

## 13.2

Coordinación  
y regulación sanitaria

R. Delgado Sánchez



## CONTENIDOS

Objetivos de aprendizaje

Introducción

¿Qué son los centros coordinadores de urgencias y emergencias?

Perfil del coordinador sanitario

Modelos de coordinación sanitaria

- Despacho (dispatch)
- Coordinación médica de la demanda
- Coordinación mixta de la demanda
- Coordinación sanitaria

Clasificación/tipificación de la demanda sanitaria

Aspectos destacados de la comunicación

Conclusiones

Glosario de términos

Bibliografía



## OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

- Conocer la historia y acceso a los sistemas de emergencias y números de emergencias actuales.
- Conocer la función de los centros coordinadores de urgencias y emergencias dentro de todo sistema de emergencias médicas.
- Identificar el perfil del coordinador sanitario, qué aptitudes y actitudes debe tener el profesional sanitario que desempeña su trabajo en un centro coordinador de urgencias y emergencias.
- Conocer los distintos modelos o tipos de coordinación sanitaria y sus características.
- Conocer los diferentes tipos de clasificación o tipificación de la demanda sanitaria.
- Conocer los aspectos más destacados de la comunicación, puntos clave de la entrevista telefónica.

## INTRODUCCIÓN

El centro de coordinación de urgencias y emergencias (CCUE) es el centro neurálgico de los servicios de emergencias sanitarias (SEM). **Son los responsables de atender la demanda de las emergencias y urgencias por vía telefónica y de gestionar la respuesta más adecuada a cada al caso.** En otras palabras, el centro trata de obtener los recursos adecuados para los pacientes adecuados y en los plazos adecuados de tiempo.

Hasta la Decisión del Consejo de Europa de 91/396 de 29 de junio de 1991 relativa a la creación de un número de llamada de urgencia único europeo, el acceso a las emergencias y urgencias médicas de las diferentes comunidades autónomas se realizaba con el número 061. Las decisiones de la Unión Europea, publicadas en 1991 y 2002, definen el número 112 como un número de llamada de urgencia europeo (Fig. 13.2-1). **Esas directivas demandan que cada país de la Unión Europea asegure que los ciudadanos, además de ser capaces de llamar a otros números de emergencia, puedan activar una respuesta de emergencia llamando al 112.** En la actualidad coexisten en muchas comunidades autónomas los dos números de teléfono de acceso, aunque en todas ellas llamando al 112 se da respuesta a la demanda de origen sanitario.

**Las ventajas de un único número son facilitar la movilidad del ciudadano por Europa y por España, y permitir a cualquier ciudadano recordar exclusivamente un número para todo tipo de emergencias,** con lo cual, usando el mismo número desde el lugar que sea, la llamada de emergencia es procesada por el servicio correspondiente, ya sea médico, de seguridad, de bomberos, etc. A efectos de entender la ventaja del número único, basta recordar la variedad de números existentes que habría que memorizar anteriormente según fuese la demanda de auxilio: 091, 092, 061, 080, 062, más los relativos a las diferentes autonomías.

La llamada al 112 hecha por cualquier ciudadano tiene las siguientes características:

- Accesibilidad: toda la población puede acceder a este servicio tan solo marcando el 112.
- Rapidez: de importancia crucial ante una situación de emergencia: el tiempo es vital en la mayoría de las intervenciones.
- Efectividad: se proporciona la respuesta más adecuada a las diferentes demandas.
- Equidad: la asistencia sanitaria es universal.
- Eficiencia: la calidad asistencial es útil y debe tener un coste óptimo.



La misión del 112 es proporcionar la respuesta más adecuada a cada situación, a través de una actuación coordinada y eficaz, hasta que el problema de urgencia o emergencia es solventado.

Como ya se ha dicho, el eje principal de todo sistema de emergencias sanitarias es su CCUE (Fig. 13.2-2). Está compuesto de los recursos materiales, personales y de la infraestructura necesaria para gestionar las solicitudes de ayuda que se reciban de la población, de otros profesionales sanitarios o de otros cuerpos de emergencia.



En la Ley 41/2002 del 14 de noviembre de Autonomía del Paciente en su artículo 12.1, se dice que el paciente tiene derecho a ser informado de la disponibilidad y accesibilidad de las unidades asistenciales y debe conocer el tiempo estimado de la llegada del recurso enviado.



Figura 13.2-1. Número de acceso europeo a emergencias 112.



Figura 13.2-2. Centro de Atención de Urgencias y Emergencias 112 Extremadura. Mérida. Junta de Extremadura.

La existencia de los CCUE hace posible una mayor accesibilidad telefónica del ciudadano a la atención urgente a pesar de las distancias o de la dispersión geográfica.



## RECUERDE

Todas y cada una de las demandas de asistencia sanitaria requieren y exigen una respuesta, pero no siempre tiene que ser un recurso asistencial.

