



proceso genérico: **proceso universal_0**

Aprobado: **Dirección asistencial**
Enero 2024

ÍNDICE

1	DEFINICIÓN. ALCANCE Y OBJETIVOS	3
1.1.	ENTRADA AL PROCESO	3
1.2.	LÍMITES MARGINALES	4
1.3.	OBJETIVOS	4
2	INTRODUCCIÓN Y RECOMENDACIONES CLAVE	5
	RECOMENDACIONES CLAVE	5
	ASISTENCIA PROCESO UNIVERSAL EMERGENCIAS 061	5
	CALIDAD DE LA EVIDENCIA	5
	FORTALEZA DE LA RECOMENDACIÓN	5
3	ACTIVACIÓN DE RECURSOS	7
4	ACERCAMIENTO AL LUGAR Y AL PACIENTE	7
5	EQUIPO DE EMERGENCIAS 061. EE061	8
5.1.	EE061. ABORDAJE ABCDE	8
5.2.	ENCUADRE CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	9
5.3.	ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO Y PRONÓSTICO	10
5.4.	MANEJO TERAPÉUTICO	12
5.5.	EE061. RESOLUCIÓN DE LA ASISTENCIA	12
5.6.	EE061. CÓDIGO DE ACTIVACIÓN HOSPITALARIA	13
6	EQUIPO DE COORDINACIÓN AVANZADA 061. ECA061	13
6.1.	COMUNICACIÓN ECA-CENTRO COORDINADOR	14
6.2.	ECA061_EVALUACIÓN INICIAL. ABORDAJE ABCDE	15
6.3.	ECA061. MANEJO DEL CÓDIGO ECHO	18
6.4.	ECA061. RESOLUCIÓN	19
7	CUIDADOS DE ENFERMERÍA UNIVERSALES 061	20
7.1.	SITUACIÓN BASAL PREVIA	20
7.2.	VALORACIÓN DE NECESIDADES	21
7.3.	IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS Y OBJETIVOS	21
7.4.	INTERVENCIONES	21
8	SOPORTE VITAL BÁSICO 061	22
8.1.	PRIORIDADES ASISTENCIALES Y CRITERIOS DE INCLUSIÓN EN SVB 061	22
8.2.	EVALUACIÓN DEL PACIENTE EN SVB 061	22
8.3.	CLASIFICACIÓN DE COMPLEJIDAD DEL PACIENTE Y RESOLUCIÓN EN SVB 061	24
8.4.	COMUNICACIÓN CON CCUE O ENFERMERO TRIAJE HOSPITALARIO DEL SVB 061	25
9	INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES	25
10	TRANSFERENCIA ISOBAR	25
11	INDICADORES DE CALIDAD PROCESO UNIVERSAL 061	26
12	BIBLIOGRAFÍA Y METODOLOGÍA	27

Autores

Luque Hernández, MJ

Bocanegra Pérez, Ana
Calvo Sabio, J
Carricondo Avivar, M
Gallego España, FJ
García Cazalilla, MC
Gómez Martínez, C
Gutiérrez García, C
López López, Cristina
Pérez Díaz, Mario Jesús
Prados Arredondo, C
Sáenz Gómez, J
Vélez Venegas, A
Villadiego Sánchez, JM

Coordinadora

Luque Hernández, María José

Revisión interna

Gutiérrez García, Carmen
López López, Cristina
Luque Hernández, María José
Pérez Díaz, Mario Jesús

Tiempo de lectura: 20 minutos.

1 DEFINICIÓN. ALCANCE Y OBJETIVOS


La asistencia en emergencias extrahospitalarias en España presenta características diferentes (modelo francoalemán con personal médico) a la mayoría de los países del entorno. Dentro del territorio nacional los modelos autonómicos tienen una variabilidad organizativa amplia. La investigación en el ámbito es heterogénea, con validez externa escasa.



Este proceso asistencial pretende reunir la evidencia en torno al ámbito extrahospitalario de emergencias 061 aplicable en Andalucía y describir la actuación de cualquier recurso y su toma de decisiones con menor variabilidad, incluyendo los recursos disponibles y las áreas estratégicas de seguridad del paciente y humanización.

CIE-10	Definición
•	Asistencias en paciente adultos con cualquier CIE10.




1.1. Entrada al proceso

Demanda asistencial que presenta síntomas o signos de enfermedad que requieren atención sanitaria por cualquier recurso 061. Alcanza los aspectos clínicos y procedimientos transversales de **todos los pacientes adultos atendidos en emergencias extrahospitalarias 061**. Se excluyen **las actuaciones específicas del resto de Procesos Asistenciales** concretos.

Se introducen las **medidas de seguridad del paciente y humanización de la asistencia** dentro de la evolución lógica y secuencial de actuación, alineada con la [Estrategia de Seguridad del Paciente del SSPA](#)  y con la

[Estrategia de Humanización](#) . Señaladas las medidas de Seguridad del Paciente con [SegP] y de Humanización con su logo .

Este proceso afecta a **todos los recursos 061** (EE061, ECA y SVB061), y se integran en él los **cuidados enfermeros** (Capítulo de cuidados y [NIC insertas en el proceso \(en verde\)](#)).

El GdT de Seguridad del Paciente  y el GdT de Humanización , así como el GdT Enfermería de Práctica Avanzada del CES 061 , se involucran en la entrada y actuaciones en secuencia de todos los procesos asistenciales.

Se inicia el proceso general en el momento de la activación del recurso por parte del Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias (CCUE), con el estatus A (Activación-asignación).

1.2. Límites marginales

Asistencia relacionada con los Procesos Asistenciales específicos, cuyas recomendaciones se sumarán a las descritas en este proceso general Parada Cardiorrespiratoria (PCR), Cardiológicos, Neurológicos, Respiratorios, Trauma grave.

1.3. Objetivos

- Describir la asistencia universal de calidad en emergencias extrahospitalarias desde el momento de la asignación del recurso 061 en toda Andalucía.
- Realizar recomendaciones basadas en la evidencia de la asistencia extrahospitalaria del paciente crítico en abordaje secuencial ABCDE.

2 INTRODUCCIÓN Y RECOMENDACIONES CLAVE

El Proceso Asistencial Universal 061 se aplica a todas las asistencias del Centro de Emergencias 061 (CES061).

Tabla 1. Recomendaciones Clave Proceso Universal 061

RECOMENDACIONES CLAVE ASISTENCIA PROCESO UNIVERSAL EMERGENCIAS 061	Calidad de la evidencia	Fortaleza de la recomendación
Se recomienda tiempo de activación en inconsciente, PCR y trauma grave posible <1min.	OE 061	Fuerte
Se recomienda tiempo de activación en p1<2min.	OE 061	Fuerte
Se sugiere tiempo de activación en p2<2min.	OE 061	Condicional
Se efectuará identificación inequívoca del paciente lo antes posible.	Recomendación ACSA / ESSPA/ SAS(1,2)	
Se recomienda el lavado de manos, con solución hidroalcohólica si no hay suciedad visible y con agua y jabón si la hay, incluso en presencia de guantes.	Alta(3)	Fuerte
Se recomienda el abordaje ABCDE inicial a todos los pacientes asistidos.	Baja (4)	Fuerte
Se recomienda valorar la posibilidad de alergias medicamentosas en todos los pacientes asistidos.	Alta (5)	Fuerte
Se sugiere EN TODOS LOS PACIENTES Y RECURSOS la realización de la escala NEWS2 para la evaluación temprana de la gravedad en la atención de emergencia.	Baja (6-8)	Fuerte
Se recomienda valorar escala de dolor adecuada a todos los pacientes asistidos con procesos compatibles con presencia de dolor, incluso con bajo nivel de conciencia, seguida del manejo si el dolor es mayor de 2 en escala EVA.	Alta (4,5)	Fuerte
Se recomienda la escala conductual del dolor (BPS) en pacientes inconscientes.	OE (5)	Fuerte
Se recomienda manejo farmacológico del dolor con: <ul style="list-style-type: none"> - Óxido nitroso en situaciones agudas de rápida resolución. - Paracetamol y AINES en dolor leve a moderado. - Metamizol en cólico renal y pancreatitis aguda. - Opioides en dolor severo mayor de 7 a la menor dosis posible - Ondansetron en náuseas inducidas por opiáceos. Evitar AINES en paciente mayor, hipertenso, con patología renal o gastrointestinal o si se han consumido vía oral hace menos de 6 horas.	Baja, OE (4,5)	Condicional
Se sugiere la ketamina como coadyuvante a la estrategia de analgesia y sedación en el paciente inestable.	Moderada(4)	Fuerte
Se sugiere el abordaje multimodal del dolor con medidas no farmacológicas y varios fármacos más que opioides solo.	Baja (9)	Condicional
Se recomienda la asociación de hipnótico y opiáceo en sedación profunda siempre que esté justificado.	Moderada(4)	Fuerte
Se recomienda la sedación ligera en el paciente crítico para disminuir el desarrollo de recuerdos asociados a ilusiones y alucinaciones.	Moderada(4)	Fuerte
Se recomienda usar con precaución agentes sedantes en el paciente inestable.	Moderada(4)	Fuerte

