



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

PLAN FUNCIONAL DE LOS DISPOSITIVOS DE CUIDADOS CRITICOS Y URGENCIAS

***DIRECCION GENERAL DE
ASISTENCIA SANITARIA***

*Subdirección de Coordinación de Salud
Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias*

INDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. METODOLOGÍA.
3. OBJETIVOS.
4. DISPOSITIVOS DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS.
 - 4.1 Características Generales.
 - 4.2 Funciones de los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias.
 - 4.2.1 Funciones Generales.
 - 4.2.2 Funciones Específicas.
5. DESARROLLO FUNCIONAL.
6. UBICACIÓN, ESTRUCTURA FÍSICA Y EQUIPAMIENTO.
 - 6.1 Estructura Física.
 - 6.2 Recursos Materiales.
 - 6.2.1 Mobiliario de Consulta.
 - 6.2.2 Material Clínico.
 - 6.2.3 Material de Ambulancia Medicalizada
7. SISTEMA DE COMUNICACIÓN Y TRANSPORTE.
8. DOCUMENTACIÓN CLÍNICA.
9. COORDINADOR DE DISTRITO DE LOS DCCU .
10. RESPONSABLE DE LA GUARDIA.
11. FUNCIONES DE LOS MÉDICOS DE LOS DCCU.
12. FUNCIONES DE ENFERMERÍA DE LOS DCCU.
13. ACTIVIDADES ASISTENCIALES DE LOS DCCU.
 - 13.1 Actividades del personal no sanitario
 - 13.2 Actividades de enfermería
 - 13.2.1 Asistencia en el DCCU.
 - 13.2.2 Asistencia externa.
 - 13.2.3 Actividades de soporte material en los DCCU.
 - 13.3 Actividades médicas.
 - 13.4 Actividades en el área de tratamientos cortos y evolución.
14. ACTIVIDADES DURANTE EL TRANSPORTE SANITARIO URGENTE DESDE EL DCCU.
15. ATENCIÓN A LA DEMANDA ASISTENCIAL EXTERNA.
 - 15.1 Priorización de la Demanda.
 - 15.2 Activación de los Recursos.
 - 15.3 Flujo de Actividades.
 - 15.4 Actividad Asistencial Externa Médica y de Enfermería.
16. ACTIVIDAD DE EVACUACIÓN Y TRANSPORTE DESDE EL LUGAR DEL SUCESO.

17. RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA CALIDAD.

- 17.1 Accesibilidad
- 17.2 Comunicación
- 17.3 Confort
- 17.4 Cortesía-Trato
- 17.5 Capacidad de respuesta

18. DIAGRAMAS DE FLUJO.

INTRODUCCIÓN

La mejora de la atención a las Urgencias y Emergencias en el ámbito de la Atención Primaria es uno de los objetivos del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. Conscientes del gran volumen de actos médicos y de enfermería que se desarrolla en este nivel, se requiere una actuación personalizada y coordinada de todos los intervinientes en el proceso urgente en aras a lograr las expectativas y satisfacción del ciudadano.

Para este fin nos proponemos realizar un diseño funcional de las actividades de los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias de Atención Primaria (DCCU), para que sus actuaciones sean siempre uniformes allá donde se encuentre el Dispositivo y que éstas se puedan medir, evaluar y, por consiguiente, mejorar.

Desde hace varios años se están realizando cambios profundos en distintos DCCU, no solo en aspectos asistenciales, sino organizativos y de gestión, posibilitando “unos modos” de trabajar que buscan la calidad y la mejora continua. Estos comportamientos difundidos en congresos y publicaciones, han generado un espíritu de inquietud en los profesionales que se han sentido contagiados “por el buen hacer”.

Los cambios generados se han englobado en grandes bloques:

- Propuesta de estructuras físicas y recursos necesarios acordes con las actividades a realizar.
- Definición de líneas de actividad homogéneas, tanto del personal sanitario como el no sanitario.
- Desarrollo de la metodología de gestión por procesos.
- Coordinación dentro del Sistema Integral de Urgencias y Emergencias.
- Iniciativas para la mejora continua, investigación y docencia.