## ¿QUÉ SON LOS CENTROS COORDINADORES DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS?

Se exponen diferentes definiciones o características de los CCUE:

- Son los elementos de los SEM a los que el usuario puede acceder con una llamada telefónica para solicitar una demanda de atención urgente.
- Son un dispositivo multidisciplinar que está integrado en todo SEM.
- Son lugares físicos que tienen la responsabilidad de dar la respuesta más adecuada a cada incidente o petición de ayuda.
- Están compuestos por equipos multidisciplinarios formados por médicos, enfermeros, técnicos en emergencias sanitarias, locutores, operadores, gestores, psicólogos, etcétera.
- Deben tener una accesibilidad clara y notable, dar una respuesta ágil y eficaz, desde un punto de vista asistencial, realizar un reconocimiento precoz de lo que sucede y deben indicar unas recomendaciones iniciales hasta la llegada de los recursos asistenciales en el caso de su movilización.
- Centralizan la información recibida, asegurando una comunicación fluida y permanente entre todos los recursos asistenciales y organismos presentes en el lugar del incidente.
- Es un recurso de la sanidad pública que pretende constituir una puerta de entrada a los servicios públicos de atención a la urgencia.

**La función principal de los CCUE es lograr la mayor eficacia en la gestión de los recursos sanitarios disponibles para resolver cada una de las demandas de atención urgente que entran en ellos.**

Las funciones que deben cumplir los CCUE ante los ciudadanos son las siguientes:

- Facilitar un acceso rápido del usuario al sistema sanitario.
- Dar una respuesta ágil, humana, responsable, eficiente, eficaz y experta al usuario ante su demanda o petición de ayuda.
- Adecuar la coordinación y gestión de los recursos utilizados, por lo que deben disponer de información sobre su localización y disponibilidad.
- Coordinar los diferentes niveles asistenciales y las unidades operativas.
- Coordinar e integrar todas las instituciones públicas y privadas.

En todo CCUE se realizan de manera secuencial las siguientes actuaciones (Fig. 13.2-3):

1. Recepción de la alerta o demanda sanitaria: coincide con el momento en el que el coordinador sanitario recibe la alerta o parte de intervención del operador del 112.
2. Toma de decisión y asignación de recursos asistenciales. Tras la entrevista telefónica o triaje telefónico, el coordinador sanitario toma la decisión y procede a la asignación de los recursos que deben intervenir en el incidente.
3. Seguimiento de los recursos asistenciales. Se realiza un seguimiento continuo de todo el incidente, en especial de los recursos asistenciales del SEM.

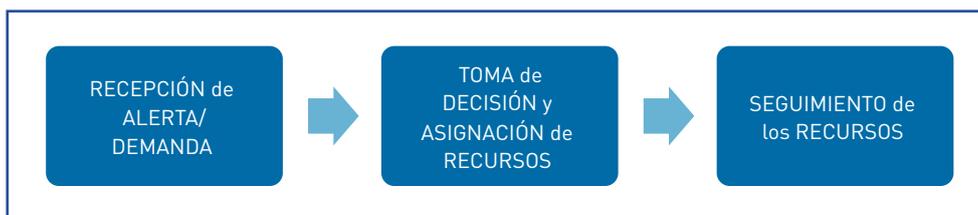


Figura 13.2-3. Actuaciones desde un centro de atención de urgencias y emergencias.

El modelo de CCUE más extendido es el integrado en el Servicio 112, donde se reciben todas las llamadas, independientemente de su naturaleza, y luego se envía esa demanda al servicio de emergencia que corresponda. Los principales beneficios de este modelo son: reducción de los tiempos de respuesta, visión única del incidente en el que intervienen varios organismos, coordinación de todos los servicios de emergencias, mejora en la gestión operativa y la explotación de toda la información a través de las plataformas informáticas.

**Los CCUE deben disponer de guías de coordinación sanitaria** que proporcionen una ayuda a la hora de la toma de decisiones, que establezcan las prioridades de la demanda sanitaria, que integren todos y cada uno de los procedimientos operativos, que estén abiertas a mejoras y revisiones continuas y que deban ser específicas en cada SEM.

**Los recursos asistenciales (Fig. 13.2-4) con los que cuentan los SEM son los encargados de resolver cada una de las demandas sanitarias a las cuales se les envía**, y su función principal es prestar la asistencia sanitaria en el lugar donde se produce y sucede el incidente.

**Los CCUE también permiten la coordinación entre los distintos organismos (Fig. 13.2-5) que pueden llegar a intervenir en un incidente, permiten gestionar el traslado del paciente al centro de referencia o centro útil** en función de sus necesidades asistenciales y de tratamiento, coordinación de traslados entre hospitales, etcétera.



## RECUERDE

Todo CCUE se considera el nexo entre los distintos niveles asistenciales de un sistema de salud.



Figura 13.2-4. Unidad de soporte vital avanzado. GUETS. Servicio de Salud de Castilla La Mancha. SESCAM.



Figura 13.2-5. Puesto de coordinador sanitario. CCUE. Emergencias Sanitarias de Castilla y León. España.