RECOMENDACIONES CLAVE ASISTENCIA PROCESO UNIVERSAL EMERGENCIAS 061	Calidad de la evidencia	Fortaleza de la recomendación
Se recomienda evitar la administración de benzodiacepinas en pacientes con alto riesgo de delirio (ancianos, demencia)	Alta(4)	Fuerte
Se sugiere el uso de escalas clínicas validadas (Ramsay) para valorar sedación.	Muy baja(4)	Condicional
Se sugiere estratificación de la fragilidad clínica FCS como predicción de complicaciones y apoyo para la toma de decisiones. No hacer: No tome decisiones clínicas sin una evaluación funcional en pacientes mayores de 75 años.	OE(10,11)	Condicional
Se recomienda el doble o triple chequeo (Prescripción-Carga-Administración) de administración de medicación entre médico y enfermera.	OE (061)	Fuerte
Todas las unidades garantizarán traslado no asistido con constantes en márgenes de seguridad según NEWS2.	OE (061)	Fuerte
Es función capital de la enfermera de emergencias, la detección del paciente vulnerable y su derivación a Enfermera Gestora de Casos (EGC).	OE (SSPA/061(12))	Fuerte
Se recomienda la activación o prealerta del equipo hospitalario en códigos especiales.	OE (SSPA)	Fuerte
Se evaluará al paciente mediante Código1-INDIA-ECHO-Cuidados en paciente asistido por Equipo de Coordinación Avanzada (ECA).	OE (061)	Fuerte
Se recomienda realizar ECG en todos los pacientes con síntomas relacionados con “mareo”.	Baja(13)	Fuerte
El ECA trabajará en equipo con coordinador médico en pacientes ECHO sin protocolo específico.	OE (061)	Condicional
Se producirá por parte del ECA y del CCUE activación inmediata de EE 061 en Código 1.	OE (061)	Fuerte
Se recomienda prescripción en Coordinación mediante “Orden médica” por escrito.	OE (061)	Fuerte
La enfermera de emergencias deberá valorar, aplicar y registrar Cuidados enfermeros en cualquier demanda o asistencia con enfermera presente presencial o telemáticamente.	OE (061)(12)	Fuerte
Se sugiere acompañamiento familiar que el paciente desee en toda la asistencia.	OE (061)(14)	Condicional
Se recomienda orientar la información al paciente hacia la toma de decisiones compartidas.	OE(15)	Fuerte
Se recomienda transferencia ISOBAR tanto por médico como por enfermera en todas las comunicaciones.	OE (061)	Fuerte

3 ACTIVACIÓN DE RECURSOS

El operador GR (Gestor de Radio) contactará telefónicamente con el equipo y en el momento en el que la comunicación sea efectiva, asignará la asistencia.




- **Transmisión de información.** En este orden: **Prioridad asignada por CCUE, dirección de la asistencia, y motivo de demanda** con explicación del motivo literal y anotaciones del coordinador.
- **Tiempo de activación.** Tiempo en segundos desde la asignación de la asistencia hasta la movilización de la unidad móvil. Estándar para prioridad 1 (p1) y prioridad 2 (p2) <120 segundos [SegP].
- **Tiempo de recurso.**

Tiempo en minutos desde la asignación de la asistencia al recurso hasta su llegada al lugar.



- Estándar para p1 urbano < 10 minutos.
- Estándar para p1 periférico < 20 minutos.
- Estándar para p2 urbano < 20 minutos.
- Estándar para p2 periférico <40 minutos.

PREBRIEFING: Durante el camino hacia el lugar, puede consultar antecedentes y tratamiento crónico previo, así como asistencias anteriores a través de la HCDM si en el CCUE durante la gestión de la demanda se han introducido datos personales inequívocos del paciente según [PG 48 Identificación Inequívoca](#) [SegP]
EPI: Guantes. Realice higiene de manos con gel hidroalcohólico [SegP].

4 ACERCAMIENTO AL LUGAR Y AL PACIENTE

- CONDUCTA PAS (Proteger, Avisar, Socorrer). Controle en primer lugar el entorno.
- **En situación de riesgo** para el equipo o el paciente, solicite ayuda al CCUE: Fuerzas de Seguridad (FFSS) o bomberos. En situaciones extremas, utilice la tecla de pulsado rápido durante unos segundos en el terminal móvil (con el número establecido en su Servicio Provincial, SP).
- **Preséntese** al paciente o familia, si la situación lo permite, con su categoría profesional. 
- Utilice un **enfoque empático**, hablando al paciente de frente y manteniendo el contacto ocular. Preste atención a la comunicación no verbal. 
- **Integre a la familia** durante la asistencia, y permita el **acompañamiento** como elemento de seguridad para el paciente y validación de la información necesaria.  [NIC 7170 Facilitar acompañamiento familiar](#).
- **Identifique al paciente de forma inequívoca**, si es posible ([PG48](#)): Pregunte **dos datos personales** y solicite tarjeta sanitaria o DNI con el fin de comprobar si la persona que se asiste es la introducida en HCDM. [NIC 6574 Identificación del paciente](#). [SegP].

Son datos personales inequívocos: nombre y apellidos, fecha de nacimiento completa (día, mes y año) y NUHSA, DNI o NIF/NIE. En los casos en los que no haya sido posible realizar una identificación inequívoca se cumplimentarán los campos, nombre con “DESCONOCIDO” y sexo del paciente. Al ingreso en hospital (código 35), rescataremos el NUHSA que se le asigna en admisión, dejando constancia de este en HCDM.

- Diríjase al **paciente por su nombre**. 
- En situaciones en las que se encuentre en vía pública, intente preservar la **confidencialidad e intimidad del paciente**  ([PG 28](#)).

En el **Proceso Asistencial Universal** se encuentran incluidos **todos los recursos asistenciales** del Centro de Emergencias 061:

- [Equipo de Emergencias Terrestres y Aéreo 061. EEA/EET.](#)
- [Equipo de Coordinación Avanzada 061. ECA.](#)
- [Soporte Vital Básico 061. SVB061.](#)

5 EQUIPO DE EMERGENCIAS 061. EE061

A la llegada al lugar, porte el material necesario para iniciar la atención estándar al paciente conforme al Apartado [3.5. Llegada de la Fase III y IV Asistencia Sanitaria y Resolución](#)

5.1.EE061. Abordaje ABCDE

→ Acercamiento al paciente con el médico en cabeza para manejo de vía aérea, enfermero en una extremidad superior para acceso a vía circulatoria y TES en tórax en el lado contralateral al enfermero para monitorización. Inicie la valoración de A con la permeabilidad de la vía aérea.

→ En paciente inconsciente, que no respira, y no tiene pulso, coloque parches de desfibrilación, empiece compresiones torácicas de calidad y continúe con las maniobras de SVA, según Proceso Asistencial PCR.

→ Valoración de vía aérea (A):

Si el paciente no habla, compruebe permeabilidad de la vía aérea. Descarte cuerpo extraño y retire si lo hubiera. Valore tolerancia de cánula orofaríngea. [NIC 3140 Manejo de la vía aérea.](#)

Realice si lo precisa, permeabilización definitiva de vía aérea (Intubación orotraqueal) según procedimiento de [Manejo Avanzado de la Vía aérea.](#) [NIC 3180 Manejo de las vías aéreas artificiales.](#)

→ Valoración de respiración (B).

Indique cianosis, patrón respiratorio y uso de músculos respiratorios, movilidad torácica y auscultación pulmonar bilateral.

Mida frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno (SatO₂). Señale la FIO₂ a la que el paciente está sometido (0,21 para aire ambiente). Maneje fracaso respiratorio agudo en su caso. Con disnea, coloque al paciente en sedestación. [NIC 3390 Ayuda a la ventilación](#) Administre oxigenoterapia en insuficiencia respiratoria.

→ Valoración de circulación (C).

Observe temperatura e hidratación de la piel, junto con el color. Explore llenado capilar.

Realice auscultación cardíaca si no la realizó junto con la auscultación pulmonar.

