

Sanidad  
CFGM Emergencias Sanitarias

**ANEXO PARA ANDALUCÍA**

# **Atención sanitaria especial en situaciones de emergencia**

José Antonio Moreno Molina  
Ana Campos Gómez  
Marc Fabra Raduà  
Sergio Martínez Vega



# Anexo para Andalucía



# Las emergencias sanitarias

La Consejería de Salud y Familias tiene las competencias en materia de salud. A ella están adscritos distintos organismos, entre los que destacan el *Servicio Andaluz de Salud (SAS)* y la *Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES)*.

## Servicio Andaluz de Salud



Creado en 1986, se ocupa de la gestión del conjunto de prestaciones sanitarias en el terreno de la promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y rehabilitación que le corresponda en el territorio de la Comunidad Autónoma de Andalucía. El SAS presta atención a emergencias sanitarias a través del Servicio de Urgencia de Atención Primaria (SUAP), que dispone de equipos movilizables (EM). Los hay de tres tipos:

- **EM preferentemente fijos.** Realizan la asistencia dentro del SUAP la mayor parte del horario de atención urgente, pero pueden salir al exterior dejando el centro sin cobertura en circunstancias especiales y para atender alertas de prioridad 1 o 2.
- **EM sin vehículo propio.** No se activan inmediatamente porque no disponen de vehículo y es necesario asignarles uno. Su activación no conlleva el cierre del centro, puesto que si sale deja a otro u otros equipos en el mismo.
- **EM preferentemente móviles.** Son equipos de guardia con vehículo propio que pueden realizar salidas externas dejando otro u otros equipos en el SUAP.

En ningún caso los equipos son exclusivamente fijos ni exclusivamente móviles, por lo que mientras no exista una salida (urgencia externa) deben atender a pacientes dentro del centro (urgencia interna). La activación de estos recursos se realiza desde los Centros Coordinadores de Urgencias y Emergencias (CCUE), que gestiona la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES).

### Documento 1

#### Los códigos de los equipos movilizables

Los equipos movilizables de los SUAP se identifican mediante un código formado por:

1. Una M, de movilizable.
2. Dos dígitos:
  - Primer dígito: 1 si el EM tiene vehículo propio y 0 si no tiene.
  - Segundo dígito: hace referencia a la situación asistencial dentro del centro (1-9 deja el centro cubierto por otro equipo; 0 deja el centro cerrado o descubierto).
3. El nombre del SUAP al que pertenece, que es el de la localidad donde este se encuentre.

Hay, por tanto, cuatro posibilidades: M00, M01 a M09, M10 y M11 a M19.

## Empresa Pública de Emergencias Sanitarias

Se creó en 1994 para la atención a las emergencias sanitarias. Sus principales funciones son:



- Gestión del teléfono de emergencias 061.
- Gestión de los Centros Coordinadores de Urgencias y Emergencias (CCUE).
- Asistencia sanitaria a la emergencia.
- Coordinación de la red de transporte urgente.

Existe un CCUE en cada provincia, con uno o dos médicos coordinadores y personal de teleoperación. En Málaga y Sevilla las salas son de alta complejidad, y en ellas hay más personal: un jefe de sala, médicos y enfermeros coordinadores, gestores de recursos y teleoperadores. Existe una pasarela bidireccional de datos y voz entre los centros coordinadores de EPES y los centros coordinadores del 112. Esto permite que las demandas de asistencia sanitaria provenientes del 112 se transfieran sin demora a las salas del 061, incluyendo todos los datos recabados durante la primera atención.

## La coordinación

En la asistencia a las urgencias y emergencias en Andalucía intervienen los equipos de emergencias de EPES y también equipos móviles de urgencias de atención primaria del Servicio Andaluz de Salud. Para una adecuada coordinación se consensuaron distintos protocolos de coordinación EPES/SAS.