**Por todo ello, los CCUE deben disponer de potentes plataformas y de un soporte informático para la gestión de la demanda sanitaria**, en el que se consiga y garantice el acceso a todo ciudadano al sistema de emergencias. Los medios tecnológicos deben integrar la llamada por vía telefónica, por vía satélite y mediante radio (Fig. 13.2-6).

Las plataformas informáticas y los soportes tecnológicos dentro de un CCUE deben cumplir unos requisitos mínimos en cuanto a sus funciones y tener unas **características generales**:

- Debe permitir la integración de la llamada telefónica en el sistema.
- Permitir la asignación de la llamada a un cierto puesto coordinador.
- Permitir la transferencia de llamadas entre puestos coordinadores.
- Permitir compartir la llamada telefónica entre varios puestos coordinadores.
- Permitir recoger y guardar los datos y la información necesaria.
- Permitir la integración de guías de triaje telefónico o algoritmos de decisión.
- Permitir el control del tiempo de los recursos asistenciales del SEM.
- Permitir la explotación de bases de datos de la actividad, para elaborar informes y estadísticas para el análisis posterior y control de calidad de la actividad.
- Permitir la integración de dispositivos de geolocalización, conocidos como GIS.
- Permitir la integración de cartografía, mapas, escalas.
- Permitir la grabación de todas y cada una de las llamadas.

Respecto a las plataformas informáticas y los soportes tecnológicos dentro de un CCUE también deben cubrir unas funciones mínimas y tener unas **características específicas**:

- Las plataformas tecnológicas de los CCUE deben estar actualizadas y programadas según las últimas tecnologías.
- Deben ser plataformas seguras, con el mínimo de fallos posibles.
- Compatibles entre sí, en el caso de que coexistan varias plataformas dentro del mismo CCUE.
- Funcionales, es decir, deben ajustarse con la mayor exactitud a las necesidades del servicio.



**Figura 13.2-6.** Enfermero coordinador sanitario. Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias. GUETS. Servicio de Salud de Castilla La Mancha. SESCAM. España.

**De la capacidad técnica de las plataformas tecnológicas e informáticas depende el éxito del servicio, que está operativo los 365 días del año, las 24 horas del día.** Por este motivo, los CCUE deben establecer medidas de seguridad que minimicen la posibilidad de una caída del sistema. En el caso de la caída del sistema, todo SEM debe disponer de un CCUE de respaldo, normalmente ubicado en un lugar distinto al del centro habitual, que permita continuar con la actividad.

## PERFIL DEL COORDINADOR SANITARIO

Los coordinadores sanitarios, como son conocidos los profesionales que trabajan en los CCUE, **deben tener un perfil específico para desempeñar su trabajo de manera correcta y operativa.**

**Las habilidades del coordinador sanitario (Fig. 13.2-7) incluyen la capacidad para obtener la información necesaria para la posterior toma de decisiones y la capacidad o habilidad de negociar respuestas no adecuadas por parte del alertante.** Con estas dos habilidades principales se garantiza la satisfacción del alertante, en este caso, y su compromiso y fidelidad con el SEM.

El perfil profesional y personal de un buen coordinador sanitario incluye las siguientes características:

- Adaptación al estrés. Debe saber trabajar en situaciones complejas y difíciles. En el CCUE se viven situaciones de mucho estrés, momentos en los que coinciden varios incidentes que resolver a la vez, y por este motivo, todo coordinador sanitario debe saber controlar y actuar con total profesionalidad.
- Tener facilidad para tomar decisiones en un período corto de tiempo. En los CCUE, y más en situaciones de emergencias, se deben tener las herramientas para tomar las decisiones ágiles y con seguridad: son situaciones que requieren de acciones rápidas para salvaguardar la vida de las personas que solicitan ayuda.
- Facilidad para la resolución de incidentes. El coordinador sanitario debe resolver o dar respuesta a cada uno de los incidentes que entran, indistintamente de la naturaleza o necesidad de cada uno de ellos.
- Alta capacidad de organización en todo momento.
- Capacidad para asumir sus responsabilidades y actuar de manera equitativa en todo momento.

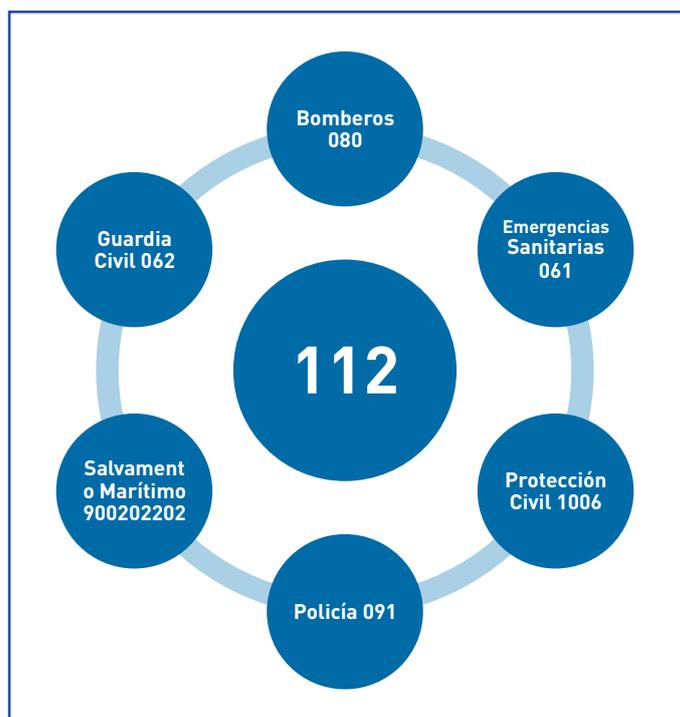


Figura 13.2-7. Coordinación de todos los organismos desde el 112.

