

# Protocolos

de Coordinación de la Asistencia Extrahospitalaria  
Urgente y Emergente del Sistema Sanitario Público  
de Andalucía.





Servicio Andaluz de Salud  
**CONSEJERÍA DE SALUD**

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

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD  
Dirección General de Asistencia Sanitaria  
Subdirección de Coordinación de Salud  
Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias

EMPRESA PÚBLICA DE EMERGENCIAS SANITARIAS

Año de edición, 2006



## **COLABORACIONES** (orden alfabético)

- M<sup>a</sup> Dolores Alguacil Herrero  
Subdirectora de Coordinación de Salud
- Francisco Arias Silgo  
Director del Centro de Salud Las Letanías
- Rafael Baena Sáez  
Centro de Salud de San José del Valle
- Francisco Ferrón García  
Responsable del DCCU del Distrito de A.P. Almería
- Mariano Ledesma Mesa  
Director del Servicio Provincial EPES de Córdoba
- Manuel López Serrato  
Jefe de Servicio de Ordenación Sanitaria
- Ana I. Martínez García  
Responsable del DCCU del Distrito de A.P. Málaga
- Francisco Murillo Cabezas  
Director del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias
- M<sup>a</sup> Auxiliadora Naranjo Sánchez  
Servicio Provincial EPES de Málaga
- Armando Navarro Mora  
Responsable del DCCU del Distrito de A.P. Bahía de Cádiz La Janda
- Luis Olavarría Govantes  
Director de Proyectos de la EPES
- Juan Ortiz Espinosa  
Director de Distrito de A.P. Granada
- Ignacio Pérez Torres  
Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias
- Isidoro Reyes Ruiz  
Responsable del DCCU del Distrito de A.P. Jerez Costa Noroeste
- Julio Rojas García de Paso  
Director de Centro de Salud Ronda Histórica
- Pedro H. Rojas Parra  
Responsable del DCCU del Distrito Córdoba Sur
- Octavia Santos Ramos  
Directora del Centro de Salud Los Bermejales
- Emilio Suárez Sánchez  
Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias
- José M. Uribe Sarabia  
Servicio Provincial EPES Sevilla
- Luis C. Valero Balboa  
Responsable del DCCU del Distrito de A.P. Jaén Nordeste

2006 Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía  
Edita: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía  
Avd. de la Constitución, 18  
41071 Sevilla  
Telf.: 955018000 Fax: 955018025  
[www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud)  
D.L. SE-  
ISBN: 84-689-7862-0



## **PRESENTACIÓN**

Las expectativas actuales de los ciudadanos andaluces incluyen una asistencia sanitaria cada vez de mayor calidad y más accesible e inmediata. Esta legítima aspiración nos obliga a potenciar el sistema de atención a las urgencias y a las emergencias, disminuyendo la variabilidad clínica y mejorando las respuestas a las demandas asistenciales. El análisis de las tendencias actuales nos indican que en el futuro inmediato la demanda continuará su incremento, favorecida por el envejecimiento de la población, el incremento de la población inmigrante, los avances de las tecnologías y otros factores que juegan a su favor.

Es por ello, que se hace absolutamente necesario conjugar los elementos de los que disponemos para armonizar una respuesta que haga compatible una mayor demanda y una mayor calidad, equilibrar la atención programada y la atención urgente. Se hace imprescindible avanzar por el camino de una mayor discriminación científica de la demanda, en aras de priorizar las respuestas. Al mismo tiempo, necesitamos avanzar más aún en los mecanismos de coordinación de los elementos que intervienen en la misma, sobre todo en la coordinación de los profesionales, verdaderos artífices de los resultados que en materia de atención sanitaria urgente y emergente podemos garantizar hoy en Andalucía.

Y de esto trata el presente documento, de coordinar los elementos que intervienen en la respuesta del Sistema Sanitario Público de Andalucía a las demandas asistenciales urgentes y emergentes en el marco extrahospitalario: en los domicilios y vías públicas y en los centros de atención primaria. Este protocolo incluye la extensión y el funcionamiento de los teléfonos de urgencias y emergencias, los criterios clínicos para la priorización de las demandas en virtud de la gravedad del caso, las diferentes respuestas posibles a una demanda concreta, tanto por parte de los dispositivos de cuidados críticos y de urgencias del Servicio Andaluz de Salud, como de los dispositivos terrestres o aéreos del 061.

Aborda la organización de la Red de Transporte Urgente y de las comunicaciones entre los dispositivos asistenciales y establece tres importantes novedades: la individualización de las respuestas asistenciales, adaptándose a las características concretas de cada lugar, mediante los Planes Operativos de atención a las urgencias y emergencias en cada Distrito de Atención Primaria; la creación de un nuevo sistema de información que fundamente la dirección y la toma de decisiones en criterios objetivos, y el establecimiento de una Comisión de Seguimiento y Mejora Continua que garantice el análisis permanente de situaciones que deban ser mejoradas desde la calidad científico-técnica y percibida por el ciudadano.

Supondrá por tanto un salto cualitativo hacia el futuro inmediato, que junto con el desarrollo de las tecnologías y sistemas que se están introduciendo en el sistema sanitario público andaluz y la importante apuesta que se está realizando por el incremento de los recursos y la formación y satisfacción de sus profesionales, contribuirá, estoy seguro de ello, al desarrollo de nuestro sistema sanitario.



Este protocolo ha sido elaborado por un grupo de trabajo compuesto por profesionales que tienen amplia experiencia en diferentes áreas de responsabilidad en el sistema: centros coordinadores de la EPES, equipos asistenciales de Atención Primaria, directivos de ambas instituciones y responsables de los Servicios Centrales del SAS; a todos ellos, muchas gracias por su esfuerzo, que durante 6 meses ha sido mantenido y ha logrado colocar encima de la mesa de los profesionales, un protocolo de coordinación que aborda los temas que previamente habían sido planteados como mejorables y que sin duda, tendrá reflejo en la mejora de la calidad de los servicios que prestamos a la población andaluza en un tema tan sensible como el de la coordinación y respuesta a la urgencia y emergencia sanitaria.