1. METODOLOGÍA

Para cumplir este objetivo, la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud (SAS), a través del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias (PAUE), ha creado un Grupo de Trabajo integrado por profesionales pertenecientes a los diferentes estamentos implicados (DCCU, Urgencias Hospitalarias y Administración Sanitaria) cuya misión consiste en diseñar un documento consensuado que desarrolle las directrices generales de actuación en los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias basado en los contenidos de la Resolución 1/97 y los criterios elaborados por el PAUE.

Para facilitar el trabajo en los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias, se han elaborado actividades por categoría profesional que desarrolla su labor en las distintas áreas del centro y en domicilio o donde se produzca el evento urgente y emergente.

La sistematización de estas actividades reduce la variabilidad de la práctica clínica, homogeneiza las actuaciones que den una respuesta unificada al ciudadano en cualquier lugar de la Comunidad Andaluza donde pida asistencia e incardina las actuaciones de los profesionales potenciando la actuación de equipo para que la respuesta a la demanda asistencia sea una continuidad dentro del proceso urgente.

Coordinado como un elemento más del Sistema Integral de Urgencias y Emergencias, el Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias colabora en la resolución del proceso, tanto si es

finalista como si es un elemento más en la resolución del proceso en otro nivel de actuación, tanto en Atención Primaria como Especializada.

2. OBJETIVOS

1. Diseñar un marco general que permita la **homogeneización de las actuaciones** del personal sanitario y no sanitario de los DCCU, allá donde se produzca el evento y un proyecto de Urgencia Extrahospitalaria que abarque las peculiaridades del territorio andaluz, incluyendo los modelos necesarios para atender a la población, independientemente de su ubicación.
2. Incluir en este diseño los patrones existentes en la actualidad de Gestión por Proceso (Calidad Total y Coste por Proceso) con el fin de poder actuar como **Unidades Clínicas de Gestión**.
3. Potenciar el **trabajo en equipo**, creando actividades específicas de cada profesional incardinado entre sí dentro del proceso asistencial, que den respuesta satisfactoria al ciudadano que toma contacto con el Sistema Sanitario Público de Andalucía.
4. Potenciar la **mejora continua**, implementando indicadores de calidad y promoviendo la evaluación

4. DISPOSITIVOS DE CUIDADOS CRITICOS Y URGENCIAS

4.1. Características Generales

Se definen como el equipo de profesionales sanitarios y no sanitarios y los recursos materiales encargados de la atención y asistencia en el ámbito extrahospitalario de toda aquella patología de inicio súbito e inesperado, o agudización de una patología previa, que causa disconfort a cualquier persona por estar en ella implicada su salud, basando esta atención en los beneficios que demuestra la evidencia científica, así como en el trato personal, humano y de respeto.

Los Dispositivos parten de la reorganización y unificación de todas las Unidades del Servicio Andaluz de Salud que actualmente atienden urgencias fuera del ámbito hospitalario, donde se reúnen los recursos de los Servicios Especiales de Urgencias, Servicios Normales de Urgencias, Puntos de Atención Continuada y cualquier otro dispositivo de asistencia a la urgencia de Atención Primaria, según se recoge en la Resolución 1/97 del Servicio Andaluz de Salud.

Los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias actúan como primer eslabón en la cadena asistencial de la emergencia, por lo que es imprescindible en este nivel una dotación diagnóstica terapéutica y una formación específica en emergencias (resucitación cardiopulmonar...), ya que son los responsables de iniciar el tratamiento y estabilizar al paciente en el lugar donde se produzca la emergencia mientras llega el 061 y/o se traslada el paciente al Hospital.

Los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias atenderán las urgencias y emergencias tanto en las consultas del Dispositivo como en el domicilio del paciente y cuando sean activados por el Centro de Coordinación.

En cada Distrito deberá existir un Coordinador de los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias de Atención Primaria, con actividad asistencial y las funciones de gestión encomendadas.

El DCCU cubrirá la atención urgente las 24 horas del día, los 365 días del año. En horario de actividad normal del centro de salud, cada facultativo atenderá las urgencias de su cupo correspondiente o bien con los criterios organizativos que se determinen en cada Centro. Tras finalizar la actividad habitual del centro, se iniciará la atención continuada o la actividad del personal específico.