- Buena capacidad de negociación. La negociación con los alertantes es una pieza clave, es una habilidad necesaria en todo momento. Siempre hay que tener presente que el alertante o el propio afectado está en una situación de urgencia o emergencia.
- Fluidez verbal. La palabra hablada es el único medio de comunicación; no dispone de imágenes para resolver el incidente y, por este motivo, la fluidez verbal juega un papel importante. La asertividad y la empatía en cada incidente son fundamentales para una buena gestión de la llamada.
- Sentido común. Es quizá la más importante (aparte del conocimiento, de la investigación, de los tratamientos) a la hora de resolver una situación de urgencia o emergencia.
- Capacidad de trabajo en equipo. En todo SEM el trabajo en equipo condiciona el éxito. Hará que todo fluya en mejores condiciones y que el resultado sea notable.
- Facilidades comunicativas.
- Motivación.

**Los coordinadores sanitarios deben ser capaces de imaginar la situación de cada incidente al otro lado del teléfono**, deben intuir lo que ocurre, detectar el estado anímico del alertante para lograr una implicación mayor a la hora de tomar las decisiones para la resolución efectiva del incidente.

**Los coordinadores sanitarios deben transmitir seguridad, tranquilidad, dominio y control de la situación** para lograr un mayor rendimiento en la implicación del alertante y así conseguir una mejor resolución del incidente.

## MODELOS DE COORDINACIÓN SANITARIA

Existen varios modelos de coordinación de CCUE, aunque todos y cada uno de ellos tienen un objetivo común, que es responder y dar solución a cada una de las demandas de asistencia sanitaria. **La diferencia de cada modelo radica en la forma de gestionar y atender cada demanda sanitaria.**

### Despacho (*dispatch*)

Conocido como el modelo Despacho. Este modelo recibe exclusivamente llamadas de emergencias. Toda llamada exige el envío de un recurso asistencial. El coordinador sanitario que da la respuesta suele ser un operador o locutor que, mediante algoritmos de decisión, decide qué recurso debe enviarse en función de las respuestas que reciba del demandante.

### Coordinación médica de la demanda

Este tipo de gestión implica la presencia de personal sanitario que recabe la información del alertante. Este modelo permite diferenciar las llamadas urgentes de las emergentes con un respaldo legal.



Miguel Martínez Almoyna, médico francés, pionero del Sistema de Emergencias en Francia, el SAMU francés, define la regulación médica como: *La regulación médica es un neologismo creado para una nueva función, y un nuevo concepto, que concierne a la gestión de flujos entre la oferta de cuidados y la demanda. Lo más importante es decidir si una solicitud está justificada por una necesidad de atención urgente, clasificándola según prioridad si existen varias solicitudes simultáneas que entran en conflicto para su tratamiento.*

**En este modelo de centro la presencia de médicos es obligatoria**, cuya función es, después de la entrevista telefónica, evaluar la gravedad y pronóstico del paciente, establecer una sospecha diagnóstica y, con base en todo ello, tomar una decisión para resolver la demanda.

## Coordinación mixta de la demanda

Cuando el volumen de llamadas es importante se hace necesaria la implantación de modelos mixtos. En este modelo se ofrecen dos tipos de respuestas distintas. En primer lugar, la respuesta automática, que es coordinada por el teleoperador/locutor a través de un sistema protocolizado cerrado. Y, en segundo lugar, una respuesta sanitaria que es ofrecida por el coordinador sanitario.

## Coordinación sanitaria

Es el modelo más extendido e implantado en los CCUE. Está compuesto por un equipo multidisciplinar formado por médicos, enfermeros, técnicos en emergencias sanitarias, locutores, gestores, operadores, psicólogos, en el que todos son coordinadores sanitarios. **Este modelo se basa en que cada una de las demandas sanitarias sea atendida y gestionada por personal sanitario con la ayuda del personal que no es sanitario.** El coordinador sanitario clasifica la demanda y toma decisiones para resolver esta solicitud, bien con la movilización de recursos o sin ella.



Para conseguir una respuesta eficiente, el coordinador sanitario debe clasificar o tipificar la demanda sanitaria y aplicar los procedimientos existentes.

Debido al volumen de llamadas existentes en los CCUE, a veces es necesario tomar decisiones no protocolizadas teniendo en cuenta factores externos como la disponibilidad del recurso, la distancia al lugar del incidente, antecedentes del paciente, destino a centro sanitario, etcétera.