*Joaquín Carmona Díaz-Velarde*  
*Director General de Asistencia Sanitaria*



## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVOS.
3. RECURSOS EXTRAHOSPITALARIOS DEL SSPA PARA LA ATENCION DE LAS URGENCIAS Y EMERGENCIAS
4. PRINCIPIOS GENERALES
5. CRITERIOS DE PRIORIZACION
  - 5.1. Recepción de la llamada y triaje o clasificación
  - 5.2. Emergencias (Prioridad 1).
  - 5.3. Urgencias no demorables (Prioridad 2).
  - 5.4. Urgencias demorables (Prioridad 3).
  - 5.5. Avisos domiciliarios (Prioridad 4).
  - 5.6. Información sanitaria telefónica.
  - 5.7. Situaciones especiales
6. RED DE TRANSPORTE URGENTE.
  - 6.1. Criterios comunes de organización y funcionamiento de la RTU
  - 6.2. Criterios generales para la coordinación y el control de los servicios
7. COMISIONES DE SEGUIMIENTO Y MEJORA DE LA COORDINACION DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS SAS – EPES
8. CUADRO DE MANDO
  - 8.1. Indicadores de oferta
  - 8.2. Indicadores de demanda
  - 8.3. Indicadores de actividad
  - 8.4. Indicadores de calidad



## **1. INTRODUCCIÓN**

La reorganización de la actividad sanitaria urgente en la Comunidad Andaluza tiene como referencia obligada el PLAN MARCO DE CALIDAD Y EFICIENCIA de la Consejería de Salud. Sus ejes son: el ciudadano como centro de la organización de la actividad sanitaria, la accesibilidad y equidad del Sistema, y el acto clínico único y de calidad entendido dentro del proceso asistencial continuo.

El "PLAN MARCO DE REORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA A LAS URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA: DISPOSITIVOS DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS" (Resolución 1/97 del S.A.S.) establece y regula el funcionamiento de dichos Dispositivos y en el punto "3.3. Servicio comunitario", refiere que el Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias debe estar íntimamente relacionado con la comunidad y para ello debe establecer relaciones de trabajo eficaces y amplias con el resto de actividades del Sistema de Emergencias (061), Centros de Salud, y con los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias de los Hospitales.

Mediante Decreto 88/1994, de 19 de abril, se constituyó la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES), cuya misión es la atención integral a las emergencias sanitarias en Andalucía. Así mismo, la Empresa Pública desarrolla funciones de coordinación de recursos sanitarios públicos e información a los ciudadanos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

La Ley 2/98 de 15 de Junio de Salud de Andalucía y los preceptos en vigor de la Ley 8/86 de 6 de Mayo de creación del Servicio Andaluz de Salud establecen la regulación normativa de la atención a las urgencias en atención primaria.

Estas relaciones entre los distintos agentes del **Sistema Sanitario Público de Andalucía** tiene como objetivo fundamental la asistencia sanitaria de calidad, la satisfacción del usuario y la gestión eficiente de los recursos disponibles, objetivos que integran las líneas estratégicas establecidas por el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias.

Para dar respuesta a la exigencia de accesibilidad y proceso único, el Servicio Andaluz de Salud puso en marcha el teléfono de urgencias sanitarias como vía de facilitación al ciudadano de su demanda de asistencia y se protocolizaron los criterios de coordinación entre los agentes implicados: EPES- SAS. La recepción de dichas llamadas se realiza a través de los Centros Coordinadores de Urgencias y Emergencias (CCUE), gestionados por EPES.

Tras la experiencia de varios años, la reflexión que la mejora continua nos exige, y el grado de desarrollo de la implantación de los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias en Andalucía, se hace necesario revisar los protocolos de coordinación de la Urgencia, adaptándolos a las líneas de mejora identificadas en el análisis de situación previo realizado por los profesionales implicados. Este protocolo es el fruto de dicho trabajo.



## **2. OBJETIVOS**

- 1º.- Facilitar al ciudadano el acceso al Sistema Integral de Urgencias y Emergencias en toda la Comunidad Autónoma.
- 2º.- Mejorar y homogeneizar la respuesta en las situaciones de urgencias y emergencias.
- 3º.- Coordinar de manera eficiente los recursos del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- 4º.- Mejorar los sistemas de información como fuente de gestión de la mejora continua.

## **3. RECURSOS EXTRAHOSPITALARIOS DEL SSPA PARA LA ATENCIÓN DE LAS URGENCIAS Y EMERGENCIAS**

El Sistema Sanitario Público de Andalucía debe garantizar la atención a las urgencias y emergencias sanitarias en todo el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma.

La responsabilidad de la atención sanitaria a las emergencias corresponderá a los Equipos de Emergencias del 061 (EE 061) en sus ámbitos de cobertura, salvo que estos equipos estén ocupados, o dicha cobertura no exista, en cuyo caso la responsabilidad será de los Distritos de Atención Primaria.

Corresponde a las direcciones de los Distritos de Atención Primaria la responsabilidad de la dirección, gestión, organización y evaluación de la atención sanitaria a las urgencias en su ámbito geográfico, y de las emergencias cuando los EE 061 no existan en el ámbito correspondiente o se encuentren ocupados. Por tanto, independientemente de su dependencia orgánica al SAS o EPES, ambas del Sistema Sanitario Público de Andalucía, los dispositivos asistenciales que componen la respuesta a la emergencia y la urgencia son:

De la EPES: Los Centros Coordinadores (responsables de la coordinación de urgencias y emergencias), los Equipos de Emergencias Terrestres del 061 (EE T) y los Equipos de Emergencias Aéreos del 061 (EE A) (cobertura en toda Andalucía de orto a ocaso en condiciones meteorológicas favorables) y los Equipos de Coordinación Avanzada (ECA).

Del SAS: Los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) de los Distritos de Atención Primaria con sus Centros de Atención Primaria (CAP) y sus Puntos de Atención Continuada (PAC) dotados de equipos que realizan todos ellos una doble función: la asistencia a la demanda interna o de presencia física y la asistencia a la demanda externa o domiciliaria y en la vía pública. A este respecto los equipos que realizan preferentemente la primera función se denominan Unidades de Cuidados Críticos y Urgencias (UCCU) y los que realizan preferentemente la segunda función se denominan Equipos Móviles (EM). Asimismo el SAS dispone de una red de ambulancias para el transporte urgente de pacientes no asistidos de personal sanitario. Los transportes de los equipos movilizables (T-EM) más los transportes no asistidos (T-NA) conforman la red de transporte urgente (RTU) del Servicio Andaluz de Salud.

## 4. PRINCIPIOS GENERALES

1. El ciudadano que demanda atención urgente debe recibir una respuesta adecuada a la gravedad del proceso que padece.
2. El ciudadano que demanda atención urgente debe estar informado del recurso que le va a atender y el tiempo estimado de respuesta.
3. La recepción de las llamadas telefónicas solicitando demandas asistenciales urgentes y emergentes se realizará a través de los Centros Coordinadores de Urgencias y Emergencias (CCUE). Para ello, se completará la implantación del teléfono de urgencias 902 505 061 en la atención primaria.