## El proceso de atención

La coordinación de los distintos recursos se realiza mediante los Protocolos de Coordinación de la Asistencia Extrahospitalaria Urgente y Emergente del SSPA (PODUE), elaborados en 2006. Las llamadas se reciben en el centro coordinador que corresponda. El personal de teleoperación atiende de las llamadas entrantes siguiendo protocolos específicos de preguntas. Según el resultado podrá:

- Activar un dispositivo.
- Transferir la demanda al dispositivo asistencial correspondiente.
- Derivar a la persona al dispositivo asistencial adecuado.
- Resolver la demanda, dando información o consejo sanitario.

Cuando la demanda es de mayor complejidad la atiende personal médico o de enfermería, que decide qué tipo de recurso enviar o resuelve la asistencia mediante un consejo sanitario. La resolución de las demandas de asistencia se clasifica en cinco niveles de prioridad:

- **Prioridad 1.** Emergencias. El tiempo máximo de respuesta para esta prioridad se establece en 15 minutos en al menos el 70% de los casos.
- **Prioridad 2.** Urgencias no demorables. El tiempo máximo de respuesta para esta alerta de prioridad se establece en 40 minutos en al menos el 70% de los casos

- **Prioridad 3.** Urgencias demorables. El tiempo máximo de respuesta para esta alerta de prioridad se establece en 150 minutos en, al menos, el 70% de los casos
- **Prioridad 4.** Avisos a domicilio por médico o enfermero de primaria. El tiempo máximo de respuesta para esta alerta de prioridad se establece en 720 minutos en, al menos, el 70% de los casos
- **Prioridad 5.** No son situaciones de urgencias, corresponden a problemas de salud que han de ser atendidos en los CAP. Los CCUE facilitarían la petición de citas a través de Salud Responde.

El PODUE incluye el siguiente esquema sobre la actuación en cada caso:



## Documento 2

### El estatus de los equipos movilizables

El CCUE necesita conocer el estado y la posición de todos los equipos movilizables (EM), por lo que todos deben informar de su estatus:

- Estado 1: salida (E).
- Estado 2: llegada al lugar (EL).
- Estado 3: traslado de la persona (EC).
- Estado 4: transferencia de la persona en el destino (hospital o SUAP) (EE)
- Estado 5: fin de transferencia (ED).
- Estado 6: disponible (D).

## La continuidad asistencial

El centro receptor en el caso de traslados debe recibir la información necesaria para saber qué valoraciones, intervenciones, o tratamientos se han realizado a cada paciente que llega a sus servicios de urgencias.

También deben recibir aviso de las llegadas y, en caso de que sea necesario, una alerta para que preparen determinados servicios o personal para poder atender casos especialmente graves en que una tardanza en la atención puede resultar fatal.

Por todo ello, además de la coordinación entre los distintos agentes implicados en la atención extrahospitalaria también es necesario que estos se coordinen con los hospitales. Para conseguirlo, en cada provincia existe un grupo de trabajo, denominado Comisión Provincial de Urgencias, formado por gerentes de hospital, directores de distrito y el director del 061. En estas comisiones se abordan los procesos de urgencias de forma integral. También se han desarrollado distintos procesos asistenciales, comunes a las ocho provincias, entre los que destacan:

- **Proceso ACV.** Con la implantación de un Código Ictus común para disminuir tiempos en la asistencia y facilitar el tratamiento.
- **Atención al trauma grave.** Se definen códigos de prealerta hospitalaria que minimicen los tiempos de actuación.
- **Síndrome coronario agudo.** Se han desarrollado protocolos que definen claramente las actuaciones en función del tiempo transcurrido.

La siguiente imagen muestra algunos de los códigos de activación, operativos en las ocho provincias:

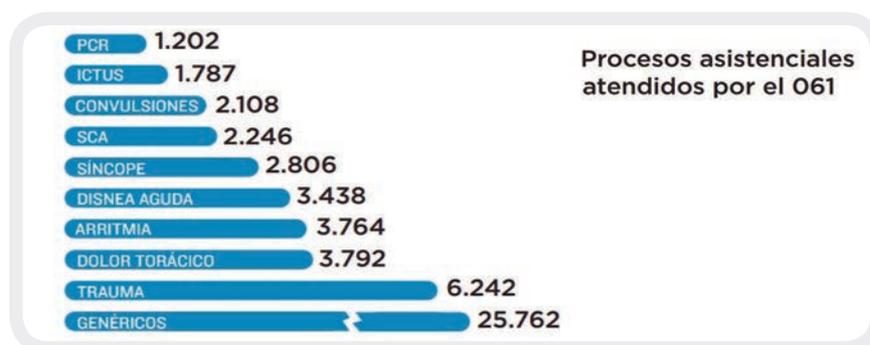
Servicio Andaluz de Salud Empresa Pública de Emergencias Sanitarias CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS		Códigos de activación y prealerta de emergencia en procesos tiempo dependientes		061
	Cuándo activar	Qué hacer	Cómo activar el Código	
 <b>INFARTO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Dolor torácico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

## Patologías más habituales

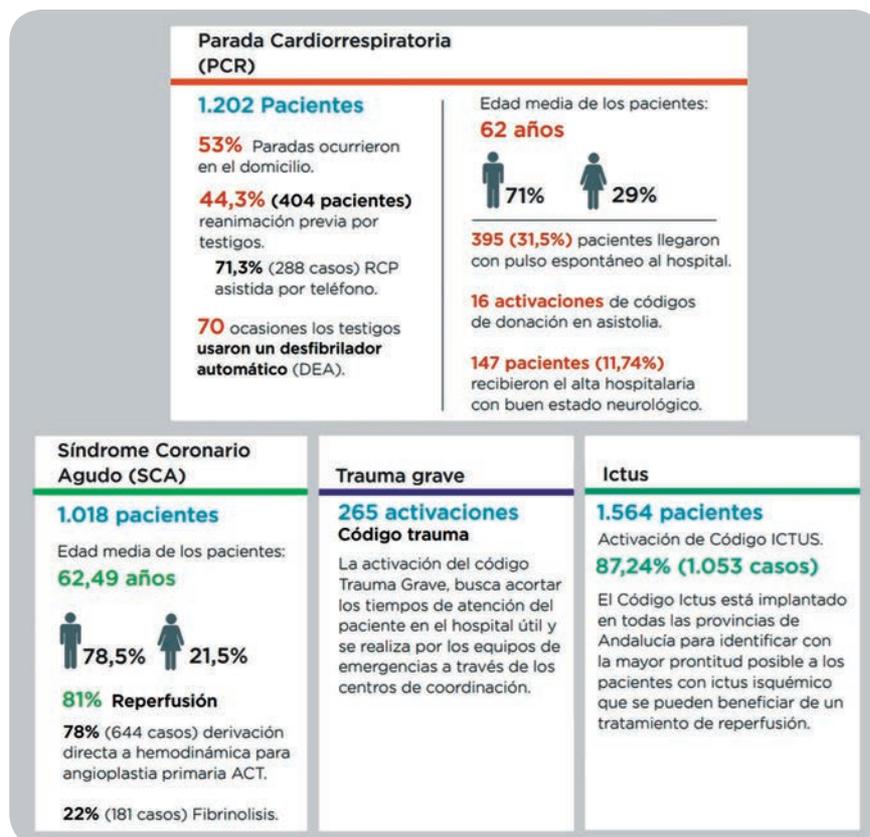
El control de calidad de los sistemas sanitarios estudia distintos parámetros e indicadores que permiten valorar el trabajo y plantear mejoras. Uno de los aspectos que se estudia en este contexto es el número de atenciones prestadas y las patologías que han causado esas solicitudes de ayuda.

Esta información permite ajustar el servicio a la demanda real (mejorando la dotación, formando al personal, etc.) y, en algunos casos, emprender acciones de salud pública para intentar reducir la incidencia de algunas patologías.

La Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES) presenta públicamente informes anuales en los que ofrece información sobre su actividad. Las principales causas de asistencia en el periodo es una de las informaciones que publica. En la Memoria Anual 2018 ofrece la siguiente información sobre este tema:



También detalla características destacadas sobre las principales causas de asistencia, como las que recoge en la tabla siguiente:





**Altamar**

[www.altamar.es](http://www.altamar.es)