La presencia de personal sanitario en los CCUE tiene las siguientes ventajas:

- La asignación de recursos por personal sanitario asegura que la respuesta se adapte a la necesidad.
- Evita que los centros sanitarios u hospitales de destino de los pacientes se vean saturados por pacientes que pueden ser atendidos en otro nivel asistencial.
- Evita la duplicidad de servicios al conseguir que una misma demanda no sea atendida por varios servicios sanitarios.
- Mejora la atención de aquellas situaciones de emergencias o críticas con la movilización de recursos avanzados al lugar del incidente, con el correspondiente seguimiento continuo del coordinador sanitario.
- Mejora la calidad asistencial en todo momento, dado que puede ofrecer consejos sanitarios hasta la llegada del personal que acude al lugar del incidente.



### RECUERDE

La coordinación sanitaria es la toma de decisiones ante la demanda de asistencia sanitaria urgente, teniendo presentes la coordinación y la organización, para dirigir la cadena asistencial hasta la resolución óptima de toda demanda sanitaria.

En cada uno de los modelos o tipos de CCUE hay una competencia que es común a todos que es el **triaje telefónico**. Triage telefónico es el proceso de clasificación de los pacientes realizado por el coordinador sanitario del CCUE con base en una valoración protocolizada en función del grado de urgencia. De esta forma, se establecen los tiempos de espera para que sean atendidos y tratados por el equipo asistencial, para que se proceda a la activación del recurso asistencial más idóneo con el fin de resolver la petición

de ayuda y el traslado al centro sanitario más adecuado, independientemente del orden de la demanda sanitaria.

## CLASIFICACIÓN/TIPIFICACIÓN DE LA DEMANDA SANITARIA

La clasificación o tipificación de la demanda sanitaria desde un CCUE va a permitir decidir qué recurso o recursos deben asistir (en el caso de que sea necesario movilizar alguno) al lugar del incidente, teniendo en cuenta criterios de priorización en todo momento.



### RECUERDE

La regulación o coordinación sanitaria consiste en **evaluar las prioridades, clasificar y decidir las soluciones** más apropiadas ante una solicitud de ayuda urgente a un CCU.

**El proceso de regulación conlleva una gran dificultad, ya que hay que tomar decisiones sin «ver ni tocar»** y, además, generalmente el que da la alarma no tiene conocimientos sanitarios, está angustiado e impaciente y su grado de exigencia es muy alto.

Todo esto hace que el grado de urgencia sea una mezcla compleja de factores, no solo clínicos. Existe una fórmula que puede ayudar a comprender esta complejidad:

$$U = G \times T \times A \times V$$

U es el grado de urgencia que se quiere medir; G es la gravedad clínica del paciente; T es el tiempo que requiere para ser estabilizado; A es la sensación subjetiva de urgencia y V es la valencia social.



Las demandas asistenciales recibidas en los CCUE se priorizan siguiendo criterios de gravedad, tiempo de respuesta, tipo de recurso y valencia social.

**Las demandas sanitarias pueden ser clasificadas o tipificadas** de la siguiente manera (Tabla 13.2-1):

- **Emergencia:** situación en la que los signos o síntomas hacen sospechar un riesgo inminente, con secuelas irreversibles o graves o la pérdida de la función de algún órgano vital. Precisa atención inmediata.
- **Urgencia no demorable:** situación en la que se sospecha una patología aguda o exacerbación de una crónica, sin probable amenaza vital o funcional inmediata, pero que necesita atención sanitaria en el menor tiempo posible.
- **Urgencia demorable:** situación de procesos agudos o inesperados que presentan un cuadro no subsidiario de atención inmediata; debe ser atendida pronto debido a la valencia social.
- **Derivación a centros sanitarios:** situaciones de patología no urgente pero en las que es necesario el traslado a un centro sanitario (centro de salud, punto de atención continuada, hospital) por motivos diagnósticos o de tratamiento.
- **Consejo sanitario:** la demanda es resuelta por el coordinador sanitario.
- **Traslados programados o no urgentes:** son aquellos traslados que se programan para fechas posteriores o traslados que no requieren de una atención sanitaria inmediata. Suelen ser traslados para pruebas a otros centros sanitarios, para rehabilitación, consultas, etcétera.
- **Traslados interhospitalarios:** son aquellos traslados, bien urgentes o emergentes, entre dos centros sanitarios.

Tabla 13.2-1. Relación de las distintas clasificaciones con la prioridad correspondiente

Clasificación / tipificación	Prioridad
Emergencia	Prioridad 1
Urgencia NO demorable	Prioridad 2
Urgencias demorable	Prioridad 3
Consejo sanitario	Prioridad 4
Traslados programados o no urgentes	Prioridad 4
Traslados interhospitalarios	Prioridad 1-2
Informativa	Prioridad 4

- Informativa: son aquellas demandas que solicitan información sanitaria, información relacionada con el sistema de salud. No precisan la movilización de ningún recurso y son resueltas por el coordinador sanitario.