Para posibilitar la coordinación, y garantizar la accesibilidad de los ciudadanos al sistema, la recepción de las llamadas se realizará en el Centro de Coordinación de Urgencias y Emergencias, independientemente de la línea de entrada de la llamada telefónica (061, 902 505 061, 112...). El CCUE recepcionará de forma inmediata las llamadas que se reciban a través de cualquiera de las líneas. Las gestionará a la mayor brevedad posible y según la clasificación tras el triaje realizado y lo establecido en este protocolo, podrá:

- 
- a) *activar un dispositivo*
  - b) *transferir la demanda al dispositivo asistencial correspondiente*
  - c) *derivar al ciudadano al dispositivo asistencial correspondiente*
  - d) *resolver la demanda dando información o consejo sanitario.*
- 

En todo caso, el CCUE recogerá los datos de filiación, la hora de la llamada, la localización, la situación clínica del paciente y el grado de priorización según la gravedad y comunicará esta información a los dispositivos asistenciales cuando los active o les transfiera la demanda.

4. La movilización de los recursos del DCCU se realizará siguiendo los protocolos generales establecidos en este documento, que serán aplicados en cada Distrito, y en cada Centro de Coordinación de la Urgencia y Emergencia.
5. El Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias deberá conocer en todo momento el estado de todos los recursos del DCCU y del 061.  
Todas las movilizaciones de los Equipos movilizables debe ser comunicada por el responsable del mismo al Centro de Coordinación, dando los siguientes estados:

- 
- *estado 1: Activación*
  - *estado 2: Salida*
  - *estado 3: Llegada al lugar*
  - *estado 4: Traslado de paciente*
  - *estado 5: Entrega de paciente en destino: hospital o dccu.*
  - *estado 6: Disponible*
-



6. Todos los EE-061, EM, UCCU y profesional de guardia de los CAP durante el periodo de apertura, dispondrán de teléfono móvil corporativo, cuyo número estará a disposición del CCUE. Se constituye en el instrumento clave de comunicación entre los agentes implicados en la resolución de la Emergencia y la Urgencia y es responsabilidad de la EPES (EE 061) y del Distrito (el resto), mantenerlos operativos.
7. Los Distritos de Atención Primaria definirán y comunicarán al CCUE el **Plan Operativo de Urgencias** de cada Distrito, en el que se detallarán para cada núcleo de población y según las prioridades de movilización, cronas y horario de funcionamiento: EM/UCCU/PAC responsable de atención a cada núcleo y al menos las dos opciones alternativas de respuesta ante una emergencia/urgencia en el caso de que la primera y/o segunda opción esté ocupada o no disponible. Dichos planes operativos serán aprobados por la Dirección General de Asistencia Sanitaria.
8. Para preparar la acogida del paciente, se alertará al hospital de referencia de la llegada del enfermo y su patología. Se realizará en las situaciones de emergencias y urgencias.
9. Las funciones de los equipos de atención a las urgencias como preferentemente fijas (UCCU) o preferentemente móviles (EM), en ningún caso caracterizarán a estos como fijos ni exclusivamente móviles, debiendo, en caso de necesidad, realizar ambas funciones. Cada equipo movilizable está constituido por un médico, una enfermera, una ambulancia o transporte (T-EM) con su correspondiente conductor.
10. En caso necesario o cuando exista un mejor tiempo de respuesta, cualquier dispositivo asistencial podrá ser movilizado a una zona básica de salud o distrito distintos a los que orgánicamente pertenece.
11. El cuadro de mando que incluye el presente documento debe cumplimentarse en todos los Distritos y Centros Coordinadores de Urgencias y Emergencias y es la base de la gestión de los DCCU para los Distritos Sanitarios de Atención Primaria y para la Dirección General de Asistencia Sanitaria. Es además la fuente de gestión de la mejora continua del funcionamiento de los DCCU y de los CCUE.

## **5. CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN**

Este protocolo es una guía para unificar criterios y disminuir la variabilidad de las actuaciones profesionales. Dada la dificultad de clasificación de las demandas de urgencia a través del teléfono, estos protocolos se han consensuado con la idea de facilitar la labor a los distintos profesionales de las dos instituciones implicadas.

### **5.1. Recepción de la llamada y triaje o clasificación.**

Los Centros de Coordinación de Urgencias y Emergencias están dotados de alta tecnología, mediante sistemas informáticos y de comunicaciones integrados. Esto nos permite recibir la llamada a través del teléfono de urgencias o a través de la línea 061, siendo recibida en ambos casos por los operadores, que una vez que recogen los datos del paciente y la localización del lugar de la demanda, efectuarán un breve interrogatorio según protocolos de preguntas establecidos para cada tipo de demanda, interrogatorio que el médico coordinador debe escuchar, con la posibilidad de intervenir en cualquier momento de la conversación, efectuando otras preguntas que le ayuden a establecer la prioridad y orientación diagnóstica o juicio clínico orientativo de la situación del enfermo, para facilitar la respuesta.

El triaje o clasificación telefónica de la llamada de atención sanitaria urgente/emergente, es básica para establecer la prioridad de la asistencia. De esta clasificación va a depender la rapidez de la respuesta y los recursos que se le asignen, teniendo en cuenta la distancia al lugar del suceso y las unidades disponibles en cada momento.

El CCUE clasificará la demanda asistencial según la gravedad y el tiempo de respuesta apropiado, en las siguientes *prioridades*:

- Prioridad 1: Emergencias.
- Prioridad 2: Urgencias no demorables.
- Prioridad 3: Urgencias demorables.
- Prioridad 4: Avisos domiciliarios.
- Información sanitaria telefónica

Dependiendo del tipo de demanda, síntomas que presente el paciente y antecedentes conocidos del mismo, se asignará a la llamada una prioridad. En cualquier caso, todas las demandas telefónicas que hayan sido clasificadas como prioridades 1, 2 ó 3 y sufran demora serán reevaluadas periódicamente por el CCUE, bien llamando al paciente, bien indicándole que en caso de modificación de la sintomatología, vuelva a llamar. Asimismo deberán comunicar los cambios de estado y las reclamaciones que se produzcan a los dispositivos asistenciales activados.

La activación por parte del CCUE de un equipo móvil se le comunicará a éste de forma inmediata. Si estuviera ocupado y fuera necesaria una nueva activación se le comunicará también de forma inmediata para que el equipo conozca esta nueva necesidad y repriorice su actuación.

Para la activación de los equipos móviles, las grandes áreas urbanas deberán ser sectorizadas para asignar las opciones de los equipos móviles respectivos.

## **5.2. Emergencia (prioridad 1)**

Son aquellas situaciones en las que los signos o síntomas que presenta el enfermo, nos hacen sospechar un riesgo vital inminente (o de secuelas graves y/o irreversibles o pérdida de función de órganos vitales) y por lo tanto, precisa una atención inmediata.