Palpe pulso radial, femoral según sospecha clínica.

Describa la presencia de hemorragias externas si no lo hecho inicialmente.

Monitoree ECG analizando frecuencia y ritmo cardíaco.

Tome constantes de tensión arterial y temperatura. [NIC 6680 Monitorización de signos vitales.](#) Evalúe Índice de Shock.

Ante tensión arterial con alteración significativa, repita la medición y coloque el monitor en TA con tomas automáticas cada 3-5-10 minutos. Evaluación, búsqueda de la causa y manejo de Shock.

Si indicado, haga ECG de 12 derivaciones. [NIC 4040 Cuidados cardiacos/ NIC 4044 Cuidados cardiacos: agudos](#)

Ante alteración de C, simultáneamente canalice vía venosa periférica o intraósea NIC 4190 punción intravenosa /NIC 2303 administración de medicación intraósea. y [toma de muestras](#) para laboratorio y ADI. NIC 4235 Flebotomía: vía canalizada.

➔ **Valoración del estado neurológico (D).**


Describa el nivel de conciencia y de orientación del paciente en su presencia y previo a su llegada, así como de amnesia del episodio. Explore pupilas y focalidad neurológica. Tome glucemia. Complete la escala de Glasgow (tabla 2). NIC 2620 Monitorización neurológica

En paciente inconsciente o coma, descarte coma reversible, busque la causa, continúe con el [Proceso Coma](#) si no es posible su filiación.

Tabla 2. Escala de Glasgow

Escala de Coma de Glasgow		
Criterio	Clasificación	Puntos
Apertura de Ojos		
Abre antes del estímulo	Espontánea	4
Tras decir o gritar la orden	Al sonido	3
Tras estímulo en la punta del dedo	A la presión	2
No abre los ojos, no hay factor que interfiera	Ninguna	1
Cerrados por un factor a nivel local	No valorable	NV
Respuesta Verbal		
Da correctamente el nombre, lugar y fecha	Orientado	5
No está orientado, pero se comunica coherentemente	Confuso	4
Palabras sueltas inteligibles	Palabras	3
Solo gemidos, sonidos	Sonidos	2
No se oye respuesta, no hay factor que interfiera	Ninguna	1
Existe factor que interfiere en la comunicación	No valorable	NV
Mejor Respuesta Motora		
Obedece la orden con ambos lados	Obedece	6
Lleva la mano por encima de la clavícula al estimularle el cuello	Localiza	5
Dobla brazo sobre codo rápido, las características normales	Flexión normal	4
Dobla el brazo sobre el codo, características anormales	Flexión anormal	3
Extiende el brazo	Extensión	2
No hay movimientos en brazos ni piernas. Sin factor que interfiera	Ninguna	1
Existe factor que interfiere en la comunicación	No valorable	NV

➔ **Exposición (E).**

Exponga al paciente para una correcta exploración completa, preserve su intimidad NIC 7460 Protección de los derechos del paciente . Cúbrale posteriormente para asegurar la conservación de la temperatura corporal.

5.2. Encuadre clínico y diagnóstico diferencial

- En un paciente estable, puede ejecutar un **ABORDAJE SECUENCIAL**.
- **Anamnesis:** Interrogue al paciente o familiares acerca del síntoma principal por el que necesita asistencia en este momento y síntomas de nueva aparición (cuadro agudo).
- Si no lo ha hecho antes, consulte al paciente, familiar o en HCDM sobre **alergias**, antecedentes personales y medicación previa [SegP].

- **Monitorización de constantes vitales:** Todos los pacientes asistidos tendrán al menos una toma inicial de **frecuencia respiratoria y cardíaca, saturación de oxígeno, tensión arterial, escala de Glasgow, ritmo cardíaco y temperatura [SegP]**. Eventualmente, según indicación, glucemia, escala de dolor o capnografía. NIC 6680 Monitorización de signos vitales.
- En cualquier cuadro en el que pueda sentir dolor, la **valoración del dolor [SegP]** debe efectuarse con una escala adaptada a su situación. Una disminución del nivel de conciencia no exime de ejecutar valoración de dolor. Las escalas de valoración disponibles en HCDM son: la numérica (0-10), la verbal (0-3) y la visual pediátrica. Para pacientes inconscientes utilice la escala BPS (Tabla 3).

Tabla 3. Behavioral Pain Scale (BPS)

Expresión facial	
Relajada	1
Parcialmente contraída	2
Fuertemente contraída	3
Mueca de dolor	4
Movimiento de miembros superiores	
Sin movimiento	1
Parcialmente flexionado	2
Fuertemente flexionado o flexión de dedos	3
Permanentemente flexionados	4
Adaptación a ventilación mecánica	
Tolerada	1
Tosiendo con tolerancia la mayoría del tiempo	2
Lucha con el ventilador	3
Imposible de ventilar	4

Ausencia de dolor 3 puntos

Máximo dolor 12 puntos

Se establecerá tratamiento no farmacológico o farmacológico del dolor si el nivel es mayor de 2 en la escala EVA o a partir de dolor moderado en la escala verbal. NIC 1410 Manejo del dolor: agudo.

- **Exploración Física.** Haga una exploración completa.
- **Exploraciones complementarias:**
 - **Ecografía clínica** según el cuadro. Registre su interpretación en HCDM.
 - **Análisis de Diagnóstico Inmediato (ADI):** Plantee una gasometría venosa, hemograma, bioquímica, o dímero D en pacientes con cuadros inespecíficos no filiados especialmente en edades avanzadas, con patología crónica, polimedcados o en los que valore dejar en domicilio.
Son indicaciones generales de gasometría venosa:
 - Shock o fracaso cardiocirculatorio no filiado.
 - Alteraciones de conciencia no filiadas.
 - Hiperglucemia casual o no mayor de 250 mg/dL.
 - Cuadros inespecíficos, especialmente en el paciente frágil, crónico complejo o polimedcado.
 - Específicas de cada proceso asistencial.

5.3. Estratificación de riesgo y pronóstico

Estratifique el pronóstico en general, mediante la **escala News2** (tabla 4). Permite la estratificación de la gravedad en emergencias extrahospitalarias de forma ágil y precisa (útil también en prealerta y transferencia).

Tabla 4. Escala NEWS2

NEWS 2	3	2	1	0	1	2	3
Fr. respiratoria	<=8		9-11	12-20		21-24	>=25
SatO2	<=91	92-93	94-95	>=96			
SatO2 EPOC	<=83	84-85	86-87	88-92 >=93 sin O2	93-94 con O2	95-96 con O2	>=97 con O2
O2 suplementario		SI		Aire ambiente			
TA sistólica	<=90	91-100	101-110	111-219			>=220
Frecuencia cardíaca	<=40		41-50	51-90	91-110	111-130	>=131
Nivel de consciencia				Alerta			CVDI
Temperatura	<=35		35.1-36	36.1-38	38.1-39	>=39.1	

The wording of this translation has not been specifically approved by the Royal College of Physicians

Interpretación NEWS2

- Puntuación de 0-4= Riesgo clínico bajo.
- Puntuación aislada en una constante de 3 puntos = riesgo bajo medio.
- Puntuación agregada de 5-6 = riesgo medio.
- Puntuación de 7 o más= riesgo alto o emergencia.
-

En pacientes crónicos o frágiles, estratifique mediante la escala de fragilidad clínica (CFS, tabla 5) la situación del paciente previa a la asistencia. Evalúa el pronóstico en el paciente crítico y la adecuación del esfuerzo terapéutico (AET).

Tabla 5. Escala CFS. Fragilidad clínica

PUNTOS	DENOMINACIÓN	DESCRIPCIÓN
1	MUY EN FORMA	Personas robustas, activas y motivadas que se ejercitan.
2	BIEN	No tienen síntomas de enfermedad. Se ejercitan ocasionalmente.
3	BUEN DESEMPEÑO	Problemas médicos bien controlados. Caminan a paso ligero.
4	VULNERABLE	No necesitan ayuda, con síntomas que limitan la actividad. Se mueven lentamente y se cansan fácilmente. Posible uso de bastón.
5	LIGERAMENTE FRÁGIL	Problemas para resolver tareas complejas como finanzas o tareas domésticas pesadas. Deterioro evidente para hacer compras. Andador.
6	MODERADAMENTE FRÁGIL	Acompañado siempre fuera de casa o no sale, y ayuda dentro de casa y el baño. Pueden vestirse. Andador.
7	SEVERAMENTE FRÁGIL	Dependientes para cuidados personales básicos. Silla de ruedas.
8	MUY SEVERAMENTE FRÁGIL	Completamente dependientes. En cama.
9	TERMINAL	Expectativa de vida de menos de 6 meses.
DEMENCIA	- LEVE - MODERADA. - SEVERA	- 5 o ligeramente frágil. - 6 o moderadamente frágil. - 7-8 severamente frágil.

