PLAN ANDALUZ DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

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

JUNTA DE ANDALUCIA

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

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

Actualizado: octubre 2018

CONSEJERÍA DE SALUD
SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

JUNTA DE ANDALUCIA

Año de edición, 2018

Autoría

- **José María Álvarez Rueda.** Subdirector Asistencial Empresa Pública de Emergencias Sanitarias.
- **Francisco José Ávila Rodríguez**. Coordinador Asistencial del Servicio Provincial 061 Cádiz. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias.
- **Auxiliadora Caballero García**. Médica Responsable de Proceso Asistencial. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias.
- **José Manuel Calderón de la Barca Gázquez**. Jefe de Sección de Urgencias. Subdirector de estructura física y recursos del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias.
- **Antonio Fernández Nátera**. Médico, Director de la UGC del Servicio de Urgencias de Atención Primaria del Distrito Bahía de Cádiz - La Janda.
- **José Javier García del Águila.** Director Asistencial. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias.
- **Juan Iglesias Díaz.** Técnico de Coordinación de Gestión y Evaluación. Subdirección de Gestión Sanitaria. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud.
- **Luis Jiménez Murillo**. Jefe de Servicio y Director de la UGC de Urgencias del Hospital Reina Sofía de Córdoba. Director del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias.
- **Manuel López Serrato.** Subdirector de Coordinación de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria.
- **Ana Isabel Martínez García.** Médica, Directora UGC del Servicio de Urgencias de Atención Primaria del Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce.
- **Francisco Javier Montero Pérez.** Facultativo Especialista de Área de Urgencias. Subdirector de gestión clínica, formación e investigación del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias.
- **Félix Plaza Moreno**. Director del Servicio Provincial 061 Málaga. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias.
- **Luis Olavarría Govantes.** Director Gerente. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias.
- **Pedro H. Rojas Parras**. Médico. Servicio de Urgencias de Atención Primaria del AGS Sur de Córdoba. Subdirector para las urgencias extrahospitalarias del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias.
- **Martín Tejedor Fernández.** Subdirector de calidad y seguridad del paciente del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias.
- **David Linares Toro,** Médico. Director de la UGC del Servicio de Urgencias de Atención Primaria del Distrito Condado-Campiña.
- **José Manuel Uribe Sarabia**. Médico. Coordinador de Sistemas. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias.

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons
Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License

Edita:

© 2018 Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Avenida de la Constitución 18, 41071 Sevilla
Tel. 955 01 80 00, fax 955 01 80 37
www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud

Me resulta grato presentaros el nuevo "Protocolo de Coordinación de la Asistencia Extrahospitalaria Urgente y Emergente del Sistema Sanitario Público Andaluz", un instrumento de suma importancia en la regulación del sistema de atención a las urgencias y emergencias. Y me resulta grato por la trascendencia que tiene para la salud de los andaluces y las andaluzas.

El Sistema Sanitario Público Andaluz dispone actualmente, además de los Servicios de Urgencias de Hospitales, de una red conformada por 372 Servicios de Urgencia de Atención Primaria con 726 equipos movilizables por todo el territorio. Estos servicios de urgencias de atención primaria atendieron en el año 2017 a 6.686.604 pacientes.

La creación en los años noventa de los Centros coordinadores de Urgencias y Emergencias (CCUE), uno en cada provincia y una dirección regional, supuso un importante avance en la coordinación de los recursos extrahospitalarios del SAS con los de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES, 061), con sus 36 equipos terrestres, 9 vehículos especiales de catástrofes y 5 equipos aéreos. En el 2017 estos Centros Coordinadores de Urgencias y Emergencias recibieron 1.315.212 llamadas de las cuales 90.716 eran informativas, 350.405 eran asistenciales resueltas por los propios CCUE y 874.091 se resolvieron activando equipos movilizables de atención primaria para atender en la vía pública o en los domicilios de los ciudadanos.

El "Protocolo de Coordinación de la Asistencia Extrahospitalaria Urgente y Emergente del Sistema Sanitario Público Andaluz" es el principal instrumento donde se especifican los criterios de intervención, priorización y coordinación de los diferentes recursos sanitarios ante las demandas concretas de la población. Su elaboración supuso ya un hito en el año 2006 para la coordinación de la atención a las urgencias

y las emergencias. Fue un paso adelante muy significativo en la movilización de los dispositivos adecuados y en la coordinación con los centros de atención primaria y con los hospitales.

Pero el tiempo ha transcurrido y ha sido necesaria la revisión de estos protocolos y su adaptación a la realidad actual. Y entre las actualizaciones introducidas me gustaría destacar la mejora de la trazabilidad del proceso de atención, la adecuación de los sistemas de información con la creación del cuadro de mandos, la consolidación de la historia clínica en movilidad, la regulación de los procesos tiempo-dependiente, la necesidad de evitar activaciones simultáneas de recursos y la actualización del Plan Operativo de Urgencias y Emergencias (POUE). Todo ello de acuerdo con lo establecido en el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias (PAUE).

Estos nuevos protocolos tienen un gran trabajo detrás. Un trabajo que han realizado profesionales con gran experiencia. Quiero expresar mi agradecimiento a todos estos y estas profesionales, sanitarios y no sanitarios, tanto de atención primaria como del 061. Y a los y las profesionales del PAUE. Porque es un trabajo necesario y bien hecho, que contribuye a mejorar nuestro sistema sanitario público. Muchas gracias por ello.

Francisca Antón Molina
Directora Gerente del Servicio Andaluz de Salud

INTRODUCCIÓN 9

10 OBJETIVOS

PRINCIPIOS GENERALES 11

13 CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN

CAMBIOS EN LA CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS RECURSOS Y SERVICIOS DE URGENCIAS 21

22 RECURSOS DISPONIBLES POR EL SSPA PARA LA ATENCIÓN A LAS URGENCIAS Y EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

RED DE TRANSPORTE URGENTE 23

30 PLAN OPERATIVO DE DISPOSITIVOS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS (PODUE)

COMISIONES DE SEGUIMIENTO Y MEJORA DE LA COORDINACIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS SAS-EPES 36

37 CUADRO DE MANDO

INTRODUCCIÓN

La reorganización de la actividad sanitaria urgente en la Comunidad Autónoma de Andalucía tiene como referencia obligada el Plan Marco de Calidad y Eficiencia de la Consejería de Salud. Sus ejes son la ciudadanía (centro de la organización de la actividad sanitaria), la accesibilidad y equidad del sistema, y el acto clínico único y de calidad entendido dentro del proceso asistencial continuo.

El "Plan Marco de reorganización de la asistencia a las urgencias y emergencias en atención primaria: dispositivos de cuidados críticos y urgencias " (Resolución 1/97 del Servicio Andaluz de Salud [SAS]) establece y regula el funcionamiento de estos dispositivos y en el punto "3.3. Servicio comunitario", refiere que el Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias, de aquí en adelante llamado Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP), debe estar íntimamente relacionado con la comunidad y, para ello, deben establecer relaciones de trabajo eficaces y amplias con el resto de agentes que atienden a las urgencias y emergencias en Andalucía: sistema de emergencias (061), centros de salud y servicios de urgencias de hospital.

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

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

Estas relaciones entre los distintos agentes del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) tienen como objetivos fundamentales la asistencia sanitaria de calidad, la satisfacción de las personas usuarias y la gestión eficiente de los recursos disponibles, objetivos que integran las líneas estratégicas establecidas por el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias (PAUE).

Para dar respuesta a la exigencia de accesibilidad y proceso único, el SAS puso en marcha el teléfono de urgencias sanitarias para facilitar a la ciudadanía su demanda de asistencia y protocolizó los criterios de coordinación entre los agentes implicados. La recepción de las llamadas de las personas que requieren asistencia se realiza a través de los Centros Coordinadores de Urgencias y Emergencias (CCUE), gestionados por la EPES.

Tras varios años de experiencia, la exigencia de una mejora continua y el grado de desarrollo de la implantación de los SUAP en Andalucía, hacen necesario revisar los protocolos de coordinación de las urgencias, adaptándolos a las líneas de mejora identificadas en el análisis de situación previo realizado por los y las profesionales implicadas. Este protocolo es el fruto de dicho trabajo.

