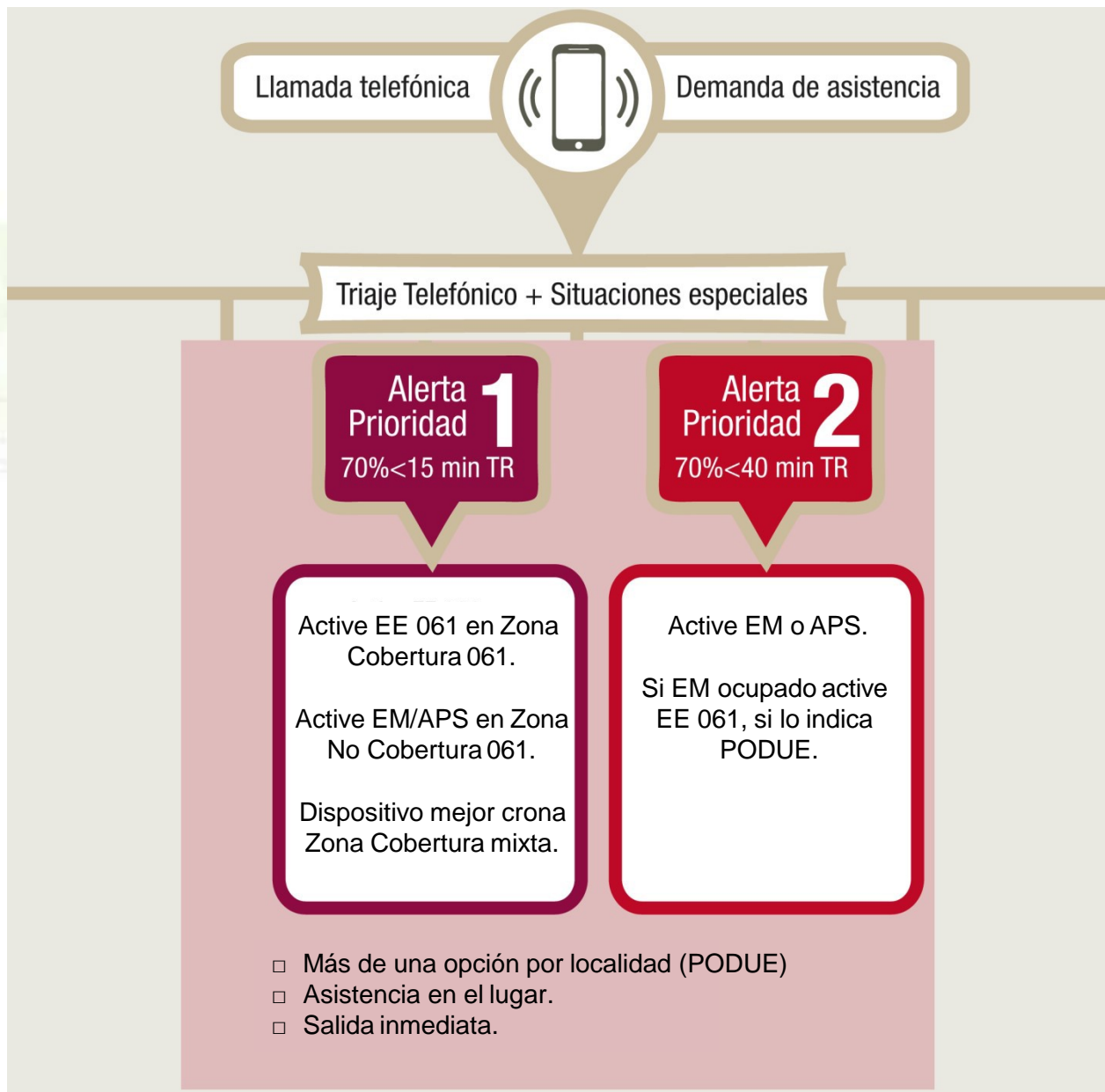
**Alerta  
Prioridad 5**

Diríjase a CAP o  
SUAP.  
Consejo Sanitario.  
CCUE propone cita  
con su médico  
de familia.



## III.2. ALERTAS DE PRIORIDAD

DIRECCION GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA Y  
RESULTADOS EN SALUD





## Situaciones especiales

- Las demandas en las que el paciente se encuentre en la **vía pública o en lugares públicos**, o que sean solicitadas por las fuerzas de seguridad del Estado y otros cuerpos de emergencias no sanitarios (bomberos, protección civil, etc.).
- Con el mismo nivel de Alerta de Prioridad, debe priorizarse la atención a los **pacientes mayores con patología crónica** asociada, a los que están solos en su domicilio y a los que realicen una rellamada en la que se detecte un empeoramiento
- Las llamadas que no sean en castellano no deben transferirse a los recursos móviles.
- **Sospecha o confirmación de óbito**, La sospecha de muerte debe considerarse como **paciente inconsciente** y, por tanto, priorizarse como una emergencia Las confirmaciones de muerte deben considerarse como Alerta Prioridad 3
- La **violencia de género** y cualquier situación de **maltrato**, es especial el maltrato infantil, el de ancianos y discapacitados