Serán consideradas como emergencias o prioridad 1, entre otros, la presunción diagnóstica compatible con las siguientes patologías o motivos de consulta:

- Fallo respiratorio agudo. Disnea de aparición brusca
- Parada respiratoria o cardiorrespiratoria.
- Accidente cerebrovascular agudo según Plan PLACA (Código ICTUS).
- Traumatismo craneoencefálico con pérdida de conciencia.
- Traumas con criterios de gravedad por su mecanismo lesional.
- Síncope.
- Inconsciencia.
- Parto precipitado – anteparto.
- Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño.
- Hemorragia de cualquier localización con riesgo vital.
- Coma de cualquier etiología.
- Shock anafiláctico con disnea.
- Crisis convulsiva activa
- Traumatismo penetrante en tórax o abdomen.
- Sospecha de síndrome coronario agudo.
- Dolor torácico agudo con sospecha de patología grave.
- Alteraciones del ritmo cardíaco con inestabilidad hemodinámica.
- Emergencia hipertensiva.
- Sospecha de edema agudo de pulmón.
- Grandes quemados.
- Ahogamientos por inmersión.
- Envenenamientos e intoxicaciones con posibilidad de afectación grave del estado general.
- Hipoglucemia severa.
- Amputaciones de miembros.
- Quemaduras graves en caras, manos, pies y genitales.
- Dolor súbito en miembros sospechoso de isquemia arterial aguda.
- Electrocutión
- Metrorragias del 3º trimestre
- Dolor abdominal con sospecha de inestabilidad hemodinámica.
- Fiebre con petequias o convulsiones.
- Catástrofes naturales y humanas con presunción de elevado número de víctimas y afectados.
- Así como todas aquellas sintomatologías que pueda hacer sospechar una patología que cumpla con los criterios anteriormente definidos como emergencia.

Las llamadas/demandas asistenciales clasificadas por el CCUE como emergencia Prioridad 1 serán gestionadas sin dilación por el centro coordinador, activando de forma inmediata el recurso más adecuado del SSPA, que será aquél que figure como opción 1ª en el Plan Operativo del distrito. En caso de encontrarse ocupado se recurrirá a la opción 2ª y si también está ocupada se activará la 3ª. Los datos clínicos de la demanda que sean consideradas emergencias, serán comunicados al DCCU. En todo momento se facilitará la localización del ciudadano; en caso de dificultad, el CCUE podrá poner en contacto al demandante con el dispositivo operativo para facilitar la localización.

En caso de estar ocupadas estas tres opciones, se activarán los profesionales más idóneos para la atención a la emergencia, que dependerá:

- De la crona al lugar del suceso.
- De la disponibilidad de recursos.

En aquellos casos que sean catalogados de emergencia por el CCUE y coexistan en su zona de cobertura equipos terrestres del 061 y equipos de DCCU, el recurso a activar será el Equipo de Emergencia 061, siempre que la crona al lugar del suceso sea similar.

En caso de saturación del EE-061, será el DCCU el encargado de prestar la asistencia.

Si el Equipo del DCCU tiene una crona de llegada menor que el EE-061, se activará inicialmente al EM.

Cualquier UCCU, equipo móvil o centro de atención primaria que recepcione una situación de emergencia podrá solicitar al CCUE la activación de los recursos necesarios.

En horario diurno (orto-ocaso) una vez asistida la emergencia por los DCCU, el traslado asistido al hospital de referencia podrá realizarse por el Equipo de Emergencia Aéreo 061 cuando de ello se derive una significativa reducción del tiempo de traslado (se recomienda en distancias a hospital superiores a 30 Km.).

### **5.3. Urgencias no demorables (prioridad 2)**

Son aquéllas en las que se sospecha una patología aguda o exacerbación de una patología crónica, sin probable amenaza vital o funcional inmediata, que precisan atención médica a la mayor brevedad posible.

Serán consideradas como urgencias prioridad 2, entre otros, la presunción diagnóstica compatibles con las siguientes patologías o motivos de consulta, siempre que no estén catalogadas como prioridad 1 (en caso de duda considerar la superior):

- Dolor abdominal agudo de cualquier localización excepto que se acompañe de síndrome miccional o aparezca en el contexto de una gastroenteritis aguda, en cuyo caso se establecerá una prioridad 3.

- Vómitos de cualquier etiología con afectación estado general excepto que estén claramente producidos por jaqueca, vértigo, o gastroenteritis aguda, en cuyo caso se establecerá prioridad 3.
- Dolor torácico bien tolerado no sugerente de isquemia miocárdica o patología grave y sin antecedentes previos de cardiopatía isquémica.
- Focalidad neurológica: afasia, parálisis o paresia muscular, disartria, inestabilidad en la marcha en pacientes con ACV previo, sin criterios de inclusión en PLACA.
- Intoxicaciones medicamentosas sin afectación del estado general.
- Síndrome febril con afectación del estado general.
- Hemoptisis sin compromiso vital
- Disnea de instauración progresiva, excepto cuando se trate de origen psiquiátrico, en cuyo caso será de prioridad 3.
- Cefalea con afectación del estado general. Si se sospecha una jaqueca, se establecerá prioridad 3.
- Sospecha de brote psicótico en paciente sin antecedentes, no considerados como situaciones especiales.
- Cuadros agudos confusionales o de desorientación.
- Traumatismos o accidentes con criterios anatómicos de gravedad o criterios de riesgo basados en el mecanismo lesional.
- Síndrome de abstinencia al alcohol u otras drogas.
- Estados convulsivos postcríticos.
- Trombosis venosa profunda.
- Hematuria macroscópica.
- Cólico nefrítico acompañado de fiebre, sea rebelde al tratamiento médico o tenga lugar en paciente monorreno.
- Luxaciones y fracturas de miembros
- Aborto en curso.
- Metrorragias con factores de riesgo y sin compromiso vital
- Palpitaciones con antecedentes cardiológicos.
- Reacciones alérgicas sin compromiso respiratorio sin repercusión hemodinámica.
- Hiperglucemia con afectación del estado general
- Hipoglucemias no severas cuando no se resuelvan mediante consejo sanitario.
- Hemorragias sin repercusión hemodinámica. (sin palpitaciones-taquicardia, ni hipotensión ortostática, palidez ni sudoración profusa).
- Retenciones urinarias con sospecha de globo vesical.

- Así como toda aquella sintomatología que pueda hacer sospechar una patología que cumpla con los criterios anteriormente definidos como urgencia no demorables.

Todos los juicios clínicos sea cual sea su prioridad , tendrán una interpretación relacionada con el tipo de demanda que solicita el usuario vía telefónica. Al respecto, deberá realizarse un anexo a este documento que correlacione juicio clínico con el tipo de demanda solicitada.