Algunos Dispositivos en función de su población y de las cronas al hospital serán de Alta Resolución que deberán desarrollar una cartera de servicios que incluya:

- ?? Atención sanitaria a urgencias y emergencias
- ?? RCP avanzada
- ?? ECG
- ?? Radiología
- ?? Analítica básica
- ?? Observación/Monitorización
- ?? Inmovilizaciones

4.2. Funciones de los Dispositivos De Cuidados Críticos y Urgencias

4.2.1. Funciones Generales

En el "Plan Marco de Reorganización de la Asistencia a las Urgencias y Emergencias en Atención Primaria", en su punto 4.1, se desarrollan las funciones generales de los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias, tanto en los centros como en el domicilio o allí donde se produzca el evento, e igualmente se indica que se debe realizar evaluación, control de calidad, investigación y docencia, prevención y promoción de la salud.

4.2.2. Funciones Específicas

- ?? Atender las situaciones de emergencias en su zona de cobertura durante las 24 horas del día, tanto en el Dispositivo como en el domicilio del enfermo o en el lugar en el que se produzca la emergencia, iniciando el tratamiento y estabilizando al paciente en tanto llega el Sistema de Emergencias o se realiza la transferencia adecuada al hospital. Para ello, se continuará con la dotación diagnóstico-terapéutica emprendida en estos dispositivos, junto con la formación en emergencias, resucitación cardiopulmonar y en otras situaciones de urgencias.
- ?? Asistir las situaciones de urgencias que se presentan en el Dispositivo o en el domicilio de paciente, en su área de cobertura, durante las 24 horas, realizando la valoración de la gravedad, diagnóstico y terapéutica por prioridades y la derivación hospitalaria asistida si el caso lo requiere.
- ?? Realizar evaluación, mejora continua de calidad, investigación, docencia, prevención, promoción de la salud y todas aquellas actividades encaminadas

a mejorar la atención de los pacientes que acudan o deban ser tratados por los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias.

- ?? Realizar el diagnóstico / tratamientos definitivos y resolutivos (Procesos finalistas) con resolución completa de patologías.
- ?? Aplicar la metodología de gestión de procesos.
- ?? Iniciar las actuaciones que precisen revisión o continuidad de estudio o tratamiento por su médico de cabecera.
- ?? Iniciar el tratamiento y estabilización del enfermo para su derivación al hospital.
- ?? Aplicar el oportuno tratamiento durante el traslado del paciente al hospital.

5. DESARROLLO FUNCIONAL

Se diseñará un Plan Funcional de dispositivos teniendo en cuenta la situación actual y los medios disponibles. En éste se deberá incluir:

- ?? Ubicación, estructura física y medios técnicos mínimos necesarios
- ?? Sistema de comunicación y transporte
- ?? Organización interna y estructura organizativa
- ?? Historia digital de Salud
- ?? Actividades asistenciales. Flujogramas
- ?? Adecuación de a los Procesos Asistenciales elaborados por la Consejería de Salud.
- ?? Relaciones con los Centros de Urgencias de referencia y con el Sistema de Emergencia y otras instituciones relacionadas

6. UBICACIÓN, ESTRUCTURA FÍSICA Y EQUIPAMIENTO

Los DCCU deben estar dotados de una adecuada estructura física para el desarrollo de sus funciones.

La estructura física de un Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias quedará supeditada a la posibilidad de que se construya de nuevo o se aproveche una estructura ya existente. Independientemente de las posibilidades comentadas anteriormente estos Dispositivos deben estar ubicados en el Centro de Salud pero en un espacio funcional independiente, preferentemente con acceso o puerta de entrada separada del mismo, con objeto de transmitir a la población la idea de que el DCCU es un recurso específico para urgencias y no una consulta no demorable o para patologías no agudas. Si esto no fuera posible el acceso a urgencias debe hacerse desde un área perfectamente separada del acceso al centro de salud.

Es recomendable que no existan barreras físicas en la recepción de pacientes, como escaleras, escalones, cerraduras en puertas, etc. En esta zona de recepción, el personal no sanitario estará ubicado de forma que tenga la mayor visibilidad de la zona de entrada al DCCU (p. ej. frente a la puerta de acceso al DCCU).

6.1. Estructura Física

El **diseño y tamaño** variará en función de la presión asistencial de la zona de cobertura, del número de integrantes del DCCU y de su crona hasta el hospital de referencia.