5.4. Manejo terapéutico

Medidas generales y soporte inicial.

Utilice el **abordaje ABCDE** con manejo simultáneo a evaluación.

Tratamiento farmacológico.

Asegure que se ha realizado interrogatorio sobre **alergias del paciente** [SegP].

Efectúe **doble chequeo**: La enfermera debe verbalizar el doble verificado del fármaco a administrar [SegP]. NIC 2300 Administración de medicación y variantes.

La prescripción se proporciona de la siguiente forma:

- Medicamento (Denominación científica internacional o DCI) sin abreviar.
- Dosis (g, mg, mcg).
- Vía de administración.
- Velocidad de Perfusión IV: Proporcionar masa-peso de soluto/masa-peso corporal de paciente/velocidad de infusión (mg/kg/h).
- Paciente (especialmente en los casos de atención a múltiples víctimas).

En la **forma de administración** tenga en cuenta [SegP]:

- Dosis y perfusiones estandarizadas y si es posible, idénticas a las utilizadas en el hospital de referencia.
- Revisión de la permeabilidad de la vía venosa.
- Use bomba de infusión en la administración de fármacos de alto riesgo en perfusión.
- Identifique bolsas o jeringas con los fármacos cargados y su dilución.
- Registre el tratamiento administrado y hora de administración. Seguimiento de los efectos.

5.5. EE061. Resolución de la asistencia

5.5.1. EE. CRITERIOS DE SEGUIMIENTO DOMICILIARIO

Recoja en la historia todas las constantes NEWS (Fr, Saturación O2, Fc, TA, Glasgow, temperatura) [SegP].


Asegure apoyo domiciliario en pacientes vulnerables y ofrezca si lo precisa derivación a su médico o enfermera de familia o enfermera gestora de casos, identificando el criterio de vulnerabilidad ([Manual de Cuidados](#)). NIC 8100 Derivación. **Códigos especiales: Derivación a EGC.**

Todos los pacientes que permanecen en casa o códigos 34 pueden ser telefoneados para **seguimiento activo de su evolución por Salud Responde**. Si usted cree que no se debe hacer este seguimiento deberá señalar en Códigos especiales: No seguimiento por Salud Responde.

5.5.2. EE. CRITERIOS DE DERIVACIÓN HOSPITALARIA Y MEDIO DE TRASLADO

Decida derivación urgente si valora necesidad y beneficio de la evaluación hospitalaria para el diagnóstico diferencial final y el manejo definitivo del cuadro clínico.

Provea un medio seguro de traslado. Traslade pacientes sin asistencia (**medios propios o ambulancia no asistida**) en procesos no críticos y con constantes dentro de márgenes de seguridad. El traslado se realizará por el EE en el caso de que las últimas constantes tomadas se encuentren en los siguientes valores [SegP]:

- Nivel de Conciencia: escala AVDI en D o I o Escala de Glasgow <13.
 - Frecuencia Respiratoria: ≤ 10 o ≥ 25 rpm
 - Saturación de Oxígeno: ≤ 90 %.
 - Frecuencia Cardíaca: ≤ 40 o ≥ 131 lpm
 - Tensión Arterial Sistólica: ≤ 90 o ≥ 220 .
- Recabe siempre que sea posible el **consentimiento verbal** al paciente o a su representante.
 - En menores de edad o discapacitados **aporte nombre y DNI de su representante legal** en HCDM. [PG29](#).
 - Durante el traslado, ofrezca al paciente la posibilidad de acompañamiento en la ambulancia por familiar hasta la llegada al hospital  .

5.6.EE061. Código de activación hospitalaria

Son códigos especiales de prealerta hospitalaria que se rigen por su **proceso específico** [SegP].:

- Código Infarto. Código Angioplastia. Código fibrinólisis.
- Código Ictus.
- Código Trauma grave.
- Código Sepsis.
- Código Donación en Asistolia. Código Alfa.
- Código PCR por FV refractaria Código Bravo.

Los códigos deben estar consensuados con el hospital de referencia, **garantizando continuidad asistencial**. A criterio del médico del equipo, el Hospital puede ser prealertado ante todo paciente crítico que precise intervención inmediata.

Durante la transferencia telefónica para la prealerta, utilice [la técnica ISOBAR](#) [SegP].

6 EQUIPO DE COORDINACIÓN AVANZADA 061. ECA061

A la llegada al lugar, porte el Material “Básico” (Fase 3-4 Asistencia Sanitaria) necesario para iniciar toda asistencia con independencia del proceso asistencial:

- Enfermera: Mochila Básica ECA y Tablet PC.
- TES: Monitor Desfibrilador y Bombona B2 de oxígeno.

Otro material adicional dependerá de la sospecha o confirmación de la patología y operatividad (material de inmovilización, mochila pediátrica...)

Si por la información de la demanda se puede asistir a una PCR o se precisa aislar la vía aérea, porte el siguiente material “Avanzado” (Fase 3-4 Asistencia Sanitaria) en sustitución del anteriormente citado:

- Enfermera: Mochila Básica ECA, Tablet HCDM y Bombona B2 de oxígeno
- TES: Monitor Desfibrilador, Mochila Avanzada ECA y Aspirador de secreciones.

Durante la evaluación del paciente identifique y clasifique las situaciones de:

- **CÓDIGO 1 PCR/TRAUMA:** Código 1 es Paciente en PCR o paciente TRAUMA con compromiso vital en XABCDE.

El diagnóstico es objetivo, la enfermera ECA actúa con las competencias propias respaldado por las Guías de SVA/SVAT.

1. TES activa mediante llamada telefónica/TETRA situación de CODIGO 1 PCR/TRAUMA. El Gestor Telefónico activa recurso EE 061/SUAP e Informa al Médico Coordinador de situación paciente CODIGO 1 PCR/TRAUMA.
2. Enfermera y TES realizan intervenciones de SVA/SVAT hasta la llegada del recurso medicalizado.
3. Médico Coordinador estará en situación de ALERTA para resolver cualquier necesidad del recurso ECA en esa asistencia.

- **CÓDIGO INDIA:** Paciente crítico que presenta Inestabilidad en ABCDE y/o paciente que presenta un proceso tiempo-dependiente.

Sospecha diagnóstica por la valoración médica de la demanda y la información de la enfermera. El recurso ECA actúa guiado por propios protocolos colaborativos y el Médico Coordinador decide el soporte clínico que el recurso precisa.

La enfermera identifica mediante llamada telefónica situación de PACIENTE INDIA. El Gestor Telefónico transfiere llamada a MC quien decide:

- Continuar la actuación colaborativa con recurso ECA.
- Derivar la actuación colaborativa al médico EE 061/SUAP, para lo que el Gestor Telefónico activa el recurso EE 061/SUAP y contacta con médico del equipo con el fin de comunicar ambos recursos (ECA y EE 061/SUAP).

- **CÓDIGO ECHO** (Se pronuncia “ECO”): Paciente estable, recuperado de los síntomas presentados, y que se identifica la posible causa que ha originado el cuadro.

La enfermera ECA realiza valoración focalizada e interviene (junto con el TES) siguiendo protocolo colaborativo.

Enfermera ECA identifica mediante llamada telefónica situación de PACIENTE ECHO. El Gestor Telefónico transfiere la llamada a médico coordinador.

El médico coordinador indica el diagnóstico, prescribe tratamiento (si se precisa) y resuelve la asistencia en colaboración con la enfermera del ECA.

- **CÓDIGO CUIDADOS:** Paciente que se ha resuelto el problema de salud que presentaba (bien porque requería una intervención de cuidados, pauta de medicación, enseñanza en el ámbito del régimen terapéutico...)

La enfermera ECA realiza valoración focalizada e integral de la situación de la persona y su entorno e interviene con protocolo colaborativo hasta la finalización de la asistencia.

6.1. Comunicación ECA-CENTRO COORDINADOR

El médico coordinador forma parte del equipo de ECA061. En el momento que la asistencia lo requiere, la enfermera establece comunicación con médico coordinador, realiza transferencia verbal mediante la [técnica ISOBAR](#) y espera instrucciones. En tiempo real, el médico coordinador (en **visor de HCDM**) y la enfermera ECA comparten de forma bidireccional la información del paciente, el **electrocardiograma (ECG)**, **ritmo cardiaco** y **constantes vitales**. En caso de problemas de transmisión de información, la enfermera lleva a cabo la lectura sistemática del ECG. El médico coordinador puede optar por derivar la llamada al médico del EE que se ha activado. Este podrá visualizar en su HCDM los datos recogidos por el ECA, excepto el ECG, por lo que la enfermera llevará a cabo lectura sistemática del ECG.