El CCUE gestionará estas llamadas a la mayor brevedad posible, recogiendo los datos de filiación, hora de la llamada, localización y situación clínica del paciente y comunicándolas de forma inmediata a los DCCU:

- 1) En caso de que esté en el área de cobertura de un EM, el CCUE comunicará la información al EM, incluyendo además de los datos anteriormente citados, el teléfono de contacto del paciente. EL EM, tendrá que atender este tipo de urgencias a la mayor brevedad posible, priorizando las diferentes demandas en función de la gravedad, informará al paciente del recurso que se va a enviar y del tiempo estimado de respuesta en que se le va a asistir. Estos EM tendrán informado al CCUE en todo momento de los diferentes estatus en los que se encuentra y de la orientación/Juicio clínico (CIE-9) de los pacientes atendidos.

En aquellas llamadas, que una vez reevaluadas por el responsable de la prestación de la asistencia se detectase que la patología requiere una asistencia emergente, se activará y prestará la asistencia de forma inmediata, a la vez que se informará de tal hecho al CCUE para la movilización si fuera oportuna de otros recursos. Estos casos deberán ser analizados por las Comisiones de Mejora Distritos-EPES

- 2) En caso de que no esté en el área de cobertura de un EM, el CCUE transferirá la información, incluido el número de teléfono del usuario, a la UCCU/CAP correspondiente. El profesional que esté de guardia en el UCCU/CAP informará al paciente del recurso que se va a enviar y del tiempo estimado de respuesta en que se le va a asistir. En casos justificados y si la situación lo permite, se podrá realizar conferencia a tres entre el CCUE, el paciente o familiar y el médico responsable de la atención.

En aquellas llamadas que una vez reevaluadas por el responsable de la prestación de la asistencia se detectase que la patología requiere una asistencia emergente, se activará y prestará la asistencia de forma inmediata, a la vez que informará de tal hecho al CCUE para la movilización, si fuera oportuna, de otros recursos. Estos casos deberán ser analizados por las **Comisiones de Seguimiento y Mejora Distritos-EPES**.

Los EM y/o la UCCU/CAP tendrán que informar en todas las ocasiones del cierre del caso y de la orientación/juicio clínico (CIE-9).

Si no fuese posible la comunicación con el EM o UCCU/CAP responsable de prestar la asistencia, bien por problemas de comunicación, o por encontrarse realizando una asistencia y no disponible, se contactará y transferirá la información de la demanda, a la segunda opción alternativa prevista para esa zona en el **Plan Operativo de Urgencia del Distrito**, y en caso de necesidad se transferirá a la tercera opción alternativa.

#### ***5.4. Urgencias demorables (Prioridad 3)***

Corresponde a aquellos pacientes con sospecha de presentar una urgencia relativa y que por tanto no son subsidiarias de atención inmediata, pero que han de ser atendidos por el Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias, una vez que se atiendan las prioridades anteriores.

Serán consideradas como urgencias prioridad 3, entre otros, la presunción diagnóstica compatible con las siguientes patologías o motivos de consulta:

- Dolor torácico con características osteomusculares.
- Lipotimias o síncope vasovagales en pacientes jóvenes sin antecedentes de interés sin alteración del estado general ni de la conciencia en el momento de llamada.
- Distonía aguda iatrógena (movimientos musculares anormales secundarias a la administración de determinada medicación).
- Parálisis facial periférica.
- Vómitos incoercibles de cualquier etiología sin afectación estado general que estén claramente producidos por jaqueca, vértigo, cólico nefrítico o gastroenteritis aguda.
- Jaqueca o migraña siempre que el aura no dure más de 60 minutos o se instaure en menos de 5 minutos.
- Crisis de ansiedad, angustia, ataques de pánico o histeria.
- Intoxicación etílica aguda siempre que no curse con alteración del nivel de conciencia (estupor o coma).
- Crisis hipertensiva sin disfunción de órgano, aislada, no incluida en prioridades 1 y 2.
- Retención urinaria sin sospecha de globo vesical.
- Epístaxis leve.
- Vértigo periférico
- Urticaria.
- Dolor en paciente con tratamiento paliativo por proceso irreversible.
- Síndrome febril del lactante y niño pequeño, sin afectación del estado general.
- Descompensación hidrópica en pacientes con I. Hepática, sin signos de encefalopatía.
- Así como toda aquella sintomatología que pueda hacer sospechar una patología que cumpla con los criterios anteriormente definidos como urgencia demorables

En estas situaciones se recomendará al paciente que acuda al Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias o al centro de atención primaria más cercano por sus propios medios.

Cuando sea necesaria se realizará la atención a domicilio, por la imposibilidad del paciente en desplazarse, o bien en las siguientes circunstancias:

- Que el paciente esté incapacitado física o psíquicamente.
- Pacientes psiquiátricos.
- Ancianos.
- Causa social relevante, que serán objeto de análisis y monitorización.

El CCUE, tomará los datos de filiación, teléfono, dirección, hora de llamada del usuario y situación clínica del paciente, y transferirá la información al centro de salud o a la UCCU/EM correspondiente, según el **Plan Operativo de Urgencias** definido por el Distrito.

El responsable de la prestación de la asistencia del dispositivo al que se ha transferido la información de la demanda, decidirá la asistencia que se prestará al paciente, informándole del tiempo estimado de atención, a él o a las personas de contacto con las que el CCUE haya comunicado. Informará también al CCUE del tiempo estimado de la asistencia, para poder informar en caso de rellamada. Será el médico responsable de la prestación de la asistencia el que asumirá la gestión del caso y de sus incidencias hasta su conclusión.

Si no fuese posible la comunicación con el dispositivo responsable de prestar la asistencia, bien por problemas de comunicación, o por encontrarse realizando una asistencia y no disponible, se contactará y transferirá la información de la demanda, a la segunda opción alternativa prevista para esa zona en el **Plan Operativo de Urgencias del Distrito**, y en caso de necesidad se transferirá a la tercera opción alternativa.

Los dispositivos de urgencia, en el caso de que sean activados para atender estas demandas, comunicarán al CCUE, los diferentes estatus en tiempo real y el Juicio Clínico/Diagnóstico (CIE-9). Los restantes dispositivos asistenciales comunicarán al CCUE la hora de cierre del caso en tiempo real y el juicio clínico.

En todos los casos, ante una llamada reclamando una asistencia previamente solicitada, el CCUE pondrá en comunicación al usuario con el responsable de la prestación de la demanda asistencial inicial y éste será el responsable de la gestión de la respuesta.

En el caso de que esta patología evolucione desfavorablemente, será recalificada para enmarcarla en la clasificación que corresponda, y activar el dispositivo correspondiente.