Los Dispositivos tipo I y tipo II se adecuarán a los criterios establecidos en la guía de diseño de los Centros de Salud.

Los Dispositivos tipo III o de Alta Resolución, deben de incluir las siguientes áreas:

?? Área de Recepción:

Función: Espacio físico destinado a la recogida de los datos de filiación y apertura del episodio de aquellos usuarios que demanden una asistencia urgente y/o emergente.

Ubicación: Debe ocupar la parte central de la Sala de Espera de enfermos y familiares, de tal forma que el personal que en él desempeñe sus funciones tenga un control directo de todo el proceso por el que el paciente debe pasar.

Mobiliario y Equipamiento: Debe estar equipado con un mostrador o mesa que no suponga una barrera arquitectónica para el ciudadano, a media altura, donde el trato personal sea directo, con cartelería clara y bien identificada, con sillones ergonómicos y con un ordenador para proceder a la recogida de datos con el Modulo de Urgencias de la Historia Digital de Salud.

?? Área de Clasificación de Pacientes:

Función: Espacio destinado a la clasificación de pacientes por prioridades (emergencia, urgencia, urgencia demorable, urgencia no objetivable) en función de la gravedad de la patología que presenten a través de una valoración inicial realizada por personal sanitario (enfermero), asignándose posteriormente el motivo de consulta.

Ubicación: Esta consulta debe situarse próxima al área de recepción, aunque fuera de ella y cercana a la Sala de Espera.

Mobiliario y Equipamiento: Debe tener una mesa y sillas, teléfono interno y/o interfono, camilla clínica y, en cuanto a equipamiento, debe disponer de un, ordenador, esfinmomanómetro y fonendoscopio, termómetro, determinador de glucemia, analizador de tiras reactivas de orina y material fungible.

?? Sala de Espera:

Función: Espacio destinado a dar acogida a enfermos y familiares que acuden al área de urgencias con una demanda urgente y/o emergente.

Ubicación: Situada dentro de las dependencias del Dispositivo en un lugar céntrico donde se produzca un flujo de personal sanitario y no sanitario que controle y siga todo el proceso por el que debe pasar el enfermo y pueda detectar casos de empeoramiento del mismo. En el centro de esta área debe estar ubicada la zona de recepción de pacientes.

Mobiliario y Equipamiento: Dotada con sillones, megafonía, hilo musical, directorio o cartelera bien identificada, zona de aseos para pacientes y familiares y zona para carritos y camilla.

?? Sala de Emergencias:

Función: Espacio destinado a atender pacientes que presenten una emergencia médica y en los que no pueda demorarse la actuación

Ubicación: Debe situarse próxima a la puerta de entrada del Dispositivo, con un acceso directo y sin obstáculos.

Mobiliario y Equipamiento: Dotada con columnas de toma de oxígeno y de vacío (en caso de no ser posible, con bombonas de oxígeno ancladas en la pared y con aspirador de 300 mm Hg de flujo), con una camilla ubicada en el centro de la estancia (que permita circular alrededor de ella por todos sus ángulos), carro de parada, dotado con monitor/desfibrilador, posibilidad de Presión arterial no invasiva (PANI), Tª, Saturación de oxígeno, marcapasos y electrocardiograma, lámpara de exploración, reloj, negatoscopio y dispositivos dispensadores de todo el material fungible así como drogas de urgencias y emergencias y material de inmovilización, colgados de la pared, con acceso y reposición rápidos. En caso de que todo este material esté en carros, deben distinguirse uno para circulatorio y otro para respiratorio; encimera con lavabo o fregadero.

?? Sala de Curas y Yesos:

Función: Espacio destinado a la administración de tratamientos, curas e inmovilizaciones de pacientes.

Ubicación: Debe estar ubicada próxima al área de consultas médicas, estar al lado de la sala de cuidados críticos y de la sala de tratamientos cortos, con dos puertas, una de acceso directo desde la sala de espera (con una anchura suficiente para la entrada de pacientes en carrito o camilla) y otra interior, que de acceso al pasillo interno donde confluyen el resto de las consultas, para que en caso de saturación de salas el mobiliario depositado en carros pueda ser trasladado fácilmente de un área a otra.