El **proceso de regulación sanitaria** está compuesto por tareas o acciones que se pueden ejecutar sucesiva o simultáneamente por el equipo de regulación (médico o enfermero y operador).

**En todos los CCUE existe una «operativa de sala»** que determina quién realiza estas tareas y cómo se ejecutan, que establece las jerarquías y reparte las responsabilidades del proceso regulador. Estas tareas son:

- El operador debe localizar geográficamente el incidente, confirmar el número de teléfono del solicitante e interrogar según árbol lógico, grabar los datos sobre edad, sexo, signos y síntomas (los principales signos y síntomas: estado de consciencia, dolor torácico, dificultad respiratoria y hemorragia abundante).
- Transferir la llamada al regulador (médico o enfermero según sea un traslado primario, secundario, una consulta sanitaria, un preventivo o según la operativa de sala del CCUE).
- Clasificar o triar mediante interrogatorio del regulador sobre estado de consciencia, frecuencia y dificultad respiratoria, dolor torácico, hemorragia, cianosis, palidez, sudoración, otros signos, síntomas, antecedentes patológicos, órdenes escritas previas de no reanimación, tratamientos, mecanismo de lesión, energía de impacto, deformidades de los vehículos, atrapamiento de personas o miembros, condiciones del lugar del suceso, espacio libre de obstáculos para aterrizar con un helicóptero en las proximidades, condiciones meteorológicas en el lugar donde se halla el paciente, orografía, terreno y vegetación, características del arma blanca, anchura y longitud de la hoja, calibre aproximado, si es larga o corta si es de fuego, presencia de personas agresivas, etc. En función de esto, clasificará la demanda en emergencia, urgencia no demorable, urgencia demorable, etc. El regulador deberá elegir el recurso más adecuado y decírselo al operador para que transmita la orden por radio o teléfono a la dotación correspondiente.
- El regulador deberá seguir los movimientos del recurso para supervisar que no haya pérdidas de tiempo por errores o indisciplina.
- El regulador deberá reevaluar por teléfono la evolución del paciente grave, mientras llega el recurso, e informar al solicitante de cómo proceder mediante instrucciones telefónicas para empezar inmediatamente los cuidados al paciente. Por ejemplo: bajarle de la cama o del sofá al suelo y dar compresiones centrotorácicas, abrirle la vía aérea, maniobra de Heimlich, posición lateral de seguridad, compresión de una herida sangrante, abrir ventanas si sospecha intoxicación por monóxido de carbono, señalar el accidente con triángulos y ponerse los chalecos reflectantes, desnudar el torso del paciente en caso de dolor torácico por si hay que desfibrilar, etcétera.

- Tras la llegada y evaluación hechas por el médico/enfermero del recurso de soporte vital avanzado o por los técnicos de una ambulancia de soporte vital básico, si es necesario preaviso, el regulador les pedirá información sobre la exploración del paciente, impresión diagnóstica y tratamientos que se están aplicando para seleccionar un hospital de destino. En la mayor parte de las ocasiones (y en muchos servicios de emergencias) el sistema asigna directamente un hospital de referencia para el paciente.



El recurso más adecuado dependerá de los recursos sanitarios disponibles para la zona, de los años potenciales de vida, de la calidad de vida previa, del pronóstico. Tendrá en cuenta la geografía, las condiciones meteorológicas (niebla, hielo, viento o nieve), el tráfico, el tiempo estimado de llegada al paciente, el traslado al hospital adecuado el y regreso a su zona.



### RECUERDE

El hospital de referencia es, en general, el hospital más cercano y es el que corresponde a la zona donde se produce el incidente. Suele ser el hospital que le corresponde al paciente.

El hospital útil es aquel que aunque no sea el más cercano, es el que proporcionará al paciente un tratamiento específico para su patología (amputaciones, angioplastias, cirugía pediátrica).

## ASPECTOS DESTACADOS DE LA COMUNICACIÓN

Los elementos más destacados de la comunicación son (Fig. 13.2-8):

- Emisor-receptor: el emisor se corresponde con la persona que llama al 112 solicitando ayuda y el receptor con el coordinador sanitario, que es quien recibe la llamada y debe gestionarla. El coordinador sanitario debe estar formado en técnicas de entrevista y valoración telefónica, enfocar sus decisiones hacia la priorización de la asistencia, la sospecha diagnóstica y, sobre todo, debe saber controlar el estado de ansiedad del alertante en todo momento, debido a la presión directa de la demanda sanitaria, principalmente.
- Canal: son las distintas tecnologías de telecomunicaciones (líneas fijas telefónicas, las líneas móviles y los mensajes). Las líneas fijas permiten una comunicación de mayor calidad. En los últimos años, la telefonía móvil ha permitido una universalización de la asistencia; sin embargo, a día de hoy, aún hay zonas de sombra, es decir, zonas de la geografía donde no hay cobertura.