Consideraciones específicas de prescripción farmacológica en el recurso ECA [SegP].

- Siempre que sea posible la prescripción farmacológica por parte del médico coordinador se hará a través de la HCDM, concretamente a través del apartado “ORDEN MÉDICA”.
- En los casos en los que no sea posible prescribir a través de la “ORDEN MÉDICA”, se ejecutará la prescripción telefónica del tratamiento, realizándose un doble chequeo. A posteriori, el médico coordinador deberá hacer constar el tratamiento prescrito en el apartado “ORDEN MÉDICA”.
- La prescripción desde CCUE ha de efectuarse siguiendo los pasos de la prescripción segura: medicamento (genérico), dosis (g, mg, mcg), velocidad de infusión (ml/h), vía de administración y paciente en los casos de múltiples víctimas.
- El médico coordinador emitirá el juicio clínico y dará instrucciones sobre las medidas a desempeñar.
- Siga la orden de prescripción enfermera según la Guía para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las enfermeras y el Decreto 81/2020, de 9 de junio BOJA basada en <https://boe.es/boe/dias/2022/07/05/pdfs/BOE-A-2022-11127.pdf> en la que el enfermero valora la prórroga, modificación de la dosis o interrupción de un tratamiento en un paciente hipertenso o diabético tipo 1 y 2 con medicación prescrita por su médico. Estas modificaciones estarán respaldadas por un protocolo de actuación. En ningún caso podrá modificarse el fármaco prescrito por el médico.

6.2. ECA061_evaluación inicial. Abordaje ABCDE

- Acercamiento al paciente con la enfermera en cabeza del paciente para manejo de vía aérea y TES en tórax para monitorización.
- Interrogue al paciente o familiares acerca del síntoma principal por el que necesita asistencia en este momento y síntomas asociados de nueva aparición (agudos).

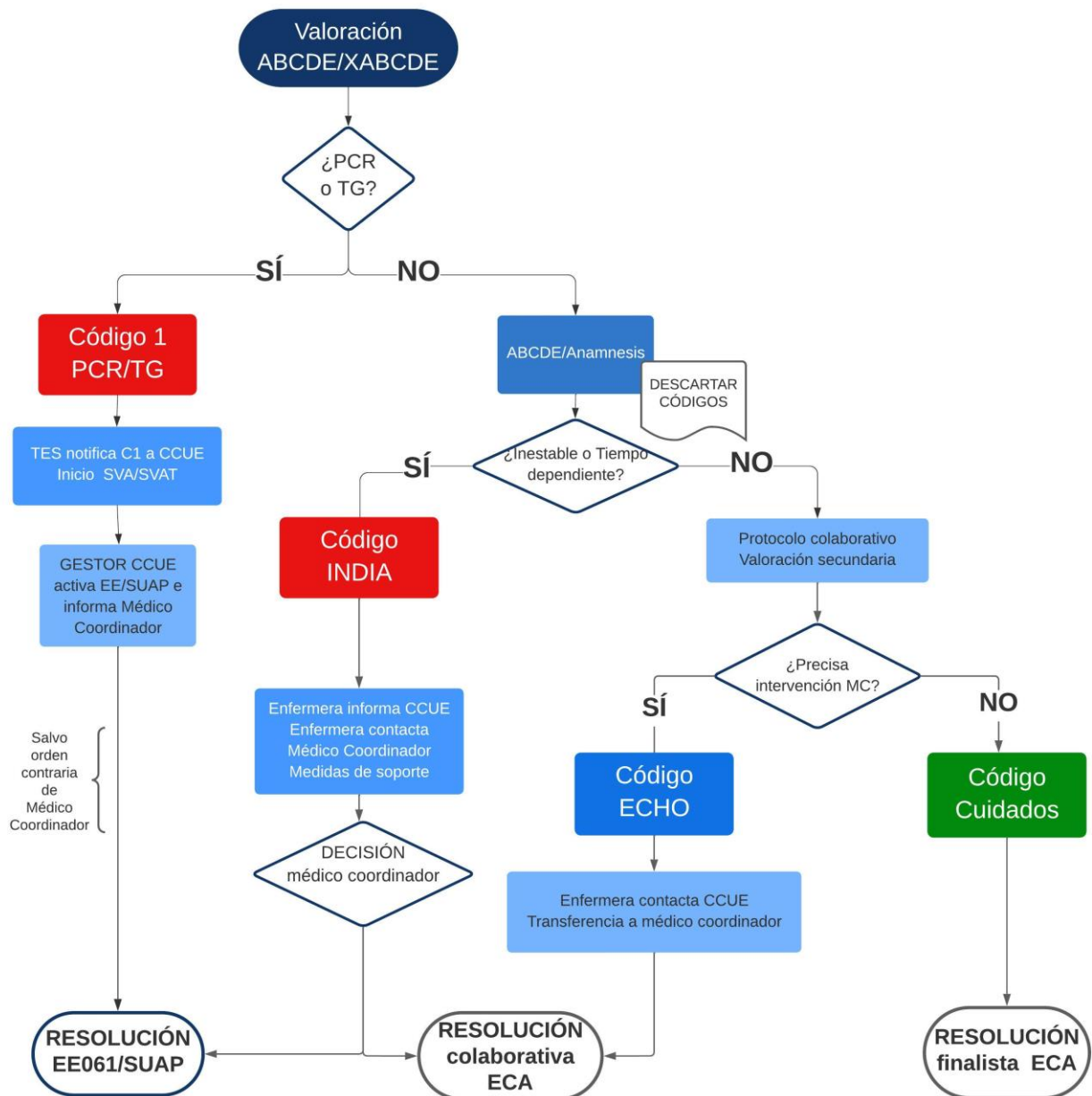


Diagrama 1. Proceso universal ECA 061

- Si no lo ha hecho antes, consulte al paciente, familiar o en HCDM sobre **alergias**, antecedentes personales y medicación previa.

➔ EN PACIENTE QUE NO RESPONDE Y NO RESPIRA. CODIGO 1

- TES indica Código 1 a CCUE, deja el terminal móvil en manos libres. Si se trata de una PCR, el recurso ECA sigue RECOMENDACIONES ERC descritas para dos reanimadores en Proceso Asistencial PCR 061. Recuerde desfibrilación precoz y compresiones cardíacas de calidad. Si se trata de un trauma grave siga recomendación Proceso Asistencial Trauma Grave.
- Gestor de sala alerta al médico coordinador y envía EE061/SUAP.

5.6.1. VALORACIÓN NIVEL CONCIENCIA

Evalúe nivel de conciencia.

➔ **PACIENTE QUE NO RESPONDE Y QUE RESPIRA. PACIENTE INDIA**

- Enfermero **comunica paciente INDIA al CCUE** y sigue instrucciones.
- Control de vía aérea. Coloque cánula orofaríngea, tras su medición, si el paciente la tolera. **NIC 3140 Manejo de la vía aérea**
- Coloque monitor desfibrilador y recoja constantes: frecuencia cardíaca (FC), ritmo, cardíaco, frecuencia respiratoria (FR), SatO₂, tensión arterial (TA), T^a, glucemia. **NIC 6680 Monitorización de signos vitales.**
- **Intervención inmediata de Paciente INDIA:**
 - Posicione al paciente. **NIC 0840 Cambio de posición.**
 - Coloque monitor cardíaco y recoja constantes si no lo ha hecho anteriormente Coloque gafas nasales, mascarilla Venturi o reservorio a FIO₂ para mantener SatO₂ objetivo 95 %. **NIC 3390 Ayuda a la ventilación**
 - Canalice vía intravenosa **NIC4190 Punción intravenosa** y extraiga muestra sanguínea **NIC 4235 Flebotomía: vía canalizada.**
 - Realice ECG de 12 derivaciones. **NIC 4040 cuidados cardíacos y variante**
 - En alteración del nivel de conciencia. **NIC 7460 Protección de los derechos del paciente.**
- Continúe con la valoración en B.