Mobiliario y Equipamiento: Con camilla de una altura especial que facilite la actividad al personal sanitario, dotada con medios para reducción de luxaciones, con carro apropiado para la inmovilización con yesos, lámpara de exploración, negatoscopio y carro con todo el material fungible para la realización de curas y administración de tratamientos. Con dispositivos dispensadores de medicación de urgencias vía oral y parenteral, con encimera con lavabo o fregadero y por último con ordenador con el Módulo de Urgencias que permita al personal sanitario registrar las actividades que realiza.

?? Área de Tratamientos Cortos y Evolución:

Función: Espacio destinado a administración de tratamientos y observación de enfermos con patologías urgentes que puedan resolverse por el DCCU y aquellas que requieren estabilización previa a la derivación al Hospital.

Ubicación: Debe ubicarse próxima al área de cuidados críticos y al área de estar del personal, muy cerca de la entrada principal del Dispositivo, con dos puertas, una de

acceso directo desde la sala de espera (con una anchura suficiente para la entrada de pacientes en carrito o camilla) y otra interior que de acceso al pasillo interno donde confluyen el resto de las consultas.

Mobiliario y Equipamiento: Dotada con columnas de toma de oxígeno y de vacío (en caso de no ser posible con bombonas de oxígeno ancladas en la pared y con aspirador de 300 mm Hg de flujo), con camas clínicas y sillones reclinables, con posibilidad de trasladar desde la sala de críticos el carro de parada con (monitor desfibrilador), con posibilidad de monitorización continua de los enfermos a través de monitores portátiles, con dispositivos para la dispensación de medicación de urgencia vía oral y parenteral y todo tipo de material fungible necesario para la observación de pacientes, Negatoscopio. Informatizada con historia digital de salud. Sería necesario que en esta Sala existiera un aseo para los enfermos, con posibilidad de lava cuñas. Para preservar la intimidad de los pacientes se hace preciso un sistema de cortinas que separen cada cama y sillón. Sistema portasueros. Reloj para la monitorización del tiempo que cada paciente permanece en esta Sala. Encimera con lavabo o fregadero.

?? Área de Consultas Médicas:

Función: Espacio destinado a atender inicialmente al paciente no crítico.

Ubicación: Debe situarse próxima al área de tratamientos cortos, críticos, sala de curas y yesos y acceso a sala de radiología. Con una puerta de entrada desde la Sala de espera de enfermos y otra puerta interior que confluya a un pasillo interno a través del cual se accede al estar del personal.

Mobiliario y Equipamiento: Dotada con una mesa, silla o sillones, camilla de exploración, biombo, lámpara de exploración y material de exploración básica (otoscopio y oftalmoscopio de pared, esfinmomanómetro, fonendoscopio, negatoscopio y martillo de reflejos). Informatizada con historia digital de salud.

?? Área de Sala de Estar del Personal:

Función: Espacio destinado al descanso del personal .

Ubicación: Debe estar ubicada próxima al área de tratamientos cortos y evolución, en un lugar al que se pueda acceder tanto desde la Sala de espera de los pacientes como a través de un pasillo interno en el que confluyen el resto de las consultas. Dentro de este estar, debe existir un acceso que permita el paso al área de aseos del personal sanitario y al área de descanso de camas si este Dispositivo lo permite.

Mobiliario y Equipamiento: Mesa redonda y sillas, sofá de tres plazas, estanterías para el archivo de toda la documentación del DCCU incluido protocolos, libro de incidencias, etc...

Encimera que permita la preparación rápida de comidas con microondas, frigorífico, cafetera... en caso de tener que comer dentro del área del DCCU. Zona de trabajo que permita realizar la labor de los DCCU en cuanto a evaluación y control de calidad de la asistencia, que posea un ordenador, proyector, pantalla, mesa y sillas, pizarra...