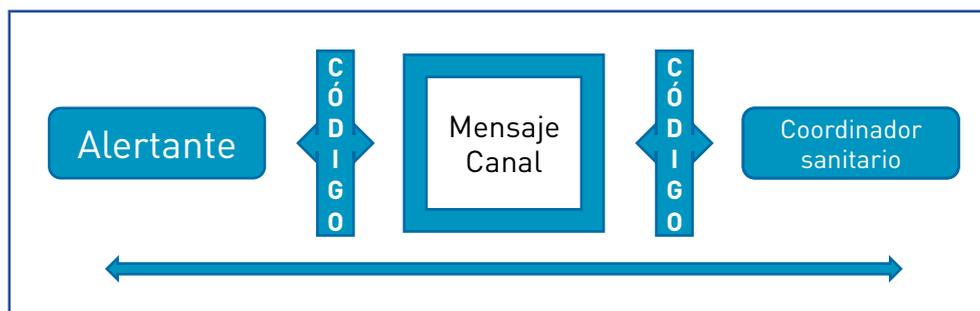


Figura 13.2-8. Elementos de la comunicación.

El canal ha experimentado avances y mejoras, como es el caso de las nuevas formas de comunicación para las personas con problemas auditivos o verbales, que tienen la posibilidad de mantener un contacto por medio de mensajes escritos.

- Mensaje: al no existir una coincidencia física del alertante y del coordinador sanitario, se produce la pérdida de matices que ofrece la comunicación no verbal. Esa pérdida de contacto físico y visual influye negativamente en la comunicación.

Estas limitaciones o deficiencias de la comunicación entre el alertante y el coordinador sanitario deben ser corregidas con mensajes asertivos, favoreciendo la comunicación.

- Código: el lenguaje sencillo, lo menos técnico posible, facilitará que el demandante entienda las preguntas y las indicaciones. Es necesario «hablar el mismo idioma» que la persona que llama, ponerse en su lugar y explicarle las instrucciones en términos comprensibles de acuerdo con su edad, nivel de conocimientos, grupo social, etcétera.

Las variables que influyen en la comunicación telefónica son las siguientes:

- Desconocimiento del sistema: la mayoría de la población desconoce la existencia de los CCUE, tan solo tiene conocimiento de los recursos asistenciales que operan en la vía pública.
- Desconocimiento personal: el alertante no conoce al coordinador sanitario que está al otro lado del teléfono; este aspecto dificulta la conversación entre ambos.
- Elevada ansiedad: debido a la situación de urgencia o emergencia, la ansiedad que experimenta el alertante juega un papel principal que hay que tener en cuenta. El coordinador sanitario debe usar diferentes estrategias para controlarla y conseguir la información necesaria del alertante y su colaboración, en caso necesario.
- Incomunicación asociada a la conversación telefónica: deben tenerse en cuenta las barreras que se producen a la hora de mantener la comunicación con el alertante: ruido ambiental, mala cobertura, idioma. Estas barreras van a condicionar la comunicación de manera negativa.
- Objetivos ocultos: hace referencia a la información que no es real, ya que no siempre coincide lo que cuenta el alertante al coordinador sanitario con lo que realmente sucede.

Aspectos importantes de la comunicación telefónica durante la entrevista coordinador sanitario-alertante son:

- Sonrisa: comenzar la entrevista telefónica con gesto sonriente dará lugar a una comunicación positiva entre ambas partes.
- Voz: la confianza y la tranquilidad se consigue a través de la voz. Deben tenerse en cuenta los siguientes aspectos:
  - Entonación: es de vital importancia modificar el tono de voz a lo largo de la entrevista telefónica. Emplear el mismo tono de voz suele generar desconfianza y es signo de desinterés. Se proponen las entonaciones que aparecen en la [tabla 13.2-2](#).

**Tabla 13.2-2. Entonación**

Comunicación telefónica	Entonaciones
Presentación y acogida	Tono cálido
Entrevista telefónica	Tono seguro
Triage telefónico	Tono seguro
Informar de la decisión	Tono sugerente
Despedida	Tono cálido

- Elocución: el ritmo de la conversación debe ser más lento que el habitual. La frecuencia debe ser de unas 140 palabras por minuto, evitando un ritmo rápido. Una frecuencia rápida es signo de urgencia (aspecto negativo) y una frecuencia demasiado lenta puede generar nerviosismo en el alertante.
- Articulación: el mensaje del coordinador sanitario debe ser comprensible. Es crucial una articulación perfecta de las palabras.
- Lenguaje: el lenguaje debe ser claro, sin terminología técnica, con carácter positivo, conciso, con frases cortas, a ser posible. En todo momento deben evitarse los comentarios negativos o agresivos.
- Silencios: se deben utilizar de forma correcta los silencios, que permiten que la entrevista telefónica genere confianza y naturalidad.
- Empatía: la entrevista o triaje telefónico correctos dependen en parte de que la empatía con el alertante sea acorde a cada situación de urgencia o emergencia.