### **5.5 Avisos domiciliarios (Prioridad 4)**

Corresponde a aquellos pacientes que no presentan una urgencia pero precisan de algún acto sanitario a domicilio y que por tanto no son subsidiarias de atención inmediata, pero que han de ser atendidos por el Centro de Atención Primaria durante su horario de apertura o por el Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias, durante el tiempo que los CAP permanecen cerrados.

- Dolores articulares y musculares no traumáticos (espalda, cintura, piernas, etc)
- Dolores localizados en garganta, oídos, muelas, etc.
- Mareos habituales.
- Síndrome febril bien tolerado.
- Malestar general bien tolerado.
- Síndrome miccional.
- Gastroenteritis aguda con buen estado general, pocas horas de evolución y sin intolerancia oral.
- Procesos bucofaríngeos: odontalgia, flemón, amigdalitis, faringitis.
- Crisis de gota.
- lesiones cutáneas exantemáticas
- Calambres y/o espasmos musculares

En estas situaciones se recomendará al paciente que acuda al Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias o al centro de atención primaria más cercano por sus propios medios.

Cuando esto no sea posible, El CCUE tomará los datos de filiación, teléfono, dirección, hora de llamada del usuario y situación clínica del paciente, imprescindible para catalogar la prioridad, datos que le serán facilitados al responsable de la prestación de la asistencia en el CAP/DCCU. El responsable de la prestación se pondrá en contacto, con el usuario y decidirá la asistencia que se prestará al paciente, informándole del tiempo estimado de atención.

La transferencia de la demanda se realizará al CAP correspondiente, y en los horarios en los que éste no presta actividad, a los dispositivos. En los casos en que se transfiera la demanda al dispositivo se deberá facilitar al CCUE la hora de finalización de la misma y juicio clínico. A partir del momento de la transferencia será el médico responsable de la prestación de la asistencia el que asumirá toda la responsabilidad del caso, y en ningún momento deberá ser reenviada al teléfono único de urgencias. Si estos reenvíos se produjeran, serán analizados en la **Comisión de Seguimiento y Mejora del Distrito**.

Será responsabilidad de la dirección del distrito explorar y mantener la comunicación necesaria entre el CCUE y los dispositivos asistenciales para facilitar en todo momento estos intercambios de información.

### ***5.6. Información sanitaria telefónica***

Son las llamadas en las cuales se solicita una información sanitaria. Esta demanda será atendida por el médico del Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias para su respuesta y resolución. En caso de que no las pueda resolver transferirá la llamada o derivará al ciudadano a la entidad pertinente: centro de salud, salud responde, distrito, etc.

### **5.7. Situaciones especiales**

Serán consideradas situaciones especiales las que a continuación se relacionan:

- a.- Aquellas demandas en las que el paciente se encuentre en la vía pública o en lugares públicos, o que sean demandadas por las fuerzas de seguridad del Estado y otras estructuras de emergencias no sanitarias (bomberos, etc.). Por el entorno de presión social en vía pública y la necesidad de colaboración entre instituciones, estas situaciones deben ser atendidas lo antes posible. Deberán ser gestionadas por el CCUE activando el recurso adecuado según el plan operativo del distrito.
- b.- A igual nivel de prioridad, deben ser priorizados los pacientes mayores con patología crónica asociada y los que realicen una rellamada en la que se detecta un empeoramiento sustancial del motivo de la demanda inicial y aquellas situaciones de urgencias en las que el paciente esté solo en el domicilio. El CCUE aplicará el procedimiento de seguimiento de demandas de urgencias no demorables en estos pacientes, y mantendrá informado al dispositivo asistencial correspondiente de la situación del paciente.
- c.- Las llamadas que no sean en castellano no deberán ser transferidas.
- d.- Se prestará una especial atención a las llamadas procedentes del 112, dado que han pasado previamente por dos operadoras (112 y CCUE), tratando de atenderlas con la mayor rapidez posible. En estas situaciones no se transferirán por tanto llamadas al dispositivo asistencial.
- e.- Sospecha o confirmación de óbito: La sospecha será considerada como paciente inconsciente y será por tanto priorizada como una emergencia. Las confirmaciones deberán atenderse lo antes posible.
- f.- Violencia de género a petición de policía: Se atenderá prioritariamente.

## **6. RED DE TRANSPORTE URGENTE**

El SSPA cuenta con tres redes de vehículos para el transporte, que mediante Resolución 21/95 del Servicio Andaluz de Salud (SAS) “Sobre Organización y Funcionamiento del Transporte Sanitario”, se definen de la siguiente manera:

*La Red de Transporte Sanitario de pacientes críticos (RTC)*

*La Red de Transporte Sanitario Urgente (RTU)*

*La Red de Transporte Sanitario Programado (RTP)*

La red de Transporte Sanitario Urgente (RTU), que es a la que le afecta exclusivamente este protocolo, está constituida por el conjunto de vehículos móviles (T) para la asistencia o traslado de pacientes de las urgencias y emergencias. Forman parte de la RTU todas las ambulancias, propias del SSPA o concertadas para este fin. Se incluyen en esta red por tanto, todas las ambulancias de los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias del Servicio Andaluz de Salud que son las ambulancias que forman parte de los Equipos Movilizables de los DCCU (T-EM), así como las ambulancias previstas para el traslado de pacientes en las urgencias y emergencias no acompañados por personal sanitario, es decir no asistidas (T-NA).

Las unidades móviles que constituyen la red de T-NA deberán reunir los requisitos técnico-sanitarios que la Res. 28/91 de 15 de marzo, del Director Gerente del Servicio Andaluz de Salud, atribuye a las ambulancias asistenciales no medicalizadas (modificado por el Real Decreto 619/1998 de 17 de abril), y contarán con medios de telecomunicación directa con el CCUE, de forma que garantice en todo momento su comunicación. Estas ambulancias además llevan una decoración externa específica que hace reconocible su dedicación, independientemente de la dependencia patrimonial de las mismas. Estas ambulancias, si las necesidades lo requieren, podrán medicalizarse con el personal del C.S. o de la UCCU y con el material de la Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias, convirtiéndose “de facto” en un equipo movilizable temporal.

## **6.1. Criterios comunes de organización y funcionamiento de la RTU.**

### **6.1.1. Autorización y prescripción de los traslados**

Las ambulancias de la RTU sólo podrán ser movilizadas bajo prescripción de un facultativo de Atención Primaria de Salud, de los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias o de los CCUE de la EPES. En cualquier caso debe pertenecer al SSPA.

No se atenderán peticiones de ambulancias urgentes solicitadas directamente por los usuarios, sea el propio paciente o sus familiares y allegados. El CCUE atenderá estas llamadas como una petición de demanda asistencial, y según su prioridad asistencial, se actuará según protocolo definido en este documento.