6.2. Recursos Materiales

En todo DCCU deberá existir un mínimo de recursos materiales que consistirá en:

6.2.1 Mobiliario de Consulta

- Mesa de despacho
- Tres sillas
- Perchero
- Biombo
- Camilla de exploración

6.2.2 Material Clínico

- Fonendoscopio.
- Esfinmomanómetro de pared.
- Otoscopio y oftalmoscopio de pared.
- Martillo de reflejos.
- Negatoscopio.
- Lámpara de exploración.
- Mesa con instrumental básico: caja con pinzas de disección (con y sin dientes), tijeras, portaagujas, pinzas de hemostasia, hojas de bisturí, gasas, vendas, esparadrapos, antisépticos, anestésicos locales.
- Medicación oral e inyectable para monodosis.
- Sistema de oxigenoterapia, con mascarillas para flujo y para aerosolterapia.
- Monitor desfibrilador con posibilidad de marcapasos.
- ECG de 3 canales.
- Pulsioxímetro.
- Aspirador de 150 a 300 mm Hg
- Carro de parada dotado con:
- Equipo para apertura de la vía aérea y ventilación: Laringoscopio con tres palas de distinto tamaño, balón de ventilación con reservorio de oxígeno, cánulas de Guedel de diferentes tamaños, mascarillas de ventilación transparentes, jeringas de diferente tamaño, cánulas de intubación de diferente tamaño (tubos orotraqueales: TOT), guías para los TOT, pinzas de Magill, pilas de repuesto, bombilla de laringoscopio de recambio, cinta o venda de gasa para fijación del tubo, lubricante hidrosoluble, set de cricotiroidotomía.
- Equipo para soporte circulatorio: Tabla de RCP, sistema de canalización de vía endovenosa de diferentes calibres, sistema de goteo normal y microgoteo, llave de tres pasos, compresores venosos elásticos, agujas IV y jeringas de diferentes tamaños.
- Fármacos y fluidos: 10 amp de adrenalina, 5 amp de atropina, dos bolsas de 500 cc de Suero Fisiológico, dos botellas de 250 cc de Suero Glucosado al 5%, dos bolsas de 250 cc de Ringer Lactato, dos bolsas de Hemo C, una botella de 250 cc de Bicarbonato 1 molar.

6.2.3 Material de Ambulancia Medicalizada

- Equipo para movilización e inmovilización de enfermos: Camilla de palas, tablero espinal, dama de Elche, colchón inmovilizador de vacío, juego de férulas neumáticas o de vacío (extremidad superior e inferior), férula de tracción, collarín de inmovilización cervical de varios tamaños, tijeras corta ropa.
- Equipo para apertura de la vía aérea y ventilación: anteriormente descrito
- Equipo para soporte circulatorio: anteriormente descrito.

- Fármacos y fluidos: 10 amp. de adrenalina, 5 amp. de atropina, dos bolsas de 500 cc de Suero Fisiológico, dos botellas de 250 cc de Suero Glucosado al 5%, dos bolsas de 250 cc de Ringer Lactato, dos bolsas de Hemo C, una botella de 250 cc de Bicarbonato 1 molar.
- Medicación_oral y parenteral.
- Sistema de oxigenoterapia, con mascarillas para flujo y para aerosolterapia.
- Monitor_desfibrilador con_posibilidad de marcapasos.
- Pulsioxímetro.
- Aspirador_de 150 a 300 mm Hg
- Respirador_(Opcional dependiendo de la idiosincrasia de cada DCCU).
- Esfingmomanómetro y Fonendoscópio.

7. SISTEMA DE COMUNICACIÓN Y TRANSPORTE

Para facilitar al ciudadano el acceso al Sistema Integral de Urgencias y Emergencias, se ha implantado en el ámbito de toda la Comunidad Autónoma un teléfono único de urgencias (902.505.061) que complementa al existente para emergencias sanitarias (061) y que simplifica definitivamente los 1300 teléfonos de acceso a urgencias que existían anteriormente.

Las llamadas que entren por línea 061 y 902.505.061 son recibidos en el Centro de Coordinación de Urgencias y Emergencias provincial. El operador/a que recibe la llamada recoge los datos del paciente y la localización del lugar de la demanda, efectúa un breve interrogatorio según protocolos de preguntas establecidos para cada tipo de demanda (interrogatorio que el médico coordinador debe de escuchar e intervenir en cualquier momento de la conversación), efectuando otras preguntas que ayuden a establecer un diagnóstico orientativo de la situación del enfermo, para facilitar la toma de decisiones del recurso a enviar en cada demanda.

El Centro Coordinador resolverá asimismo las llamadas que soliciten información sanitaria.

Una vez clasificada la demanda y según los criterios establecidos en el "Protocolo del Teléfono único de Urgencias", se procederá a la activación del DCCU para la atención domiciliaria según algoritmo de activación ("Protocolos del Teléfono único de urgencias").