OBJETIVOS

1. Facilitar a la población desde cualquier teléfono el acceso de forma inmediata al sistema integral de urgencias y emergencias en toda la Comunidad Autónoma, a través de números de marcación reducida (061) o de marcación tradicional (teléfono de urgencias provincial de 9 cifras). Los CCUE deben garantizar la integración de estos teléfonos con otras plataformas a las que puede acceder la ciudadanía para solicitar asistencia (Salud Responde, Emergencias de Andalucía 112, Servicio Andaluz de Teleasistencia, etc.). Asimismo, los CCUE deben adaptarse a la implantación de nuevos canales de acceso.
2. Establecer un sistema de clasificación de la demanda de asistencia alineado con los sistemas de triaje de los servicios de urgencias de hospital y de atención primaria. Una de las funciones de la gestión de esta demanda es priorizar las urgencias según el riesgo que representan para la persona y, por tanto, del tiempo de demora máximo que se puede tolerar sin incrementar el mismo.
3. Mejorar y homogeneizar la respuesta en las situaciones de urgencias y emergencias. Cada demanda de asistencia requiere una respuesta en función de la alerta de prioridad establecida. La respuesta debe modularse según la necesidad de asistencia médica o la prestación de cuidados (prácticas avanzadas de enfermería).
4. Garantizar una respuesta eficaz y eficiente. La asistencia debe prestarse con el recurso y en el lugar adecuado.
5. Mejorar los sistemas de información y la trazabilidad de los servicios como fuente de gestión de la mejora continua.
6. Optimizar los sistemas de comunicación entre los CCUE y los recursos móviles disponibles, realizando un uso eficiente de los mismos. Para ello, siempre debe existir un canal de comunicación abierto entre los CCUE y los profesionales, potenciando los canales de datos sobre los de voz.
7. Garantizar la emisión de los estatus desde los recursos asistenciales para que sean visibles en los CCUE.

8. Promover el uso adecuado de los teléfonos de urgencias y/o emergencias entre la ciudadanía, proporcionando la información necesaria. Esta puede hacerse a través de una grabación mientras la persona espera ser atendida, o empleando estrategias de divulgación en los medios de comunicación, redes sociales u otros medios escritos y audiovisuales en la web o en la radio y televisión pública de Andalucía.

PRINCIPIOS GENERALES

1. La persona que demanda atención urgente debe recibir una respuesta adecuada a la gravedad del proceso que padece.
2. La persona que requiere atención urgente debe estar informada del recurso que le va a atender y del tiempo estimado de respuesta. En las demandas no emergentes (todas menos las alertas de prioridad 1), será advertida que estos servicios pueden ser susceptibles de facturación si la cobertura sanitaria es de otra mutualidad distinta a la Seguridad Social.
3. La recepción de las llamadas telefónicas solicitando demandas asistenciales urgentes y emergentes se realizará de forma inmediata a través de los CCUE, independientemente de la línea de entrada de la llamada (061, teléfono de urgencias, etc.), con el fin de posibilitar la coordinación y garantizar la accesibilidad de la población al sistema. Los CCUE deben integrarse con otras plataformas (112, Teleasistencia, Salud Responde, etc.). Según el resultado del triaje realizado se podrá:
   - Activar un dispositivo.
   - Transferir la demanda al dispositivo asistencial correspondiente.
   - Derivar a la persona al dispositivo asistencial adecuado.
   - Resolver la demanda, dando información o consejo sanitario.
4. El CCUE recogerá la hora de la llamada, la localización, la situación clínica de la persona y la alerta de prioridad, y comunicará esta información a los dispositivos asistenciales cuando los active o les transfiera la demanda. En la medida de lo posible el CCUE recogerá su DNI, para que el equipo asistencial pueda ver sus antecedentes personales y verificará su identificación inequívoca. La movilización de los recursos del SSPA, se realizará siguiendo los protocolos generales establecidos en este documento, que serán aplicados en cada Distrito/Área de Gestión Sanitaria (AGS) y en cada CCUE.
5. El CCUE deberá conocer en todo momento el estado y la posición de todos los equipos movilizables (EM), por lo que todos sus estatus deben

comunicarse al CCUE por la persona responsable del equipo, facilitando los siguientes estados:

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

6. Todos los EM y profesionales de guardia de los centros de atención primaria (CAP) durante el período de apertura de los mismos dispondrán de un teléfono móvil corporativo, cuyo número estará a disposición del CCUE. Es el instrumento clave de comunicación entre los agentes implicados en la resolución de las urgencias y las emergencias, y es responsabilidad de la EPES y del Distrito/AGS mantenerlo operativo. Los EM dispondrán además de dispositivos embarcados o móviles que facilitarán la comunicación a través de datos con los CCUE y permitirán el registro de la Historia Clínica Digital de Movilidad (HCDM), cumplimentando la orientación/juicio clínico (CIE) de las personas atendidas.
7. Los Distritos y AGS definirán, a través de la plataforma web diseñada al efecto, el Plan Operativo de Dispositivos de Urgencias y Emergencias (PODUE) de cada zona, en el que debe detallarse el orden de movilización de los recursos para la atención de las urgencias y emergencias según su prioridad y por cada núcleo de población y su CAP correspondiente. Igualmente deberán recogerse todos los datos y observaciones que se requieran y especificarse el SUAP, EM, 061 y transporte no asistido (TNA), si los hubiera, de referencia. Dentro del panel de movilización de recursos, es imprescindible cubrir al menos las dos primeras opciones de movilización de las alertas de prioridades 1 y 2. Estos planes operativos deben ser aprobados por la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud.
8. Cada EM está constituido por personal sanitario y una ambulancia con su correspondiente Técnico/a de Emergencias Sanitarias (TES). En ningún caso estos equipos serán exclusivamente fijos ni exclusivamente móviles, por lo que mientras no exista una salida (urgencia externa) deben atender a pacientes dentro del centro (urgencia interna). Las características y nomenclaturas de los EM se explican posteriormente (v. apartado V, recursos extrahospitalarios del SSPA para la atención de las urgencias y emergencias). Los equipos preferentemente móviles (los que

disponen de vehículo y al ser movilizados no cierran el SUAP), deben atender a la mayor brevedad cualquier alerta de prioridad asignada por el CCUE.

9. La solicitud de asistencia domiciliaria por parte de las personas que acudan directamente al SUAP se resolverá de alguna de las formas siguientes:
   - Derivación telefónica al CCUE si no hay personal sanitario, o existiendo este, para la gestión por otro recurso. La solicitud de asistencia con el CCUE la realizará el celador/a y en ningún caso se le indicará a la persona que llame al centro coordinador para solicitar la misma.
   - Autoactivación de EM. En este caso, el equipo debe notificarlo de inmediato al CCUE para que se cree la demanda y se asocie a esta la unidad y los estatus de la misma.
   - Resolución mediante consejos sanitarios.
10. Para garantizar la eficiencia del sistema de urgencias y emergencias no se producirán activaciones simultáneas de recursos, salvo que se sospeche o se conozca la existencia de más de una persona a atender. Asimismo, se podrán producir activaciones simultáneas en las zonas en las que el PODUE así lo recoja (situaciones excepcionales pactadas por el Distrito/AGS y la Dirección Provincial de EPES).
11. Las comunicaciones de todos los equipos móviles con el CCUE se realizarán preferentemente por el canal de datos, quedando las comunicaciones de voz restringidas a las situaciones en que los equipos soliciten más información por ser insuficiente la que aparece en el canal de datos, o por no poder realizarse a través del mismo. El uso razonable del canal de voz facilitará una mayor disponibilidad, evitando la falta de accesibilidad de los recursos móviles.
12. El cuadro de mando de referencia será el establecido por el PAUE y titulado "Cuadro de Mando del Sistema Integral de Urgencias".

CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN

GUÍAS DE TRIAJE TELEFÓNICO

Los CCUE están dotados de sistemas informáticos y de comunicaciones integradas de alta tecnología. Esto permite recibir la llamada a través del teléfono de urgencias provincial o a través de la línea 061 e integrarse con otras plataformas como 112, Salud Responde o el Servicio Andaluz de Teleasistencia. Las llamadas son recibidas por profesionales de atención telefónica, que recogen los datos de la persona, la localización del lugar de

la demanda, el motivo de consulta y efectuarán un breve interrogatorio siguiendo las Guías de Triaje Telefónico (GTT) establecidas para cada tipo de demanda. En función de las distintas alertas producidas durante el interrogatorio, la operadora podrá activar un recurso o solicitar la participación del médico/a coordinador/a. No obstante, podrá intervenir en cualquier momento de la conversación, garantizando que se está ejecutando la GTT de forma adecuada y efectuar cuántas preguntas estime necesarias para la alerta de prioridad.