5.6.2. VALORACIÓN PATRÓN RESPIRATORIO (B)

NIC 3350 Monitorización respiratoria

- Evalúe capacidad para toser, cianosis, frecuencia respiratoria, esfuerzo respiratorio y pulsioximetría.
- Ausculte sonidos respiratorios: Hipoventilación, sibilantes, roncus, crepitantes y su localización.
 - **Si antes no lo ha valorado, alerte al médico coordinador si:**
 - Frecuencia respiratoria <12 o > 30 rpm
 - Signos de trabajo respiratorio: Tiraje supraclavicular y abdominal.
 - Cianosis.
 - SatO₂ < 90 %.
 - Silencio auscultatorio.
 - Respiraciones agónicas
- Continúe con Proceso asistencial Disnea en ECA.
- Espere instrucciones del CCUE.

5.6.3. VALORACIÓN CIRCULACIÓN

- Evalúe color y humedad de la piel, presencia y calidad de pulsos junto con relleno capilar.
- Coloque monitor desfibrilador si no lo ha hecho antes y valore frecuencia cardíaca, ritmo, tensión arterial y temperatura. [NIC 6680 Monitorización de signos vitales](#)
- **Si antes no lo ha valorado, alerte al Médico Coordinador si:**
 - Frecuencia cardíaca > 110 lpm o < 55 lpm
 - Palidez, sudoración, frialdad
 - Tensión arterial sistólica < 90 mm Hg que no mejora con tratamiento postural.
 - Alteración en el ECG.
 - Dolor torácico típico.
- Continúe con Proceso asistencial Cardiológico.
- Continúe la valoración primaria.

5.6.4. VALORACIÓN NEUROLÓGICA

- Realice [Escala de coma de Glasgow](#).
 - Evalúe si existen signos de focalidad (asimetría de fuerza).
 - Valore simetría, tamaño y reactividad pupilar.
 - Si no se ha hecho hasta ahora, hacer glucemia capilar.
Si antes no lo ha valorado, alerte al Médico Coordinador si: Alteración del nivel de conciencia
 - Desorientación
 - Desviación de la comisura bucal.
 - Pérdida de fuerza en miembros
 - Arreactividad o asimetría pupilar
- [NIC2620 Monitorización neurológica](#)
- Continúe con Protocolo ICTUS_ECA, si así está indicado.
 - Continúe con Protocolo hipoglucemia_ECA, si así está indicado.
 - Espere instrucciones del CCUE.
 - Continúe la valoración primaria.

5.6.5. EXPOSICIÓN

- Exploración del paciente, medidas de protección físicas. [NIC 6482 Manejo ambiental: Confort](#) [NIC 6486 Manejo ambiental. Seguridad](#).
- Preserve la intimidad del paciente. [NIC 7460. Protección de derechos del paciente](#).

6.3.ECA061. Manejo del código ECHO

Los motivos más frecuentes de asistencia de un ECA son accidentes de transporte/traumatismos, alteración del nivel de conciencia, alteración de constantes vitales, dolor no traumático.

Pertencen al proceso general los motivos de la demanda: Alteración del nivel de conciencia, alteración de constantes vitales, dolor no traumático, enfermedad mal definida. [NIC 6610 Identificación de riesgos /NIC 5602 proceso enfermedad/ NIC 2395 Control de medicación](#).

- Tome todas las constantes vitales del paciente y regístrelas en HCDM. Describa la valoración completa realizada en ABCDE.

- Indicaciones de **glucemia**:
 - Alteración del nivel de conciencia presenciado o no.
 - Mareo.
 - Sudoración.
 - Náuseas/Vómitos.
 - Dolor abdominal.
 - Paciente diabético.
- **Indicaciones de ECG**:
 - Alteración del nivel de conciencia presenciado o no.
 - Mareo.
 - Sudoración.
 - Náuseas/Vómitos.
 - Dolor torácico.
 - Dolor abdominal/epigástrico.
 - Paciente diabético.
- **Indicaciones de gasometría venosa**:
 - Alteración del nivel de conciencia o sospecha previa, especialmente en persona frágil o crónico complejo/polimedicado.
 - Alteraciones del ritmo o ECG, especialmente en persona frágil o crónico complejo/polimedicado.
 - Glucemia mayor de 250 mg/dL y cualquiera de los síntomas previos.
- **Describe los cuidados enfermeros** realizados en el Registro Enfermero.

La enfermera del ECA aportará la información necesaria al paciente y cuidador/es de su proceso de salud, cuidados aportados, derivación si fuera necesaria, identificación de conductas de riesgo y medidas a seguir en caso de empeoramiento. Además, deberá instruir sobre el tratamiento prescrito y fomentar su cumplimiento.

6.4.ECA061. Resolución

- Una vez transferida la información por el enfermero al médico coordinador, quien habrá indicado las medidas y tratamiento específico, determinará la **resolución del caso**:
 - Código 1. En trauma grave, el médico coordinador coordinará medidas de soporte hasta la llegada del EE061.
 - Paciente INDIA, el coordinador decidirá si el paciente precisa atención por EE061/SUAP o bien sea trasladado al hospital por el recurso ECA o recurso no asistido.
 - Si se determina que se trata de un paciente ECHO puede: derivarse al hospital, derivarse a Atención primaria, o realizar resolución in situ. **Asegure apoyo domiciliario en pacientes vulnerables** y ofrezca si lo precisa derivación a su médico o enfermera de familia o enfermera gestora de casos, identificando el criterio de vulnerabilidad ([Manual de Cuidados](#)). NIC 8100 Derivación. **Códigos especiales: Derivación a EGC.**
 -
- **INFORMACIÓN A PACIENTES O FAMILIARES Y TRANSFERENCIA.**

7 CUIDADOS DE ENFERMERÍA UNIVERSALES 061

Se consideran los ítems mínimos a reflejar en el registro de cuidados: Situación basal previa, valoración de necesidades, detección de problemas e intervenciones relacionadas.

7.1. Situación basal previa

A través de DIRAYA, la HCDM facilita información de la situación previa del paciente: Alergias, historial de enfermedades, problemas relacionados con cuidados, medicación y productos sanitarios. Además, interroga al paciente y sus familiares sobre cambios en el tratamiento o episodios que no estén reflejados en su historia.

7.1.1. Situación basal previa

- Identificación de Independencia o Dependencia del paciente para las Actividades Básicas de la vida diaria (ABVD), incluye el uso de dispositivos que el paciente requiere para satisfacer sus necesidades básicas. El nivel funcional del paciente para las ABVD se indica como:
 - Autónomo
 - Suplencia Parcial
 - Suplencia Total
- Identificar al CUIDADOR/A en caso de Suplencia. Se valorará al cuidador (NOC 2022 Preparación del cuidador familiar domiciliario) en caso de suplencia del paciente, cuando:
 - Se detecten déficits de cuidados en el paciente.
 - Existan desconocimientos sobre el cuidado del paciente por parte de su cuidador/a.
 - Se detecte algún problema en el cuidador o entornos inadecuados para llevar a cabo unos cuidados correctos.

Derive en cualquiera de estos supuestos al paciente a Enfermería de familia /EGC.

7.1.2. Régimen terapéutico: Hábitos de vida. Conductas de riesgo

- Se registra información del paciente en relación con la medicación, hábitos de alimentación, ejercicio, descanso...
- Conductas de Riesgo. Conocer y abordar acerca de las conductas de riesgo del paciente (Hábitos tóxicos, obesidad, sedentarismo, polimedicación, pacientes que viven solos, viviendas inadecuadas...)
- Régimen Terapéutico: En los casos en los que el paciente tenga tratamiento médico, identificar el grado de CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO que el paciente tiene sobre el mismo.
 - CONOCIMIENTO:
 - NOC 1813 *Conocimiento: Régimen terapéutico*
 - NOC 1808 *Conocimiento: Medicación*
 - CUMPLIMIENTO:
 - NOC 1601 *Conducta de cumplimiento*
 - NOC 1622 *Conducta de cumplimiento: dieta prescrita*
 - NOC 1623 *Conducta de cumplimiento: medicación prescrita*


7.2. Valoración de necesidades

Se realizará una **valoración FOCALIZADA** de las necesidades básicas según el estado del paciente y el problema de salud que presenta. Indique la necesidad de prestar cuidados básicos, bien desde la propia asistencia o en la derivación a otro nivel asistencial.

7.3. Identificación de problemas y objetivos

- Los problemas detectados irán en función de la valoración de necesidades efectuada.
- Registre aquellos problemas relevantes en consonancia con el estado del paciente actual. Pudiendo ser problemas de colaboración, de autonomía o diagnósticos de enfermería (reales, potenciales o de riesgo).
- Los criterios de resultados (NOC) se establecerán según el objetivo que se pretenda conseguir en el paciente, tratando de asegurar con ellos, estándares de cuidados que favorezcan la evolución favorable del paciente. Se registrarán en HCDM aquellos indicadores que más se ajusten a la situación del paciente, reflejando su evolución a través de una escala Likert.