## CONCLUSIONES

- Es importante conocer cómo se accede a los sistemas de emergencias, cuál es la puerta de entrada y cómo funcionan los centros de coordinación sanitaria.
- El coordinador sanitario debe adquirir un perfil específico para desempeñar su trabajo dentro de un CCUE; la dinámica de trabajo y los procedimientos y protocolos son de vital importancia para el desarrollo normal del servicio.
- Los modelos de coordinación o tipos de CCUE se deben ajustar a las necesidades reales del SEM, deben ser compatibles con las necesidades reales del servicio y adaptarse en todo momento a la demanda, teniendo siempre en cuenta la calidad asistencial que corresponde dar.
- Las distintas clasificaciones o tipificaciones de la demanda sanitaria empleadas para priorizar la asistencia en cada momento no deben depender de la hora de entrada al sistema sino de la necesidad de la asistencia.
- En los CCUE se trabaja bajo una sospecha diagnóstica; sobre esta y con base en el triaje telefónico y con la información recogida se decide qué recurso debe acudir al lugar del incidente.
- En los CCUE la comunicación es la principal herramienta de trabajo. El coordinador sanitario debe manejar todos y cada uno de sus elementos para lograr una entrevista telefónica óptima y tratar cada una de las demandas sanitarias en función de la urgencia o emergencia.



## BIBLIOGRAFÍA

- Abraldes López-Veiga M, Ameijeiras Bouza MC, Angosta Saura T et al. Manual de consultoría médica telefónica. Fundación Pública de Urgencias Sanitarias de Galicia 061. Junta de Galicia; 2010.
- Atención a la urgencia extrahospitalaria. Sistema de Información de Atención Primaria. Sistema Nacional de Salud. M.S.C. Instituto de Información Sanitaria. Subcomisión de Sistemas de Información del SNS; 2007.
- Canabal Berlanga R. Aspectos bioéticos de la regulación sanitaria en los centros coordinadores de urgencias. III Diploma Superior en Bioética. SESCAM. 2010.
- Cintora Sanz AM, Padrones Hortigüela A, Iglesias Guerra JA. Enfermería y los Centros Coordinadores de Urgencias de España. Prehosp Emerg Care. 2015;5.
- Decisión del Consejo de Europa 91/396/CEE, de 29 de julio de 1991, relativa a la creación de un número de llamada de urgencia único europeo.
- Delgado Sánchez R, Morán Díaz MM, Huertas López P, Laserna del Gallego C, Fernán Pérez P. Gestión y/o coordinación de la demanda sanitaria desde un CCUE multisectorial. II Jornadas TALURGEM. Talavera de la Reina, Toledo; 2017.
- Gamallo Carreira S, Abuin Flores J, Delgado Sánchez R, Fernán Pérez P, Castillo Paramio X. Relación y comparativa de coordinadores sanitarios en los centros coordinadores de urgencias y emergencias en España. 29 Congreso SEMES. Alicante; 2017.
- Guía asistencial de urgencias y emergencias extrahospitalarias. 2ª edición. Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario. GUETS. Toledo: Servicio de Salud de Castilla La Mancha. SESCAM; 2014.
- Hermoso F, Aguilar JR, Roldán M. Centro Coordinador de Emergencias Médicas. Módulo II. Algoritmo de funcionamiento.
- Hermoso F, Aguilar JR. Centro Coordinador de Urgencias Médicas: estructura y funciones. Proced Med Emerg. SEMES.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- López Ballesteros A. Implantación de enfermería en un Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias. Puesta al día en Urgencias, Emergencias y Catástrofes. 2008;2:73-8.
- Martín Reyes D, Arcos González P, Castro Delgado R. Los recursos médicos y de enfermería de los sistemas de emergencias médicas y centros de coordinación de urgencias de España. Emergencias 2014;26(1):7-12.
- Martínez Almoyna M, Denegri Filho, Bithencourt Otero et al. Manual para los equipos de regulación médica.
- Martínez Almoyna M, Valcárcel Ó, Montessi LG. Manual para los equipos de regulación médica. Tomo 1. Bases teóricas para la regulación médica de los SAMU y los sistemas integrados de atención médica de urgencia. 2ª edición. Buenos Aires: Emas; 2003.
- Menchaca MA, Huerta Á, Cerdeira JC, Martínez P, Mendoza C. Servicios de urgencias, emergencias y catástrofes extrahospitalarias. En: Manual de enfermería SUMMA 112. Madrid: Comunidad de Madrid.
- Quintana Miró R. Centros de coordinación de urgencias: ¿ventanilla única? Avances en Emergencias y Resucitación, volumen 3. Barcelona: Editorial Edika-Med SL; 1998.
- Real Decreto 903/1997 de 16 de junio de Regulación del acceso, mediante redes de telecomunicaciones, al servicio de atención de llamadas de urgencia a través del número telefónico 112.
- Sánchez Losada JA, Romero Sánchez S, Romero Sánchez R, Pavón Olid J. Toma de decisiones en urgencias sanitarias: regulación médica. Puesta Día Urgenc Emerg Catástr. 2001;2(4):197-201.