Es muy importante que el sistema de triaje utilizado en los CCUE esté alineado con los sistemas de triaje utilizados en los servicios de urgencias de hospital y de atención primaria. En la actualidad las puertas de entrada a las diferentes GTT son las siguientes:

1. Abuso de tóxicos, drogas, medicamentos y/o alcohol.
2. Accidente de buceo.
3. Accidente de transporte.
4. Accidente eléctrico.
5. Agitación y/o violencia.
6. Alteraciones de la micción.
7. Amenaza de aborto.
8. Amenaza suicida.
9. Aplastamiento y/o amputación.
10. Caída/tropiezo.
11. Cefaleas.
12. Contusión.
13. Convulsión.
14. Demandas de enfermería.
15. Depresión/ tristeza.
16. Dificultad respiratoria.
17. Dolor abdominal.
18. Dolor cervical.
19. Dolor de espalda/columna.
20. Dolor de extremidades/articular.
21. Dolor generalizado/ mal definido.
22. Dolor genitourinario/pélvico.

23. Dolor torácico.
24. Estreñimiento/diarreas.
25. Fiebre.
26. Hemorragia ginecológica.
27. Hemorragia por vía anal y/o heces negras.
28. Hemorragia por vía oral.
29. Hemorragia por vía urinaria.
30. Herida por arma blanca/ fuego.
31. Heridas/ hemorragias.
32. Hiperglucemia.
33. Hipertensión.
34. Hipoglucemia.
35. Hipotensión.
36. Inconsciente.
37. Malestar general.
38. Mareos/ desvanecimientos/ síncope.
39. Mordeduras/picaduras.
40. Náuseas y vómitos.
41. Nerviosismo/ ansiedad.
42. Obstrucción vía aérea por cuerpo extraño.
43. Otras alteraciones del nivel de conciencia.
44. Otros motivos/ valoración difícil.
45. Palpitaciones/arritmias.
46. Parto y alumbramiento de urgencias.
47. Precipitación.
48. Problemas boca/garganta/nariz y oídos.
49. Problemas dermatológicos.
50. Problemas en pacientes de cuidados paliativos.
51. Problemas oftalmológicos.
52. Quemaduras.
53. Semiahogamiento.

54. Sospecha accidente cerebrovascular (ACV).
55. Sospecha de gripe.
56. Sospecha de malos tratos.
57. Sospecha éxitus.
58. Sospecha parada cardiorrespiratoria

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

ALERTAS DE PRIORIDAD

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

1. **Alerta Prioridad 1.** Son aquellas situaciones en las que los síntomas o signos que presenta la persona enferma sugieren un riesgo vital inminente (o de secuelas graves y/o irreversibles o pérdida de función de órganos vitales) y por tanto se trata de una emergencia que requiere de una actuación en el menor tiempo posible. Afecta sobre todo a procesos tiempo-dependientes (sepsis, infarto, ictus y trauma grave). La primera asistencia debe prestarse allí donde se encuentra la persona y será medicalizada, siempre que sea posible, aunque en un primer escalón (por cercanía) puedan intervenir equipos no medicalizados. ***El tiempo máximo de respuesta para esta prioridad se establece en 15 minutos en al menos el 70% de los casos*** (criterio de calidad cuando el equipo movilizado sea la 1ª opción en el PODUE). Las unidades activadas para este tipo de servicio deberán circular haciendo uso de prioritarios luminosos y acústicos de forma simultánea, pudiendo emplear de forma aislada los luminosos cuando la ausencia de los acústicos no suponga un peligro para el resto de personas usuarias de la vía o en horario nocturno.

   Las llamadas/demandas asistenciales clasificadas por el CCUE como Alerta Prioridad 1 deben gestionarse sin dilación, activando de forma inmediata el recurso más adecuado del SSPA, que será aquél que figure como 1ª opción en el PODUE para esa localidad. Si este recurso estuviera ocupado se recurrirá a la 2ª opción, y así sucesivamente hasta acabar con todas las alternativas disponibles. Una vez agotadas todas las opciones, se activará el recurso más idóneo para la atención a la emergencia, que dependerá de la crona al lugar del suceso y de su disponibilidad. Los datos clínicos de la demanda que sea considerada una emergencia serán comunicados al EM; cualquier EM o CAP que atienda una situación de

emergencia podrá solicitar al CCUE la activación de los recursos necesarios. En todo momento se facilitará al mismo la localización de la persona y en caso de dificultad, el CCUE podrá poner en contacto a la persona demandante de asistencia con el dispositivo operativo para agilizar su localización.

En el caso catalogado por el CCUE como emergencia y cuando coexistan en la misma zona equipos terrestres 061 y EM, el recurso a activar como primera opción, será el Equipo de Emergencias 061 (EE061). Cuando no coexistan ambos en la misma población, se activará el equipo EE061/EM que tenga mejor crona, según los acuerdos existentes del Distrito/AGS con la dirección provincial de EPES. Para ello, los Distritos y las AGS deben revisar junto con la dirección de EPES los criterios de activación del PODUE.

Si la situación de emergencia requiere el traslado de la persona atendida al hospital se valorará la falta de cobertura que genera el equipo en su zona. Para minimizar este impacto, las direcciones del Distrito o AGS y la dirección de EPES deben acordar procedimientos de evacuación de pacientes apoyándose en los equipos de emergencias terrestres y aéreos. Estos procedimientos de evacuación deben quedar registrados en el PODUE en el apartado de observaciones.

En horario diurno (orto-ocaso) una vez confirmada la emergencia por el EM, se podrá solicitar el equipo de emergencias aéreo sin demora y continuar con la asistencia. Es importante que la activación del equipo de emergencias aéreo se realice de forma precoz para minimizar los tiempos de espera, aplicando el primer interviniente las medidas terapéuticas y de cuidados necesarios mientras espera la llegada del equipo aéreo. El traslado asistido al hospital de referencia podrá realizarse por el EM061 Aéreo cuando ello conlleve una significativa reducción del tiempo de traslado (se recomienda en distancias a hospital superiores a 30 km).

2. **Alerta Prioridad 2.** Son situaciones de urgencias en las que se sospecha una patología aguda o exacerbación de una patología crónica, sin amenaza vital o funcional inmediata, pero que precisan de una atención médica en un corto periodo de tiempo, ya que de no prestarla pueden pasar a situaciones de Alerta Prioridad I. La asistencia debe prestarse allí donde se encuentra la persona. Esta será medicalizada, aunque en un primer momento (por cercanía) puedan intervenir equipos no medicalizados. ***El tiempo máximo de respuesta para esta alerta de prioridad se establece en 40 minutos en al menos el 70% de los casos*** (criterio de calidad cuando el equipo movilizado sea la 1ª opción en el PODUE). Las unidades activadas para este tipo de servicio deberán circular haciendo uso de prioritarios luminosos y acústicos de forma simultánea, pudiendo emplear de forma

aislada los luminosos cuando la ausencia de los acústicos no suponga un peligro para el resto de personas usuarias de la vía o en horario nocturno.

El CCUE gestionará estas llamadas a la mayor brevedad posible, informará al/la paciente del recurso que se va a enviar y del tiempo estimado de respuesta en que se le va a asistir, y recogerá los datos de filiación. Los EM, los CAP y/o el EE061 deberán informar en todas las ocasiones del cierre del caso y de la orientación/juicio clínico (CIE-9).

Los datos clínicos de las demandas que sean consideradas como alertas de prioridad II serán comunicados al equipo asistencial (EM o EM061) de la siguiente forma:

- Si el o los EM del SUAP están disponibles, serán estos los que atiendan este tipo de urgencias. Si no fuese posible la comunicación con la 1ª opción (EM responsable de prestar la asistencia), bien por problemas de comunicación, o por no encontrarse disponible, se contactará y transferirá la información de la demanda a la 2ª opción prevista para esa zona en el PODUE, y si tampoco fuera posible se activarán sucesivamente hasta agotar el resto de alternativas posibles.
- Si el o los EM del SUAP están ocupados atendiendo alertas de prioridad 1 o 2 y coexisten en dicha zona EE061, serán éstos, si están disponibles, los que realicen este tipo de asistencia a la mayor brevedad posible. Para ello, en cada demarcación geográfica se establecerá en el PODUE las distintas opciones de activación, quedando incluidos los EE061 según los acuerdos del Distrito/AGS con la Dirección Provincial de EPES.