## IV. CAMBIOS EN LA CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS RECURSOS Y SERVICIOS DE URGENCIAS





~~Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias (UCCU) como recurso de un punto fijo, independientemente de que también pudiera atender una urgencia externa,~~

~~Equipo Móvil como un recurso específico de la atención fuera del centro~~

Plan de Mejora en Urgencias de Atención Primaria

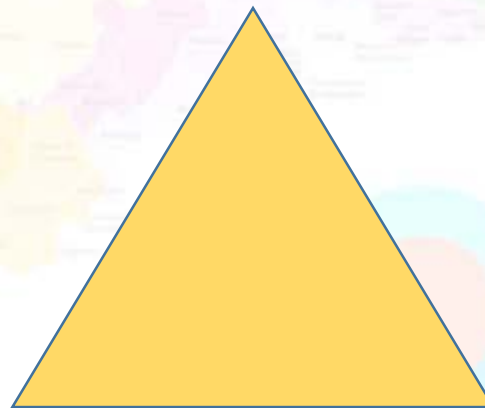
## SUAP: Servicio de Urgencias de Atención Primaria

Servicio que atiende las urgencias y emergencias sanitarias fuera del ámbito hospitalario y a las estructuras que lo conforman:

Espacios y equipamientos

Equipos de profesionales

Recursos de transporte sanitario urgente asociados



SUAP

## NUEVO SISTEMA DE CODIFICACION EQUIPOS PODUE:

M + "Dispone de transporte" + "Cierra centro" + "Nombre del SUAP"

**M00** : Equipo movilizable **SIN** vehículo propio que **SI** cierra centro

**M01** : Equipo movilizable **SIN** vehículo propio que **NO** cierra centro

**M10** : Equipo movilizable **CON** vehículo propio que **SI** cierra centro

**M11** : Equipo movilizable **CON** vehículo propio que **NO** cierra centro



## V. RECURSOS DISPONIBLES POR EL SSPA PARA LA ATENCIÓN A LAS URGENCIAS Y EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

Los tipos de recursos disponibles son los siguientes:

**Por EPES:**

- Equipos de Emergencias Terrestres: EET
- Equipos de Emergencias Aéreas: EEA
- Equipos de Coordinación Avanzada: ECA
- Soporto vital básico: SVB

**Por el Distrito/AGS:**

- EM: equipo movilizable asistido por médico y enfermero.
- EM de Cuidados Avanzados (EMCA): equipo movilizable asistido por enfermería de prácticas avanzadas.
- Transportes no asistidos (TNA): para el traslado de pacientes en camilla.
- Vehículo de Atención Domiciliaria (VAD): vehículo para trasladar al médico a la enfermera para atención sanitaria en domicilio.



## VI.1. CRITERIOS COMUNES DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA RTU

- A) Autorización y prescripción de los traslados
- B) Requisitos para la movilización de las TNA desde los SUAP y CAP
- C) Criterios de uso
- D) Destino de los traslados



## VI.2. CRITERIOS GENERALES PARA LA COORDINACIÓN Y EL CONTROL DE LOS SERVICIOS

- A) Acceso del CCUE a las Unidades Asistenciales
- B) Accesos de las Unidades Asistenciales al CCUE
- C) Control de las Unidades Asistenciales





## VII. PLAN OPERATIVO DE DISPOSITIVOS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS (PODUE)

## VIII. COMISIONES DE SEGUIMIENTO Y MEJORA DE LA COORDINACIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS SAS-EPES

En cada Distrito/AGS se constituirá una comisión, con el objetivo de mejorar el funcionamiento de la atención a las Emergencias y/o Urgencias del Distrito/AGS, dirigida por el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias y constituida por:

- Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias Director del Servicio Provincial 061,
- Director de la Unidad de Gestión Clínica del Servicio de Urgencias de los hospitales de referencia
- Distintos profesionales que cada dirección designe.



- Todos los casos clínicos identificados por cualquiera de los agentes implicados.
- Los datos del sistema de información (Cuadro de Mando) con periodicidad mensual.
- Las reclamaciones presentadas por los ciudadanos.
- Las incidencias en cuanto a funcionamiento del protocolo de coordinación.
- La correcta actualización del PODUE, consensuando los criterios de activación de los recursos para cada una de las Alertas de Prioridad en cada una de las zonas.
- La puesta en marcha de la nueva Alerta de Prioridad 5.
- Las situaciones de saturación de los dispositivos, realizando propuestas de mejora.
- Propuestas de mejora de los mecanismos de coordinación y de todos aquellos aspectos que mejoren la actividad.
- Propuestas de Gestión Clínica, protocolización e implantación de procesos asistenciales vinculados a los EM/EM061.
- Necesidades formativas de los profesionales.
- Propuestas de proyectos de investigación.



## IX. CUADRO DE MANDO