El médico coordinador del CCUE antes de movilizar directamente una ambulancia NA, activará preferentemente al dispositivo asistencial, tras una demanda telefónica de asistencia, salvo en las siguientes circunstancias:

- A) El paciente se encuentra en vía pública y existe saturación de recursos médicos para que puedan realizar la asistencia en el tiempo considerado adecuado para este tipo de situaciones. Esta situación tendrá que ser constatada tras la llamada al dispositivo correspondiente.
- B) Cuando el dispositivo asistencial prevea una demora excesiva e indique el traslado a su centro. Estas situaciones serán analizadas en la **Comisión de Seguimiento y Mejora del Distrito**.
- C) El problema de salud que presenta el paciente no puede ser resuelto “in situ” por un facultativo, y su presencia no es precisa para preparar el traslado del paciente.

La movilizaciones directas se restringirán al máximo, a fin de evitar :

- La no resolución finalista de los problemas en el propio domicilio o lugar donde se ha producido la urgencia.
- Las derivaciones innecesarias al hospital, que puedan ser resueltas por Atención Primaria, evitando la molestia del paciente y la sobrecarga del hospital.
- La falta de atención facultativa desde el primer momento en el que tienen contacto con el sistema sanitario.

En las situaciones anteriormente citadas se deberá dar la respuesta por parte de los dispositivos asistenciales con la mayor brevedad posible.

Cuando se realice la movilización, se comunicará al dispositivo asistencial.

#### *6.1.2. Requisitos para la movilización de los recursos T-NA desde los UCCU y CAP:*

Todas las prescripciones de movilizaciones de las ambulancias de la RTU requieren facilitar al CCUE, de forma obligada, los siguientes datos:

- Datos del paciente (nombre y apellidos, edad y sexo).
- Origen y destino del traslado.
- Datos del facultativo que prescribe el traslado (nombre y apellidos y CNP).
- Motivo del traslado, que consistirá en una sospecha diagnóstica o en un juicio clínico que requiera un procedimiento diagnóstico o terapéutico de un nivel asistencial superior.

#### *6.1.3. Criterios de uso*

Las ambulancias de traslado de la RTU sólo se utilizarán para transporte de pacientes que requieran:

- Ser trasladados en decúbito o con algún ángulo de inclinación de la cabeza o el tórax.
- El aporte de oxígeno o la aplicación de un sistema de vacío durante el traslado.
- Algún tipo de sistema de inmovilización.
- Alguna otra patología que no aconseje el traslado en vehículo convencional.

Las ambulancias de traslado de la RTU no se emplearán para realizar traslado de pacientes para servicios reglados o programados (consultas, pruebas diagnósticas, tratamientos planificados, ni para traslados de personal sanitario a realizar avisos domiciliarios, sean de facultativos o de enfermería).

#### *6.1.4. Destino de los traslados*

Los pacientes serán transportados en ambulancias no asistidas hacia la UCCU o CAP mas cercano. Solo en caso de que un facultativo determine que sus necesidades asistenciales no pueden ser respondidas en el primer nivel de atención se derivará al nivel hospitalario.

## ***6.2. Criterios generales para la coordinación y el control de los servicios***

Las movilizaciones de las ambulancias se comunicarán siempre al CCUE de la EPES preferentemente por el facultativo que prescribe el traslado. Si no fuera posible la petición directa por parte del facultativo, será realizada por la persona en quien éste delegue y que debe pertenecer necesariamente al SSPA.

Las ambulancias de la RTU están obligadas, en todo momento, a comunicar todos sus movimientos al CCUE, especialmente cuando no hayan sido movilizadas por éste. Excepcionalmente y en situaciones de emergencia la ambulancia de la RTU debe salir con personal sanitario y comunicar de inmediato al CCUE que está siendo utilizada. De igual manera deberán comunicar cualquier situación de no operatividad en la que se puedan ver implicadas (averías mecánicas o eléctricas, falta de combustible, contaminación y necesidad de fumigación de la cabina asistencial, limpieza de residuos orgánicos). Las situaciones de no operatividad ocasionadas por las situaciones anteriores deberán ser comunicadas también al responsable del distrito que se determine.

El CCUE debe conocer siempre la situación y el estado de todos los vehículos para garantizar la eficacia en la utilización de estos recursos.

Las ambulancias de la RTU estarán obligadas a comunicar al CCUE en cada servicio que realicen los estados definidos en este documento.

Deberán comunicar al CCUE cualquier incidencia surgida en el transcurso de un servicio, bien en el mismo momento que ocurre, si su trascendencia así lo requiere (retrasos en la llegada al punto de origen de la prestación de la asistencia, cambios en el estado clínico previsto en el paciente, necesidad de intervención de fuerzas de seguridad o de regulación del tráfico, ...), bien al finalizar el traslado.

Las incidencias que surjan en la movilización, cumplimentación de estatus y resto de la información se analizará en la **Comisión de Seguimiento y Mejora del Distrito**.

## **7. COMISIONES DE SEGUIMIENTO Y MEJORA DE LA COORDINACIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS SAS – EPES**

En cada Distrito se constituirá una comisión, con el objetivo de mejorar el funcionamiento de la atención a las Emergencias y/o Urgencias del Distrito, dirigida por el Director de Distrito y constituida por éste, el Director del Servicio del 061, el responsable del DCCU, un representante de los Hospitales de referencia y los vocales que cada uno designen. Esta **Comisión de Seguimiento y Mejora**, establecerá el operativo de cada uno de los Distritos, y analizará todas las incidencias que se originen. Esta comisión se reunirá al menos cada dos meses.



Específicamente su cometido será:

*Análisis periódico (mensual) de los datos del sistema de información. (Cuadro de Mando)*  
*Análisis de las Reclamaciones presentadas por los ciudadanos.*  
*Análisis de las incidencias en cuanto a funcionamiento del protocolo de coordinación.*  
*Propuestas de mejora de los mecanismos de coordinación*  
*Análisis de las situaciones de saturación de los dispositivos. Propuestas de mejora.*  
*Todos aquellos aspectos que favorezcan la coordinación y la mejora continua de la actividad.*  
*Propuestas de Gestión Clínica, protocolización e implantación de procesos asistenciales vinculados a los DCCU/061*  
*Necesidades formativas*  
*Propuesta de proyectos de investigación*

## **8. CUADRO DE MANDO**

Niveles de agregación de la dimensión organizativa:

UCCU/EM

Distrito

Provincia

total Andalucía

Niveles de agregación de la dimensión temporal:

minutos

horas

mañana (08-15) / tarde (15-20) / noche(20-24) / madrugada( 24-08).