3. **Alerta Prioridad 3.** Son situaciones de urgencias relativas, y que por tanto no son subsidiarias de una atención sanitaria en un corto período de tiempo. En función de la edad y del tipo de problema de salud, la asistencia puede prestarse allí donde se encuentra la persona por el equipo de atención primaria o, en ausencia de este, por el EM que no cierre el SUAP, o en los puntos fijos de urgencias del SUAP. Asimismo, es importante establecer la necesidad de asistencia médica o de enfermería (prácticas avanzadas de enfermería). ***El tiempo máximo de respuesta para esta alerta de prioridad se establece en 150 minutos en, al menos, el 70% de los casos*** (criterio de calidad cuando el equipo movilizado sea la 1ª opción en el PODUE). El/la responsable de la prestación de la asistencia del dispositivo al que se ha transferido la información de la demanda, decidirá la asistencia que se prestará a la persona, informándole del tiempo estimado de atención, bien a esa persona o bien a la persona de contacto con la que el CCUE haya comunicado. Asimismo, informará al CCUE del tiempo estimado de la asistencia o de la resolución adoptada para el caso, para poder informar si hubiera una rellamada. Será el médico

o la médica responsable de la prestación de la asistencia quien asumirá la gestión del caso y de sus incidencias hasta su conclusión.

Si no fuese posible la comunicación con el dispositivo responsable de prestar la asistencia, bien por problemas de comunicación, o por no estar disponible, se actuará del siguiente modo:

- Se transferirá la información de la demanda a la tablet del EM y quedará planificada en el CCUE. Cuando el EM finalice el servicio en curso, seleccionará la siguiente demanda de las que tiene planificadas en su tablet e iniciará su atención. Esto se realizará siempre que no exista una 2ª opción en el PODUE para esta alerta de prioridad.
- La Dirección del AGS/Distrito podrá determinar que se contacte y transfiera la información de la demanda a la 2ª opción prevista para esa zona en el PODUE. Se entenderá por defecto que es así siempre que exista una segunda opción en el PODUE para esta prioridad.

En todos los casos, ante una llamada reclamando una asistencia previamente solicitada, el CCUE pondrá en comunicación a esa persona con el/la responsable de la prestación de la demanda asistencial inicial (mediante conferencia) que será quien gestione la respuesta. En el caso de que esta patología evolucione desfavorablemente será recalificada por el CCUE para enmarcarla en la clasificación que corresponda y activar el dispositivo correspondiente.

En cualquier caso, todas las demandas telefónicas que hayan sido clasificadas como Alerta Prioridades 1, 2 o 3 y sufran demora serán reevaluadas periódicamente por el CCUE, llamando al/la paciente o indicándole que si cambia la sintomatología vuelva a llamar, modificando en su caso el recurso asignado. Asimismo, se deberán comunicar los cambios de estado y las reclamaciones que se produzcan a los dispositivos asistenciales activados.

La activación por parte del CCUE de un EM se comunicará de forma inmediata. Si estuviera ocupado y fuera necesaria una nueva activación se le comunicará también de forma inmediata para que el equipo conozca esta nueva necesidad y vuelva a priorizar su actuación. La activación de los EM debe seguir la secuencia de activaciones enumeradas en el PODUE.

4. **Alerta Prioridad 4.** Son situaciones no urgentes, pero que pueden precisar de algún acto sanitario. Estas demandas deben resolverse en los puntos fijos del SUAP, en los CAP o mediante consejo sanitario; para ello, los CCUE facilitarán la petición de citas a través de Salud Responde. En los casos que requieran atención domiciliaria, el CCUE comunicará al SUAP/CAP la necesidad de asistencia médica o de prestación de cuidados. ***El tiempo***

máximo de respuesta para esta alerta de prioridad se establece en 720 minutos en, al menos, el 70% de los casos (criterio de calidad cuando el equipo movilizado sea la 1ª opción en el PODUE).

En estas situaciones se recomendará al usuario/a que acuda al SUAP o al CAP más cercano por sus propios medios. Cuando esto no sea posible, el CCUE tomará los datos de filiación, teléfono, dirección, hora de llamada y situación clínica de la persona, imprescindible para catalogar la prioridad de la alerta. Estos datos se le facilitarán al/la responsable de la prestación de la asistencia de la siguiente manera:

- Para los CAP se habilitará un sistema telemático (Backoffice) que permita la transferencia de los servicios sin necesidad de establecer comunicación por vía voz con los mismos.
- Para los SUAP se transferirá igual que las Alertas de las Prioridades anteriores. El/la responsable de la prestación se pondrá en contacto con la persona y decidirá la asistencia que se prestará, informándole del tiempo estimado de atención.

A partir del momento de la transferencia será el médico o la médica responsable de la prestación de la asistencia quien asumirá toda la responsabilidad del caso, y, en ningún momento, deberá ser reenviada al teléfono único de urgencias.

5. **Alerta Prioridad 5.** No son situaciones de urgencias, corresponden a problemas de salud que han de ser atendidos en los CAP. Los CCUE facilitaran la petición de citas a través de Salud Responde.

   La Alerta Prioridad 5 tendrá asignados los mismos recursos que la Alerta Prioridad 4 en la actual aplicación de PODUE, hasta su actualización e inclusión de la Alerta Prioridad 5.

6. **Información sanitaria telefónica**

   Son las llamadas en las que se solicita una información sanitaria. Esta demanda será atendida por el CCUE para su respuesta y resolución. Si no las pudiera resolver, transferirá la llamada o derivará a la persona a la entidad pertinente: CAP, Salud Responde, Distrito, etc.

7. **Situaciones especiales**

   Serán consideradas situaciones especiales las que a continuación se relacionan:

   - Las demandas en las que el/la paciente se encuentre en la vía pública o en lugares públicos, o que sean solicitadas por las fuerzas de seguridad del Estado y otros cuerpos de emergencias no sanitarios (bomberos, protección civil, etc.). Estas situaciones deben atenderse lo antes posible,

debido a la presión social y a la necesidad de colaboración entre las diferentes instituciones, por lo que deber gestionarse a través del CCUE que activará el recurso adecuado, según el PODUE.

- Con el mismo nivel de Alerta de Prioridad, debe priorizarse la atención a las personas mayores con patología crónica asociada, a las que estén solas en su domicilio y a las que realicen una rellamada en la que se detecte un empeoramiento sustancial del motivo de consulta inicial. El CCUE aplicará el procedimiento de seguimiento de demandas de urgencias no demorables en estos casos, y mantendrá informado al dispositivo asistencial correspondiente de su situación.
- Las llamadas que no sean en castellano no deben transferirse a los recursos móviles.
- Sospecha o confirmación de óbito. La sospecha de muerte debe considerarse como paciente inconsciente y, por tanto, priorizarse como una emergencia. Las confirmaciones de muerte deben considerarse como Alerta Prioridad 3, si bien deberán atenderse lo antes posible.
- La violencia de género y cualquier situación de maltrato, en especial el maltrato infantil, el de personas ancianas y discapacitadas, se atenderá con prioridad y preferentemente con un recurso medicalizado.

CAMBIOS EN LA CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS RECURSOS Y SERVICIOS DE URGENCIAS

El concepto de Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias (UCCU) como recurso de un punto fijo, independientemente de que también pudiera atender una urgencia externa, y el concepto de Equipo Móvil como un recurso específico de la atención fuera del centro, se han transformado a lo largo del pasado año 2017, de tal manera que actualmente existen los SUAP que incluyen a los EM. Esta nueva concepción es más ajustada a la realidad, ya que responde a la idea de que la atención urgente debe estar integrada en el sistema, ser compartida y no compartimentada. De esta manera, todos los antiguos equipos móviles y los distintos equipos que atienden las urgencias fuera del centro en las anteriores UCCU, se denominan EM y están situados en los SUAP. Por tanto, tanto en la BDU como en el PODUE solo existirá un único tipo de recurso de urgencia: EM dentro de un SUAP.

La diversidad de equipos que componen los EM obliga a identificarlos adecuadamente de cara a su manejo posterior por los CCUE, de manera que su solo nombre les aporte una información que será muy importante a nivel operativo. En este sentido, para su caracterización se utilizará un código parlante, que incluirá la M de Movilizable y dos dígitos, más el nombre del

SUAP al que pertenece y que será el de la localidad donde este se encuentre. El primer dígito será un código binario y hará referencia al vehículo: 1 tiene vehículo propio asignado, 0 no lo tiene. El segundo dígito hará referencia a la situación asistencial dentro del centro (1-9 deja el centro cubierto por otro equipo; 0 deja el centro cerrado o descubierto). Hay pues cuatro posibilidades: M00; M01 a M09; M10; M11 a M19.