7.4. Intervenciones

- Registre aquellas intervenciones encaminadas a conseguir el objetivo previsto, cada intervención lleva asociada una serie de actividades.
- Valore intervenciones sobre el paciente y familia o sobre el entorno.
- La elección de las intervenciones a hacer vendrá determinada por: los resultados deseados en el paciente, el diagnóstico de enfermería, la factibilidad para realizar la intervención, la aceptación por el paciente, y la capacidad del profesional de enfermería.
- Recuerde que las intervenciones relacionadas con la asistencia son inherentes a nuestro propio ámbito del cuidado, aún más importantes en pacientes con traslado al hospital.
- Destacamos una serie de intervenciones o NIC frecuentes en nuestro ámbito. Relacionadas con:
 - Procedimientos de Seguridad del paciente [SegP]:
 - NIC 3160 Aspiración de las vías aéreas.
 - NIC 3140 Manejo de las vías aéreas.
 - NIC 1080 Sondaje Nasogástrico.
 - NIC 0580 Sondaje vesical.
 - NIC 4190 Punción intravenosa.
 - NIC 4200 Terapia intravenosa.
 - NIC 2300 Administración de medicación y variantes.
 - Prevención de caídas [SegP]:
 - NIC 6490 Prevención de caídas.
 - NIC 6486 Manejo ambiental: seguridad.
 - NIC 6482 Manejo ambiental: confort.
 - Derechos del paciente :
 - NIC 7170 Facilitar la presencia familiar.
 - NIC 7460 Protección de los derechos del paciente.
 - NIC 7170 Apoyo a la familia.

8 SOPORTE VITAL BÁSICO 061

8.1. Prioridades asistenciales y criterios de inclusión en SVB 061

Activación de la unidad de SVB como recurso que da respuesta a la demanda de asistencia urgente de un paciente en las siguientes prioridades asistenciales:

- Traumatismos/accidentes sin sospecha de lesiones graves que precisen una movilización – inmovilización segura y con dolor con EVA < 3 puntos (dolor leve).
- Situaciones de emergencias en las que los signos o síntomas que presenta el paciente nos hagan sospechar un riesgo vital inminente en ausencia de disponibilidad inmediata de un recurso superior.
- Actuación como primer interviniente por proximidad al lugar, en activaciones conjuntas como apoyo a un recurso superior.

Límite de entrada:

- Los pacientes mayores de 16 años, excepto pacientes embarazadas.
- Asistencias en vía pública.
- Accidentes de tráfico con pacientes sin sospecha de gravedad.
- Se excluyen intoxicaciones etílicas y personas con problemas de carácter social.
- El límite territorial de la zona de cobertura de esta unidad se establece en la circunvalación SE-30 de Sevilla, salvo indicación expresa de la jefatura de la sala o necesidades del servicio.

8.2. Evaluación del paciente en SVB 061

8.2.1. SVB061. EVALUACIÓN INICIAL y SOPORTE VITAL.

- Diríjase al paciente si colabora o a su acompañante para recabar información.
- Abordaje ABCDE. Evalúe permeabilidad de vía aérea, respiración, sin ruidos evidentes, buena coloración de piel, consciente y orientado con lenguaje coherente.
- Ante cualquier alteración póngase en contacto con CCUE y solicite ayuda.

A. EVALUAR NIVEL DE RESPUESTA

El reconocimiento inmediato de la parada cardiorrespiratoria es el paso clave para la activación del sistema de respuesta de emergencias y el inicio precoz del tratamiento. Por tanto, ante cualquier paciente, lo primero que tiene que valorar el equipo SVB, como primer recurso interviniente, es su nivel de conciencia en base a la respuesta a estímulos de este:

- No responde: **PACIENTE INCONSCIENTE**
 - No respira o respiración agónica
 - Descartar signos evidentes de muerte: (livideces y rigidez).
 - Iniciar inmediatamente la cadena de supervivencia incluso sin tener seguridad de la presencia o no de pulso:
 - Activación SVA mediante llamada al CCUE
 - Iniciar Maniobras de RCP (30:2)
 - Colocar DESA y seguir instrucciones.
 - Respira
 - Descartar Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño.

- Colocar al paciente en posición lateral de seguridad.
- Continuar valoración primaria.
- Responde: **PACIENTE CONSCIENTE**
 - Tranquilizar al paciente.
 - Mantener en reposo.
 - Continuar valoración primaria

B. VALORACIÓN PRIMARIA DE LA RESPIRACIÓN-VENTILACIÓN:

Tras descartar la obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño, observar y registrar datos del estado respiratorio del paciente, asegurando la permeabilidad de la vía aérea.

- Observar esfuerzo respiratorio.
- Registrar **frecuencia respiratoria (FR)**.
- Medir saturación de oxígeno mediante **pulsioximetría**.
- Anotar el uso de O₂ de forma crónica domiciliaria.

C. VALORACIÓN PRIMARIA DE LA CIRCULACIÓN:

Observar y registrar datos del estado hemodinámico del paciente e identificar causas evidentes de sangrado directo / indirecto

- Detectar y controlar hemorragias externas mediante comprensión directa.
- Observar coloración de la piel y relleno capilar > 2 segundos
- Registrar **frecuencia cardíaca (FC)**. Monitorizar
- Tomar **Tensión arterial sistólica (TAS)**, con tensiómetro automático.
- Observar coloración de la piel y presencia o no de sudoración.
- Medir **Temperatura corporal (T^a)**.

D. VALORACIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA:

Evaluar al paciente desde el punto de vista neurológico como normal (A) o patológico (V, D, N), mediante la observación de la respuesta del comportamiento de este a diferentes estímulos: aplicación de escala AVDN

- **Alerta (A)**: El paciente está despierto y hablando.
- **Voz (V)**: Respuesta a estímulos verbales.
- **Dolor (D)**: Respuesta a estímulos dolorosos.
- **No responde(N)**: No reacciona a estímulos.

Ante cualquier alteración importante del estado del paciente en el transcurso de la valoración inicial, clasifique al paciente rápidamente según el apartado 6.1.3. y avise al CCUE.

8.2.2. SVB061. Estratificación del riesgo: valoración escala NEWS

Aplique la escala [NEWS \(National Early Warning Score\)](#) salvo en pacientes embarazadas o edad ≤16 años para evaluar los parámetros obtenidos en la valoración primaria, con el fin de obtener una estratificación del riesgo homogénea y estandarizada que oriente al recurso más adecuado para la resolución de la asistencia, en función de la gravedad o complejidad del paciente:

1. **Riesgo bajo**: Puntuación 1-4.
2. **Riesgo moderado, CODIGO ECHO**: Puntuación 5-6, color rojo en un único parámetro. Solicitar valoración por ECA.

3. **Alto riesgo, INDIA:** Puntuación ≥ 7 . Solicitud de Equipo de Emergencias o Equipo Móvil de SUAP en caso de ocupación del primero. Solicitar el recurso de apoyo preciso en caso de no haber alertado previamente al CCUE.

8.2.3. SVB061. Valoración del dolor

Interrogue al paciente sobre la presencia o no de dolor si el paciente está consciente y es colaborador.

Pregunte sobre si el dolor le resulta LEVE-MODERADO-SEVERO. Un paciente con nivel mayor de dolor leve debe ser valorado por ECA.

8.3. Clasificación de complejidad del paciente y resolución en SVB 061

Tras la información y evaluación inicial más la estratificación del riesgo mediante NEWS 2, el equipo de SVB clasificará la situación del paciente.

Tabla 6. Toma de decisiones SVB061


Nivel de COMPLEJIDAD DEL PACIENTE PARA RESPUESTA DE COORDINACIÓN AL SVB SVB061	
CÓDIGO 1: PCR	<ul style="list-style-type: none"> - El operador activa EE061 más cercano y alerta al jefe de guardia de la situación. - El coordinador contacta con el equipo SVB e indica medidas a llevar a cabo.
CÓDIGO INDIA: <ul style="list-style-type: none"> - NEWS2 >7 - Dolor centro torácico opresivo con sudoración y náuseas. - Pérdida de fuerza en un lado del cuerpo. - Disminución de conciencia sin recuperación completa. - Paciente atrapado traumatizado. 	<ul style="list-style-type: none"> - El operador informa al jefe de guardia y activa EE061. - El coordinador contacta con el equipo SVB y le indica medidas.
CÓDIGO ECHO: <ul style="list-style-type: none"> - NEWS 2= 4-7 - Dolor moderado o mayor 	<ul style="list-style-type: none"> - El operador alerta al jefe de la guardia de la situación y activa al equipo ECA/EMCA/EM. - El coordinador contacta con equipo SVB e indica medidas a llevar a cabo.
BAJO RIESGO Y DERIVACIÓN HOSPITALARIA: <ul style="list-style-type: none"> - NEWS 2 <4 - Situación que precisa evaluación según CCUE. 	News de bajo riesgo y sin síntomas de alarma, con necesidad de valoración hospitalaria según CCUE. Valoración y traslado a Centro Sanitario de referencia, salvo indicaciones de CCUE contrarias.
RESOLUCIÓN IN SITU <ul style="list-style-type: none"> - NEWS 2 <4 - Sin indicación de derivación según CCUE. 	<ul style="list-style-type: none"> - Decisión del coordinador.