Día de la semana

mes

año



### ***8.1. Indicadores de oferta***

- Número y distribución de EE-T
- Número y distribución de EE-A y helisuperficies
- Número y distribución de ambulancias de la RTU, tanto las de los EM (T-EM) como las no asistidas (T-NA)
- Número y distribución de EM
- Número, distribución y horarios de UCCU
- Número, distribución y horarios de los CAP

### ***8.2. Indicadores de demanda***

- Número de demandas asistenciales al CCUE por parte de los ciudadanos
  - Según prioridad
  - Según tramo horario
  - Según motivo de llamada
  - Según tipo de línea de entrada: 061, URG, 112,...
- Tasas de solicitudes por distrito y provincia
- Número de demandas transporte urgente T-NA
  - Por juicio clínico
  - Por destino hospitalario o extrahospitalario
  - Por tramo horario
- Número de llamadas recibidas en el CCUE por parte de los ciudadanos
  - Por tipo de línea de entrada
  - Por tramo horario
- Número de demandas de Información sanitarias al CCUE
  - Por tipo de línea de entrada
  - Por tramo horario
- Número de Demandas de consulta médica o resueltas mediante consejo sanitario por el CCUE
  - Por tipo de línea de entrada
  - Por tramo horario

### ***8.3. Indicadores de actividad***

- Número y tasa de activaciones de EE-A
  - Por motivo de llamada
  - Por tramo horario
  - Por prioridad



- Número y tasa de activaciones de EE-T
  - Por motivo de llamada
  - Por tramo horario
  - Por prioridad
- Número y tasa de activaciones de EM
  - Por motivo de llamada
  - Por tramo horario
  - Por prioridad
- Número y tasa de derivaciones al hospital
  - Por juicio clínico
  - Por tramo horario
  - Por medios propios, T-EM o T-NA
- Igual para demandas transferidas a dispositivos asistenciales
- Número y tasa de actividad domiciliar global (EM, EE y UCCU) por distrito y provincia
  - Número y tasa de consultas urgentes medicas en las UCCU
  - Número y tasa de consultas urgentes enfermeras en las UCCU
  - Número y tasa de consultas urgentes medicas en los CAP
  - Número y tasa de consultas urgentes enfermeras en los CAP
  - Número y tasa de consultas urgentes medicas en los EM
  - Número y tasa de consultas urgentes enfermeras en los EM
- Número, tasa y % de derivaciones al hospital desde UCCU/CAP

#### ***8.4. Indicadores de calidad***

- Grado de cumplimentación de estatus de los EE T
- Grado de cumplimentación de estatus de los EM/UCCU/CAP
- Grado de cumplimentación de estatus global
- Número y tasa de reclamaciones. Tiempo medio de respuesta
  - Por prioridad
  - Por tramo horario
- Tiempo de Demora: desde que se recibe la llamada hasta que sale la unidad para el aviso.
  - Por prioridad
  - Por tramo horario
- Tiempo medio de respuesta
- Tiempo medio de recuperación
- Tiempo medio de asistencia
- Tiempo medio de ocupación



- Tiempo de asignación
- Numero y % de actuaciones por encima del tiempo máximo estándar de respuesta
- Número de activaciones de EE/EM en 2ª opción
- Número de activaciones de EE/EM en 3ª opción
- Grado de comunicación juicio clínico final de los EE
- Grado de comunicación juicio clínico final de los EM
- Grado de comunicación juicio clínico final de las UCCU
- Grado de comunicación juicio clínico final de los CAP
- Grado de comunicación de juicio clínico final global
- Porcentaje de concordancia diagnóstica juicio inicial CCUE-juicio final del dispositivo asistencial
- Número y porcentaje de rellamadas
- Acontecimientos centinela descritos en planes integrales o procesos

## ACRÓNIMOS

- **SSPA**, Sistema Sanitario Público de Andalucía
- **SAS**, Servicio Andaluz de Salud
- **EPES**, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias
- **CCUE**, Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias
- **DCCU**, Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias
- **CAP**, Centro de Atención Primaria de Salud
- **PAC**, Punto de Atención Continuada
- **UCCU**, Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias
- **EE-T**, Equipo de Emergencia Terrestre del 061
- **EE-A**, Equipo de Emergencia Aéreo del 061
- **ECA**, Equipo de Coordinación Avanzada del 061
- **EM**, Equipo Móvil del DCCU
- **RTU**, Red de Transporte Urgente
- **T-EM**, Transporte de Equipo Móvil de un DCCU
- **T-NA**, Transporte No Asistido

## GLOSARIO

- **Demanda**, solicitud de un usuario al sistema sanitario público de prestación de un servicio para resolver un problema de salud.
- **Dispositivo Asistencial**, recurso responsable de la prestación de asistencia en una determinada zona y horario. Puede tratarse de una UCCU, de un EM o de un CAP.
- **Activar un Dispositivo**, acto de poner en marcha un dispositivo asistencial para resolver una demanda de asistencia recibida en el CCUE.
- **Transferir la Demanda**, acto de transmitir todos los datos de una demanda asistencial recibida en el CCUE al dispositivo asistencial responsable de la prestación de asistencia.
- **Transferir la llamada**, acto de pasar la llamada recibida en el CCUE al dispositivo asistencial, para que el responsable de la prestación de asistencia hable directamente con el usuario.
- **Rellamada**, llamada realizada por un usuario al CCUE relacionada con una llamada previa en la que solicitó una demanda de asistencia.

## **TERMINOLOGÍA PARA EL CUADRO DE MANDO**

- **Tiempo medio de Asignación**, mide la diferencia de tiempos entre la hora de recepción de la llamada y la hora de asignación del recurso.
- **Tiempo medio de Activación (o de Demora, en su caso)**, mide la diferencia de tiempos entre la hora de asignación y la hora de salida hacia el lugar de la asistencia. En el caso de servicios que sufren demora por encontrarse ocupado el recurso que debe resolver la demanda, el tiempo medio de activación se denominaría tiempo medio de demora.
- **Tiempo medio de Respuesta**, mide la diferencia de tiempos entre la hora de recepción de la llamada y la hora de llegada del recurso al lugar de la asistencia.
- **Tiempo medio de Asistencia**, mide la diferencia de tiempos entre la hora de llegada del recurso al lugar de la asistencia y la hora en que inicia el traslado del paciente al centro sanitario o que queda disponible en el lugar de la asistencia.
- **Tiempo medio de Recuperación**, mide la diferencia de tiempos entre la hora en la que finaliza la prestación de una asistencia y la hora en la que comunica su estado de disponibilidad.
- **Tiempo medio de Ocupación**, mide la diferencia de tiempos entre la hora de activación del recurso y la hora de disponibilidad.