Estos equipos desde el punto de vista operativo podrían clasificarse como:

- EM preferentemente fijos: son los acabados en 0. Realizan la asistencia dentro del SUAP la mayor parte del horario de atención urgente, pero pueden salir al exterior dejando el centro sin cobertura. Estos EM solo deberán movilizarse ante circunstancias especiales y Alerta de Prioridades 1 o 2.
  - M00. El equipo de guardia no tiene vehículo propio (requiere asignarle uno) y si tiene una salida exterior deja el centro sin asistencia.
  - M10. El equipo de guardia tiene vehículo propio, pero si sale al exterior deja el centro sin asistencia.
- EM sin vehículo propio: son los M01 a M09. No se activan inmediatamente, ya que el equipo de guardia no tiene vehículo propio (requiere asignarle uno). Sin embargo, su activación no conlleva el cierre del centro, puesto que si sale deja a otro u otros equipos en el mismo.
- EM preferentemente móviles: son los M11 a M19. El equipo de guardia tiene vehículo propio y si realiza una salida externa deja otro u otros equipos en el SUAP.

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

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

- La atención sanitaria a las emergencias corresponderá inicialmente a los EE061 en sus ámbitos de cobertura.
- La dirección, gestión, organización y evaluación de la atención sanitaria a las urgencias corresponderá a las direcciones de los Distritos/AGS en su ámbito geográfico. Asimismo, asumirán la atención sanitaria a las emergencias cuando los EE061 no tengan cobertura en esa demarcación o se encuentren ocupados.

Los **tipos de recursos disponibles** son los siguientes:

Por EPES:

- Equipos de Emergencias Terrestres: EET
- Equipos de Emergencias Aéreos: EEA
- Equipos de Coordinación Avanzada: ECA
- Soporte vital básico: SVB

Por el Distrito/AGS:

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

RED DE TRANSPORTE URGENTE

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

- Red de Transporte Sanitario de pacientes críticos (RTC)
- Red de Transporte Sanitario Urgente (RTU)
- Red de Transporte Sanitario Programado (RTP)

La RTU es a la que afecta exclusivamente este Protocolo y está constituida por el conjunto de vehículos móviles destinados a la asistencia o al traslado de pacientes en el ámbito de las urgencias y emergencias, ya sea con personal sanitario o sin él; por lo tanto, forman parte de la RTU todas las ambulancias propias del SSPA o concertadas para este fin.

Las unidades móviles que constituyen la RTU deberán reunir los requisitos técnicos–sanitarios establecidos en las siguientes normas:

- Real Decreto 1211/1990, de 28 de septiembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación de los Transportes Terrestres.
- Resolución 28/91 de 15 de marzo, del Director Gerente del Servicio Andaluz de Salud.

- Real Decreto 2822/1998, de 23 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento General de Vehículos.
- Real Decreto 836/2012, de 25 de mayo, por el que se establecen las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera.
- La Orden PRE/1435/2013, de 23 de julio, por la que se desarrolla el Reglamento de la Ley de Ordenación de los Transportes Terrestres en materia de transporte sanitario por carretera.
- Y, en general, la normativa vigente en la Comunidad Autónoma Andaluza que le competa en cada momento.
- Las ambulancias estarán certificadas por una entidad acreditada europea según la Norma UNE-EN 1789:2015 +A2.

Las unidades móviles deben disponer de los medios técnicos necesarios que permitan una comunicación directa con el CCUE, tanto por voz como por datos. Deben portar un sistema embarcado que incluya posicionamiento GPS que permita la comunicación con los CCUE, vía datos, mediante la integración con el protocolo de comunicación publicado por EPES. Además, estas ambulancias deberán cumplir en cada momento los requisitos mínimos establecidos en la legislación vigente, en consonancia con la función que estén realizando (asistencia sanitaria o traslado de pacientes en camilla), y específicamente los recogidos en el Real Decreto 836/2012, de 25 de mayo, por el que se establecen las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera. De cumplirse estas premisas, un mismo vehículo podrá realizar diferentes funciones en momentos distintos.

CRITERIOS COMUNES DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA RTU

A) Autorización y prescripción de los traslados

Las ambulancias de la RTU, igual que cualquier otro transporte sanitario, sólo podrán ser movilizadas por el CCUE, bien por su propio criterio o por indicación de un/a médico/a del CAP, SUAP o EE061. Por tanto, no se atenderán peticiones de ambulancias urgentes solicitadas directamente por las personas usuarias, ya sea la propia persona demandante de asistencia o sus familiares o allegados. El CCUE atenderá estas llamadas como una petición de demanda asistencial y movilizará el recurso adecuado según la Alerta Prioridad establecida tras la aplicación del protocolo definido en este documento.

La persona coordinadora del CCUE, después de una demanda telefónica de asistencia, activará una ambulancia TNA en las siguientes circunstancias:

- La persona se encuentra en la vía pública y existe saturación de recursos sanitarios para que puedan realizar la asistencia en el tiempo considerado adecuado, según la alerta de prioridad establecida, siempre que no se trate de una Alerta Prioridad 1.
- Cuando el dispositivo asistencial prevea una demora excesiva e indique el traslado a su centro, siempre que no se trate de una Alerta Prioridad 1.
- El problema de salud que presenta la persona requiere en sí mismo su traslado sin necesidad de que sea indicado por un médico "in situ".

Las movilizaciones directas deben restringirse al máximo con el fin de evitar:

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

B) Requisitos para la movilización de las TNA desde los SUAP y CAP

Todas las prescripciones de movilización de las ambulancias de la RTU requieren facilitar obligatoriamente al CCUE los siguientes datos:

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

C) Criterios de uso

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

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

Las ambulancias de traslado de la RTU no se emplearán para realizar el traslado de pacientes para servicios reglados o programados (consultas, pruebas diagnósticas, tratamientos planificados, etc.).

D) Destino de los traslados

Las personas serán transportadas en ambulancias no asistidas hacia el SUAP o CAP más cercano. Solo en caso de que un facultativo/a determine que las necesidades asistenciales de la persona no pueden ser resueltas en este nivel de atención se derivará al hospital que el coordinador estime oportuno.

CRITERIOS GENERALES PARA LA COORDINACIÓN Y EL CONTROL DE LOS SERVICIOS

A) Acceso del CCUE a las Unidades Asistenciales

El CCUE contactará con las unidades asistenciales y las ambulancias de la RTU a través de los canales de datos y voz disponibles:

- Canales de datos:
  - Historia Clínica Digital en Movilidad: Unidades asistenciales (todos los EM)
  - Dispositivos embarcados para el envío de estados y localización por GPS: Unidades asistenciales y RTU
  - BackOffice: avisos domiciliarios para profesionales de medicina de familia del CAP a través de los Centros de Salud.
  - APP: peticiones de ambulancia de la RTU por el personal facultativo de los CAP o SUAP desde una aplicación de teléfono móvil tipo smartphone.
- Canal de voz:
  - Teléfono móvil: Unidades asistenciales y RTU

El CCUE utilizará para contactar con las unidades asistenciales el canal de voz preferentemente, y en las situaciones que lo requieran complementará o facilitará la información por el canal de datos. Para ello, cada unidad operativa dispondrá de un teléfono móvil que debe llevar un/a profesional del equipo asistencial (preferentemente el médico o médica del equipo) durante su turno de trabajo. El CCUE realizará una sola llamada a este teléfono en caso de activación de la unidad, siendo responsabilidad de sus componentes estar localizables por la persona que porta el teléfono móvil. En ningún caso el CCUE localizará a la totalidad de profesionales de las unidades asistenciales.

En la asignación de servicios el CCUE facilitará por los canales de datos disponibles, y de ser necesario, de forma simultánea por telefonía móvil, la información necesaria para la realización del servicio. Los recursos activados

deben confirmar obligatoriamente, vía datos, la recepción del servicio de forma inmediata.

Para que la coordinación de los recursos sea lo más eficaz posible, el CCUE debe conocer de forma permanente la posición de las diferentes unidades, tanto en el transcurso de los servicios realizados como en las situaciones de disponibilidad. Esta información será proporcionada a tiempo real de forma automatizada por los sistemas de localización GPS de los dispositivos embarcados. En caso de fallos en el sistema de emisión de estatus por vía datos, el equipo al menos comunicará por vía voz el estado de disponibilidad inmediatamente a la finalización del servicio (ED).

La información transmitida a las unidades asistenciales se realizará de forma estandarizada, incluyendo dirección, tipo de demanda, Alerta Prioridad, datos clínicos relevantes, edad, género y, cuando sea posible, el DNI. Los CCUE trasladarán siempre la información clínica disponible sobre el caso, por tanto, no se deberán realizar llamadas al centro para solicitar información clínica adicional una vez producida su activación.