8.4. Comunicación con CCUE o enfermero triaje hospitalario del SVB 061



Realice cualquier tipo de comunicación con CCUE o enfermero de triaje en el hospital, mediante técnica [ISOBAR](#). Debe cumplimentar el registro para la unidad de SVB que se encuentra en HCDM. [SegP]

9 INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES

Proporcione información durante la asistencia y previamente a la decisión de traslado o finalización en domicilio. La información a los pacientes y personas que ellos designen debe:

- Preservar la autonomía de decisión del paciente. 
- Educar en el autocuidado de la salud. [SegP]

Procedimiento de información:

- La asistencia se centra en el paciente .
- El titular de la información es siempre el paciente, salvo personas incapacitadas, menores de edad, o con afectación cognitiva o neurológica para la capacidad de comprender la información.
- Evite dar información sensible delante de otras personas no involucrados en la atención al paciente.
- Escuche la información que el paciente demanda .
- Transmita al paciente toda la información sobre lo que debe hacer y los siguientes pasos esperados con un lenguaje alejado de tecnicismo, con frases cortas y un tono y velocidad de la voz inteligible.
- Haga pausas que permitan al interlocutor expresar dudas.
- Utilice un tono positivo pero realista.
- Establezca pautas de prevención para la salud, así como cuidados y dé información sobre signos de alarma, especialmente en aquellos pacientes que quedan en casa.
- Solicite al paciente o sus familiares que repitan la información que han recibido.

10 TRANSFERENCIA ISOBAR

Este sistema de transferencia [SegP] se utiliza en todas las ocasiones con intercambio de información clínica sobre un paciente, ya sea en comunicación telefónica o presencial, en situaciones de:

- Comunicación CCUE-Cualquier interlocutor.
- Enfermería-Centro Coordinador.
- Comunicación TES-Centro Coordinador.
- Activación o Prealerta por Código especial.
- Transferencia Extrahospitalaria-Hospitalaria.

Es posible realizarlo entre todas las categorías sanitarias.

IDENTIFICACIÓN

De los profesionales que transfieren al paciente y los que lo reciben: Nombre y apellidos, categoría profesional y unidad/servicio al que pertenece.

Del paciente: nombre y apellidos además de fecha de nacimiento (día, mes y año).

SITUACIÓN

Describa el motivo de llamada y estado del paciente a la llegada al lugar del equipo.

OBSERVACIÓN

ECG, analítica inmediata o ecografía realizadas.

Lesiones o hallazgos significativos, en evaluación primaria y secundaria. Juicio Clínico.

Signos vitales al final de la asistencia.

BACKGROUND (ANTECEDENTES)

Antecedentes clínicos: Alergias, enfermedades y medicación.

Otra información de interés (hora última ingesta, embarazo...).

ACORDAR UN PLAN

Narre qué se ha hecho: Soporte en vía aérea, ventilatorio y circulatorio del paciente. Tratamiento.

Qué queda por hacer (medidas terapéuticas, cuidados, comprobaciones).

READ-BACK (COMPROBACIÓN)

Asegurar la eficacia de la transferencia. El receptor (médico o enfermero) repite la información comprendida.

Asignar funciones y responsabilidades para la transferencia de dispositivos y soporte respiratorio y hemodinámico. La persona que coordina el cambio de dispositivos coordinando el resto de los equipos prehospitalario y hospitalario es la que está haciendo la transferencia (jefe de equipo prehospitalario), asignando las funciones necesarias a cada una de las personas que participan. Se transfiere de camilla (paciente inmovilizado debe realizarse en bloque con camilla de tijeras +/- colchón de vacío) y posteriormente en secuencia ABCDE: en primer lugar, respirador y vía aérea, posteriormente, fluidoterapia y bomba de perfusión.

Otras consideraciones en la transferencia:

- La transferencia debe ser verbal acompañada de un registro documentado.
- Utilice un lenguaje claro y normalizado. Sea conciso y concreto. Hable lentamente, con frases cortas.
- Emplee el tiempo suficiente para garantizar la correcta transmisión de la información.
- Permita el contacto entre el paciente y su familia antes de entrar al cuarto de críticos 🧑🏻👤.
- Cuando el paciente presente algún tipo de limitación o no sea capaz, la transferencia debe realizarse en presencia de su representante o familiar si es posible 🧑🏻👤.

11 INDICADORES DE CALIDAD PROCESO UNIVERSAL 061

Se identifican los indicadores de calidad asistencial mediante dígito inicial 01 (todos los recursos), 02 (Médico 061), 03 (Enfermero 061), 04 (SVB061). Seguimiento de segundo dígito con numeración correlativa de aparición secuencial en el proceso de atención. Se clasifican los indicadores en los tres tipos de Donabedian: Resultado, Proceso, Estructura y 5 atributos: Accesibilidad, Efectividad Clínica, Eficiencia, Equidad y Seguridad del paciente.

1. Todos los recursos.

- 1.1. Índice porcentual de tiempo de activación a P1 y P2 menores a 120 seg. (Proceso Accesibilidad).
- 1.2. Índice porcentual de pacientes identificados con NUHSA (Proceso Seguridad del Paciente).
- 1.3. Índice porcentual de pacientes con todas las constantes vitales mínimas y cálculo de News2. Glasgow, Fr, SatO2, Fc, TA, temperatura. (Proceso Seguridad del paciente).
- 1.4. Índice porcentual de pacientes con valoración del dolor en cualquier proceso relacionado con el dolor (trauma, dolor torácico...) y manejo si EVA >2 (NIC 1410 Manejo del dolor agudo). (Resultado)
- 1.5. Índice porcentual de pacientes con constantes seguras trasladados en ambulancia no asistida o red de transporte urgente. (Proceso Seguridad del paciente) Son constantes no seguras:
 - Nivel de Conciencia: escala AVDI en D o I o Escala de Glasgow <13.
 - Frecuencia Respiratoria: ≤10 o ≥ 25 rpm

- Saturación de Oxígeno: $\leq 90\%$.
- Frecuencia Cardíaca: ≤ 40 o ≥ 131 lpm
- Tensión Arterial Sistólica: ≤ 90 o ≥ 220 .
- 1.6. Índice porcentual de facturación en financiación no pública (Proceso Eficiencia).
- 1.7. Índice de mortalidad tras asistencia (Resultado).
- 1.8. Índice porcentual de reasistencia o ingreso hospitalario en 48h en pacientes no paliativos o severamente frágiles con CR 34(Resultado)
- 1.9. Supervivencia hospitalaria a los 48h (Resultado).
- 1.10. Días de ingreso hospitalario (Resultado).

2. Médicos

- 2.1. Índice porcentual de uso de la escala de fragilidad en pacientes atendidos mayores de 75 años. (Proceso Seguridad del paciente)

3. Enfermeros

- 3.1. Índice porcentual de ECG realizado a cuadros de mareos, vértigos, presíncopes y síncope. (Proceso Seguridad del paciente).
- 3.2. Índice porcentual de cumplimentación registro enfermero con parámetros básicos.
Se consideran parámetros básicos:
 - Situación basal previa.
 - Valoración focalizada de necesidades.
 - Intervenciones de enfermería.
- 3.3. Índice porcentual de uso de escala BPS en pacientes sometidos a Ventilación mecánica (Resultado).
- 3.4. Índice porcentual de pacientes con traslado (CR35) en los que se haya intervenido con relación a la seguridad (NIC 6486 Manejo ambiental seguridad o 6490 prevención de caídas (Proceso Seguridad del paciente).
- 3.5. Índice porcentual de derivaciones realizadas en aquellos pacientes en los que se haya detectado criterio de vulnerabilidad (NIC 8100 Derivación)

4. Técnicos en SVB061

- 4.1. Índice porcentual de evaluación mediante escala News2. (Proceso Seguridad del paciente).

12 BIBLIOGRAFÍA Y METODOLOGÍA