Si se ha conseguido el DNI de la persona a asistir, se transferirá junto al resto de los datos de filiación a través de la HCDM para que sean consultados en la BDU por la unidad asistencial. No obstante, el equipo asistencial será el responsable último de la identificación inequívoca de esa persona una vez se encuentre en su presencia.

En las Alertas de Prioridad 3, 4 y 5 se transferirá también el teléfono de la persona a atender al CAP o SUAP correspondiente según el PODUE definido por el Distrito/AGS, por si el recurso activado tuviera necesidad de contactar con ella.

B) Accesos de las Unidades Asistenciales al CCUE

Las unidades asistenciales podrán acceder a los CCUE por los distintos canales disponibles al efecto, tanto de voz como de datos, en las siguientes circunstancias:

- Cuando necesite información adicional sobre la localización del suceso.
- Cuando por algún motivo le sea imposible llegar al lugar o la llegada se pueda demorar (avería del vehículo, cortes de carretera, etc.).
- En caso de inoperatividad del vehículo.
- En situaciones de amenaza en la seguridad de los y las profesionales componentes del equipo.
- Cuando se necesiten recursos de apoyo.
- Cuando en la llegada al lugar se identifique una emergencia colectiva.

- Cuando se necesite el concurso de otras instituciones (policía, autoridad judicial, personal de rescates, bomberos, etc.).
- Fuera de estas situaciones, los EM no deberán contactar con el CCUE, especialmente para:
- Solicitar información clínica adicional relacionada con la demanda. La información que disponga el CCUE debe reportarse en el momento de la activación y de existir una nueva información relevante debe ser el CCUE el que debe ponerse en contacto con el recurso.
- Pedir explicaciones o cuestionar la asignación de un servicio. Estas diferencias de criterio deben derivarse a la Comisión de Seguimiento.
- Cuestionar la decisión del CCUE. Estas diferencias de criterio deben revisarse a la Comisión de Seguimiento.

Para cualquier reporte de información al CCUE, las unidades asistenciales accederán preferentemente por el canal de datos y solo utilizarán los canales de voz cuando no sea posible usar el primero. Se solicitará o transmitirá por el canal de datos la siguiente información:

- Envío de los estatus a través de los terminales disponibles en las unidades para tal fin, o de la HCDM.
- Solicitud de información adicional sobre la dirección o sobre la persona a atender, a través de la HCDM.
- Solicitud de recursos adicionales (bomberos, policía, ambulancia), a través de la HCDM.
- Envío de datos sobre el servicio realizado: datos de la persona, códigos de resolución, diagnósticos, hospital de destino, etc.

Las comunicaciones vía voz se realizarán exclusivamente por la línea GES, línea telefónica de entrada de los equipos asistenciales a los CCUE destinada para todas las comunicaciones que no puedan realizarse vía datos. Es necesario que los equipos realicen un uso racional del canal de voz intentando que la comunicación sea lo más breve posible. Cuando se utilice este canal, la unidad debe mantenerse a la espera sin colgar la llamada hasta ser atendido por el CCUE. Si mantiene la llamada inicial se atenderá con mayor prontitud que colgando y reiterando con nuevas llamadas.

Las unidades que dispongan de HCDM cerrarán los casos a la mayor brevedad, de tal forma que una vez finalizada la asistencia se cumplimentará la historia clínica y se cerrará el caso. El equipo saliente deberá tener cerrados todos los casos registrados en la HCDM antes del relevo. En las asistencias con derivación hospitalaria se cumplimentará el hospital de destino antes de

iniciar el traslado, al objeto de que la historia aparezca en el visor de historias del hospital.

C) Control de las Unidades Asistenciales

Las unidades asistenciales (EM061, EM, EMCA, TNA) deberán contar con un sistema de localización geográfica activo de forma permanente para facilitar su seguimiento por parte del CCUE. Este debe conocer siempre la situación y el estado de todas las unidades asistenciales para garantizar la eficacia en la utilización de los recursos.

Las movilizaciones de las unidades de la RTU se solicitarán siempre al CCUE, preferentemente por el/la facultativa que prescribe el traslado; si esto no fuera posible, la realizará la persona en quien delegue, que debe pertenecer necesariamente al SSPA. Estas peticiones se realizarán preferentemente vía BackOffice o APP.

Las unidades asistenciales están obligadas, en todo momento, a comunicar todos sus movimientos al CCUE, especialmente cuando no hayan sido movilizadas por éste (autoactivaciones). Excepcionalmente y en situaciones de emergencia las unidades asistenciales deben salir con personal sanitario y comunicar de inmediato al CCUE que están siendo utilizadas. La sala de coordinación creará de inmediato la demanda y asignará la unidad para recibir a partir de ese momento todos los estatus y poder realizar un seguimiento del caso a tiempo real.

De igual manera deberán comunicar cualquier situación de no operatividad en la que se puedan ver implicadas (averías mecánicas o eléctricas, falta de combustible, contaminación y necesidad de fumigación de la cabina asistencial, limpieza de residuos orgánicos, etc.). Las situaciones de no operatividad ocasionadas por las circunstancias anteriores deberán ser comunicadas también al/la profesional responsable del Distrito/AGS que se determine.

Las unidades asistenciales estarán obligadas a comunicar al CCUE en cada servicio que realicen los estados definidos en este documento. En caso de fallos en el sistema de emisión de estatus por vía datos, el equipo al menos comunicará vía voz el estado de disponibilidad inmediatamente a la finalización del servicio (ED).

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

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

PLAN OPERATIVO DE DISPOSITIVOS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS (PODUE)

INTRODUCCIÓN

En el año 2006 se edita el documento "Protocolos de Coordinación de la Asistencia Extrahospitalaria Urgente y Emergente del SSPA". En el punto número 7 de los Principios Generales de este documento se contempla por parte de los Distritos de Atención Primaria del SAS la definición del PODUE y la obligación de comunicarlo a los CCUE. Asimismo, se decide que deben generarse planes por cada núcleo de población y para cada ámbito de cobertura de sus CAP. En ellos se detallan, para cada nivel de Alerta Prioridad y según el horario de apertura y cierre del CAP, el orden de movilización de los Recursos (EM, CAP, EM061, EMCA), estableciendo la responsabilidad de la atención y al menos las dos alternativas de respuesta ante una emergencia o urgencia en el caso de que la primera y/o segunda opción esté ocupada o no disponible. Estos planes deben plasmarse en un sistema de información creado para tal efecto y en el desarrollo de una herramienta de usuarios/as para la administración de la base de datos (Resolución 0064/09 de 18 de febrero de la DGAS sobre la creación y puesta en marcha del PODUE).

De esta forma, se obtuvo la primera base de datos y herramienta PODUE con los Planes Operativos de Urgencias y Emergencias y toda la información relativa a los Recursos de Urgencias y Emergencias del SSPA. En enero de 2016 se actualizó la herramienta con una nueva versión (v 2.1) que incrementa y mejora la información que contiene la base de datos e implementa un sistema de control de notificaciones e incidencias. En el momento actual una nueva modificación adapta el PODUE a los nuevos recursos existentes (EM).

OBJETIVOS

Los objetivos principales de PODUE son:

- Reunir en una base de datos las acciones y recursos a utilizar ante situaciones de urgencia, determinando su orden de movilización según Alerta de Prioridad establecida y los horarios de apertura y cierre de los CAP. Por tanto, tiene la doble finalidad de facilitar el trabajo de mantenimiento de estos planes operativos al SSPA y servir de fuente de información a las aplicaciones de soporte de la EPES.

- Identificar todos los recursos que intervienen en las urgencias y emergencias extrahospitalarias del SSPA informando de horarios de apertura y cierre de los mismos, así como llevar un control y estadística de su disponibilidad.

IMPORTANCIA

El PODUE es una aplicación prioritaria de recogida de información sobre la estructura de urgencias del SAS alimentada por profesionales de los Distritos/AGS con esa responsabilidad y los Planes Operativos que contiene han sido aprobados por la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud.

Es primordial resaltar la importancia del PODUE como elemento esencial para una adecuada coordinación de los recursos de urgencias del SSPA. La información que contiene se presenta actualizada diariamente en los sistemas de atención de llamadas de los CCUE, siendo un pilar fundamental para la coordinación y un elemento básico para la toma de decisiones.

Los CCUE utilizan actualmente una nueva plataforma tecnológica que permite el trabajo colaborativo entre centros siendo posible la atención de una llamada en una provincia diferente a la de su origen. El disponer de un soporte con la información generada por el responsable de cada Distrito/AGS que puede ser actualizada diariamente garantiza una respuesta uniforme sea cual sea el CCUE que atienda la llamada. Esto convierte a este sistema de información en crítico para conseguir el máximo nivel de eficacia y eficiencia en la coordinación de las urgencias.

UTILIDAD

Tras el cambio efectuado en la plataforma tecnológica de la EPES basado en el trabajo colaborativo en red de sus CCUE provinciales, se identificó como necesidad imperativa disponer de información completa y rigurosa en los datos contenidos en el PODUE, siendo vital para los CCUE que la información que proporcione sea exacta y esté actualizada diariamente. Esto facilitará que cualquier, CCUE independientemente de la procedencia de la llamada que esté atendiendo, pueda gestionar con garantías los recursos del sistema siguiendo los procedimientos establecidos y evitando la variabilidad en la respuesta.

HERRAMIENTA PODUE

A) Acceso

El acceso a la herramienta PODUE requiere el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- Ser usuario/a de dominio DMSAS.
- Disponer de permiso de acceso a la aplicación.

- Acceder a través de un navegador web y establecer conexión con el servidor donde está instalada la aplicación y la base de datos.

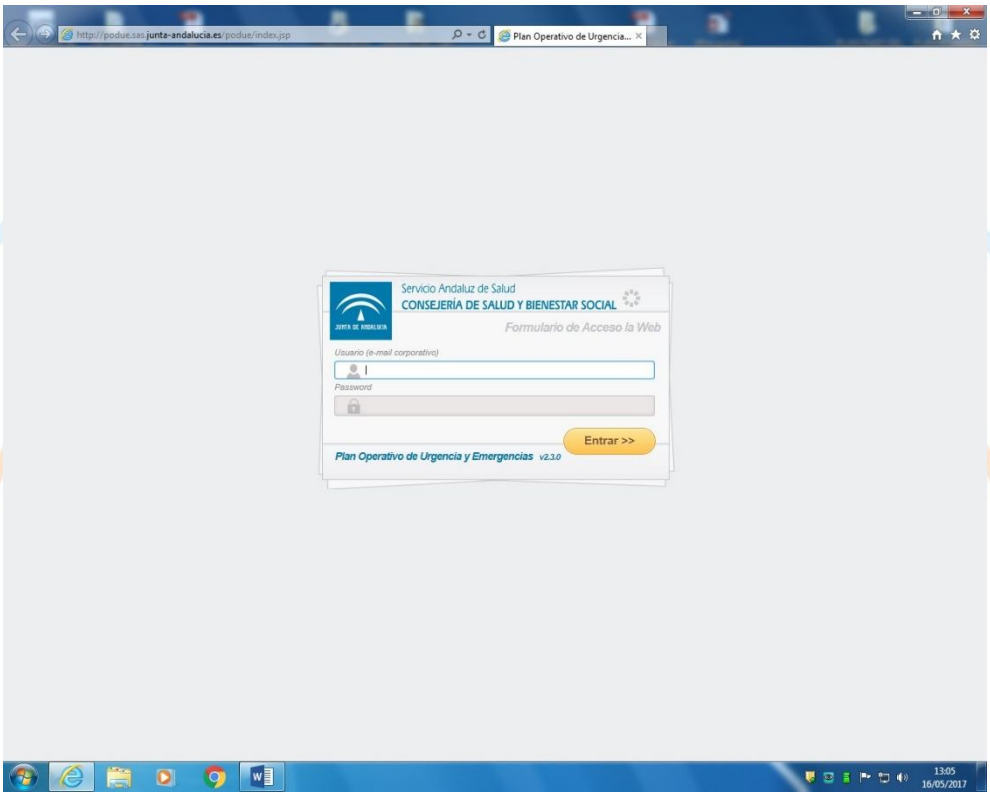

Imagen 1. Pantalla de acceso a la herramienta con los campos de logado.

B) Usuarios/as

Son personas usuarias autorizadas para el acceso a esta aplicación todas aquellas designadas por los Distritos/AGS y la EPES como responsables de la administración y mantenimiento de los datos de su competencia.

C) Perfiles

Como perfiles de persona usuaria se distingue entre Administrador/a, Distrito/AGS y EPES, con diferentes funcionalidades para las personas usuarias de cada perfil. Se han establecido los siguientes:

- **Perfil Administrador/a.** Las personas usuarias de este perfil pueden realizar cualquier tipo de operación que esté disponible para el resto de actores del sistema.
- **Perfil Distrito.** Como norma general será la persona encargada de crear planes operativos y asignar horarios de disponibilidad de recursos. Solamente trabajará con los núcleos de población asociados a su Distrito/AGS.
- **Perfil EPES.** Su funcionalidad principal es la de consulta de la información, aunque también es la persona encargada del alta y mantenimiento de

recursos de tipo 061. En el PODUE será la persona encargada de insertar los recursos 061 en los núcleos de población con cobertura terrestre, que sean acordados por la dirección del Distrito/AGS y la Gerencia de EPES.

- **Perfil Solo Lectura.** Su única funcionalidad es la de consulta de datos.

D) Funcionalidades

La herramienta contempla las siguientes funcionalidades:

- Gestión de Recursos.
- Gestión de Transportes.
- Gestión de Núcleos.
- Gestión de Planes Operativos.
- Gestión de Incidencias.
- Gestión de Documentos.
- Gestión de Noticias.
- Gestión de Usuarios/as.
- Otras: explotación de datos, tareas pendientes, etc.

Las distintas opciones permiten el acceso a listados con filtros para la búsqueda y consulta de la información y el acceso a cada registro para el mantenimiento de los datos.

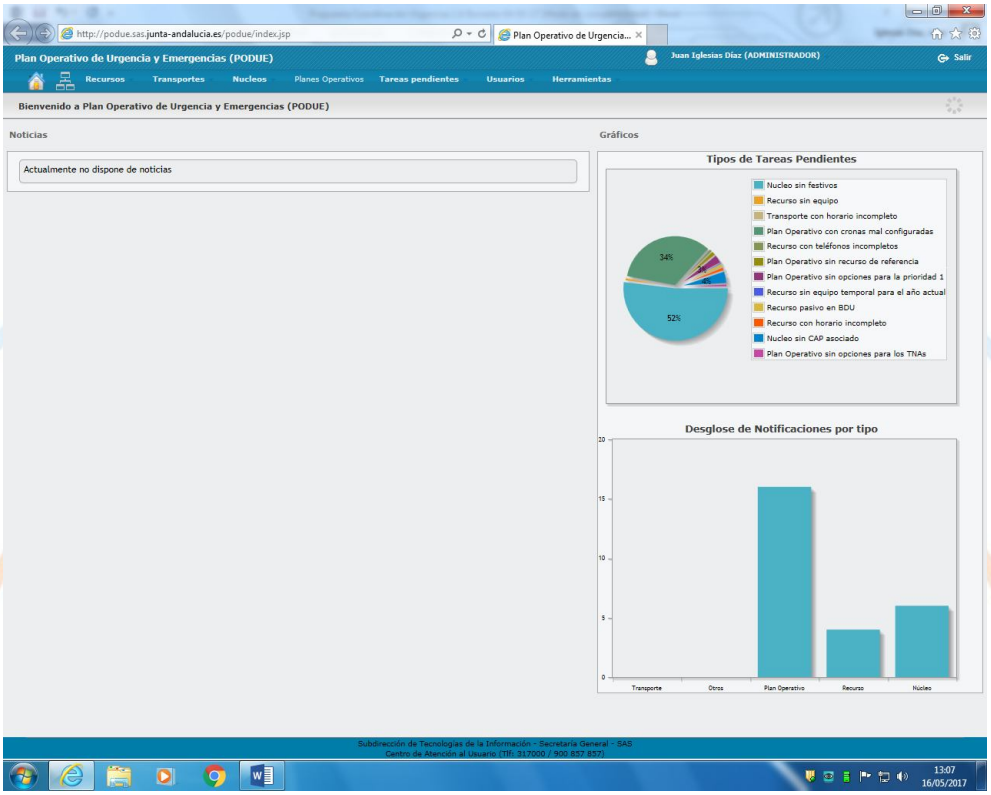

Imagen 2. Pantalla inicial tras el acceso con la barra de opciones en la zona superior.

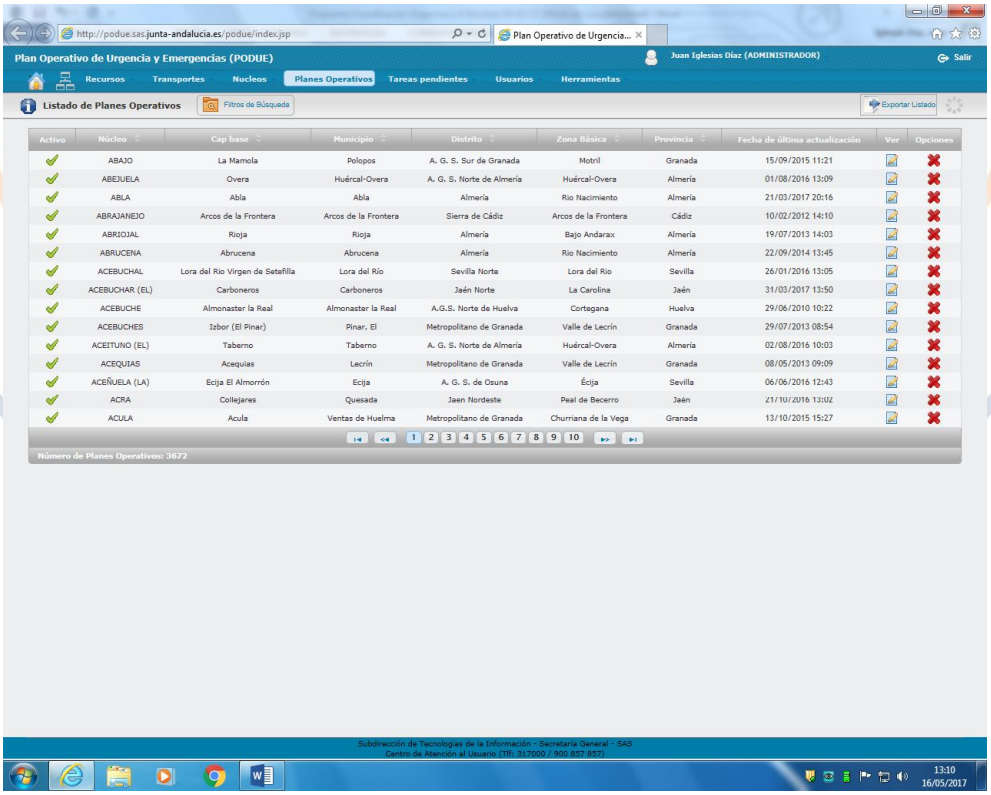

Imagen 3. Listado de planes operativos.

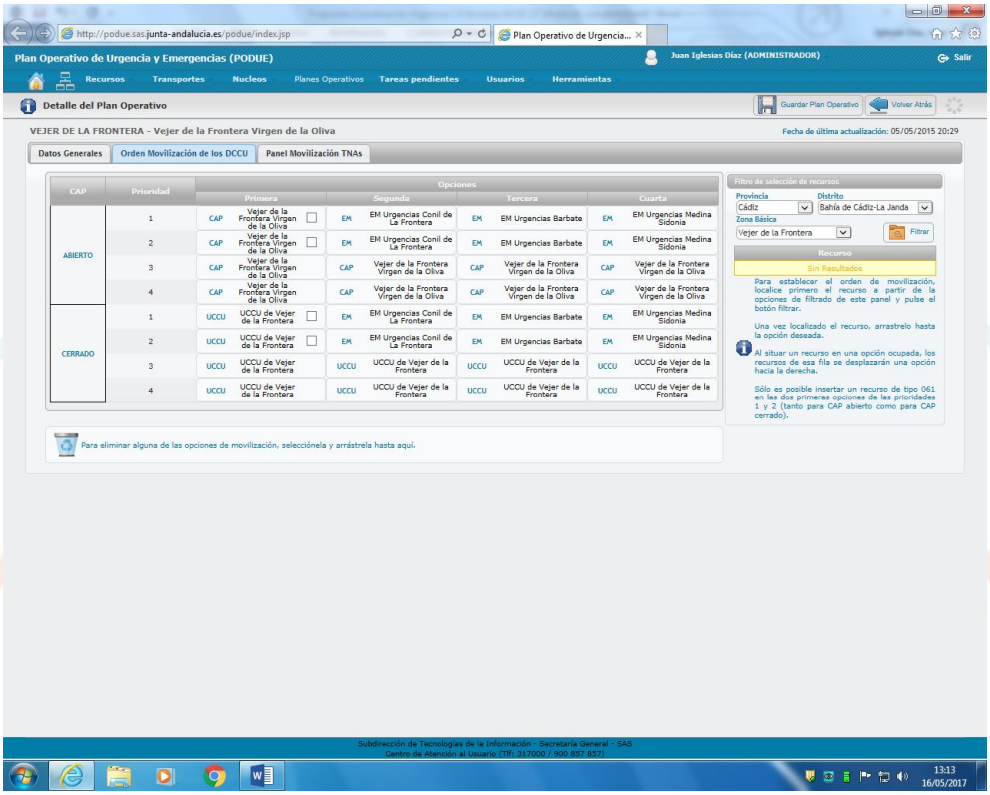

Imagen 4. Detalle pestaña de orden de movilización de los recursos de un plan operativo

MANTENIMIENTO Y RESPONSABILIDADES

Es imprescindible y crítico mantener actualizada toda la información contenida en el PODUE, no solo la contenida en los planes operativos (orden de movilización de recursos de urgencia y emergencia en los dos horarios y de la RTU), sino también la de los diferentes recursos (EM, TNA, CAP).

La organización de los recursos de cada Distrito/AGS es responsabilidad de la Gerencia, que determinará la movilización y el orden de todos los recursos de la zona, de acuerdo con las direcciones provinciales de EPES. En las Alertas Prioridad 1 y 2 tendrán que estar cumplimentadas al menos dos opciones para cada plan operativo de núcleo de población.

El equipo directivo de los Distritos/AGS, deben ser conscientes de la trascendencia de este sistema de información y adquirir el compromiso de potenciar la actualización de los datos, el control y la operatividad de los recursos de urgencias, marcando unas responsabilidades claras sobre quién, cómo y cuándo debe actualizar los datos y sobre la fiabilidad de los mismos, imprescindible para poder llevar a cabo con la mayor eficiencia la asistencia urgente, siempre crítica para el sistema sanitario público, al tratarse de una actividad ante la que la sociedad se muestra tradicionalmente muy sensible.

La responsabilidad de cada profesional usuario/a en relación con la carga de datos, para que sean veraces y estén actualizados al día, es obligatoria dada su importancia.

Así mismo es indispensable el seguimiento y mantenimiento permanente de estos datos, que son críticos para todas las actuaciones del CCUE ya que deben reírse por esta información.

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

En cada Distrito/AGS se constituirá una comisión, con el objetivo de mejorar el funcionamiento de la atención a las Emergencias y/o Urgencias del Distrito/AGS, dirigida por el Director/a de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias y constituida por éste/a, el Director/a del Servicio Provincial 061, el Director/a de la Unidad de Gestión Clínica del Servicio de Urgencias de los hospitales de referencia y distintos profesionales que cada dirección designe. Al menos una vez al año deberá estar presente la persona que ostente la dirección del Distrito/AGS. Esta Comisión de Seguimiento y Mejora, establecerá el operativo de cada uno de los Distritos/AGS, y analizará todas las incidencias que se originen.

La Comisión se reunirá al menos cada tres meses y preferentemente cada mes, tal y como se ha recogido en los objetivos del Contrato Programa.

Específicamente su cometido analizar:

- Todos los casos clínicos identificados por cualquiera de los agentes implicados.
- Los datos del sistema de información (Cuadro de Mando) con periodicidad mensual.
- Las reclamaciones presentadas por la ciudadanía.
- Las incidencias en cuanto a funcionamiento del protocolo de coordinación.
- La correcta actualización del PODUE, consensuando los criterios de activación de los recursos para cada una de las Alertas de Prioridad en cada una de las zonas.
- La puesta en marcha de la nueva Alerta de Prioridad 5.
- Las situaciones de saturación de los dispositivos, realizando propuestas de mejora.
- Propuestas de mejora de los mecanismos de coordinación y de todos aquellos aspectos que mejoren la actividad.

- Propuestas de Gestión Clínica, protocolización e implantación de procesos asistenciales vinculados a los EM/EM061.
- Necesidades formativas de los y las profesionales.
- Propuestas de proyectos de investigación.

CUADRO DE MANDO

El cuadro de mandos de referencia será el "Cuadro de Mando del Sistema Integral de Urgencias" establecido por el PAUE.

Mensualmente las direcciones de Distrito/AGS recibirán el cuadro de mando para su análisis y evaluación. La revisión y análisis del cuadro de mando es una de las herramientas esenciales de las comisiones de seguimiento.

PLAN ANDALUZ DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

JUNTA DE ANDALUCIA

Servicio Andaluz de Salud

CONSEJERÍA DE SALUD