Si el CCU tiene que activar al equipo del DCCU lo hará mediante radio, telefonía fija o móvil. En cualquiera de los casos, para poder saber dicho centro cuál es la situación de los equipos de los DCCU se utilizará la notificación de "estatus". Las posibilidades de esta, son las siguientes asignación "A", indica que le ha sido asignada una asistencia pero todavía el equipo no ha salido del dispositivo; activación " E " se dirigen hacia el lugar de la asistencia; en el lugar " EL"; Transportando al paciente. "C"; en el hospital "entregando" "EE"; Disponible "ED"; disponible comiendo "DC"; Disponible radio "DR". Esos estatus pueden ser enviados por un sistema de radio que deberá de adecuarse al sistema de comunicaciones del sistema de despacho "SICOM" o en su defecto por un sistema de telefonía móvil.

8. DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Como sistema básico de documentación clínica se utilizará la **Historia Digital de Salud**. Este módulo informático posibilita tanto la constancia de las actividades clínicas propiamente dichas (filiación del paciente, historia del episodio, hoja de constantes, hoja de evolución, tratamientos y procedimientos aplicados y recomendaciones al alta) como facilita los posteriores estudios de actividad necesarios para la mejora continua de los procesos asistenciales. Igualmente, el actual diseño del módulo informático de historia clínica permite la autogestión del DCCU en recursos materiales e indicadores de calidad, así como es de utilidad para el usuario interno al disponer tanto de la ayuda necesaria en las actividades clínicas, mediante protocolos y algoritmos de procesos asistenciales cargados en la opción ayuda, como facilitando las tendencias investigadoras del personal del DCCU mediante la obtención de datos estadísticos.

Se intentará que los documentos clínicos o administrativos en soporte papel sean los mínimos posibles.

9. COORDINADOR DE DISTRITO DE LOS DCCU

Será nombrado por la Dirección del Distrito Sanitario entre los facultativos adscritos a los Dispositivos de su Distrito.

Las **Funciones del Coordinador del DCCU** son:

1. Realizará actividad asistencial en el DCCU y, si es posible, en su hospital de referencia mediante la realización de guardias de presencia física en la Sección de Urgencias.
2. Coordinará todos los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias existentes en el Distrito.
3. Impulsará las distintas áreas de trabajo de los DCCU: asistencia, formación, protocolización, estructura, prevención y promoción de la salud, con el objetivo de convertir los Dispositivos en un servicio integrado, específico y de alta calidad.
4. Coordinará las actuaciones de los DCCU con las de otros estamentos encargados de la atención a urgencias y emergencias (Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias Hospitalarios, 061, etc.) de su provincia.
5. Asesorará a la Dirección del Distrito Sanitario en la planificación de recursos y ordenación de servicios para la de atención sanitaria urgente.
6. Establecerá los mecanismos necesarios para lograr la unidad de los DCCU en la consecución de los objetivos determinados del mismo.
7. Resolverá, junto con los Directores de los Centros de Salud y la Dirección de Distrito Sanitario, cualquier incidencia que afecte al normal funcionamiento de los DCCU. (p.ej. estudio de reclamaciones dirigidas al DCCU).
8. Será responsable del buen estado de funcionamiento de los equipos electromédicos e informáticos.
9. Realizará el seguimiento de la Red de Transporte Urgente de su Distrito, informará de la sistemática básica del DCCU a los miembros del equipo que se incorporen por primera vez, mediante la redacción de manuales de normas y procedimientos en los DCCU.
10. Analizará la evolución de los indicadores y estándares desarrollados por el PAUE.

11. Promoverá la adherencia a los protocolos establecidos y fomentará la metodología de gestión de procesos.
12. Promoverá la investigación en el área de urgencias y emergencias.
13. Coordinará, junto con los Directores de los Centros de Salud y la Dirección del Distrito Sanitario, cualquier actividad ajena a la función asistencial que se relacione con el DCCU.
14. Deberá elaborar una Memoria anual.
15. Deberá elaborar los planes funcionales de los Dispositivos de su Distrito y velar por el desarrollo de los mismos.
16. Desarrollará todas aquellas funciones que estén relacionadas con las urgencias.

10. RESPONSABLE DE LA GUARDIA

El Director de la Zona Básica de Salud, donde se ubique el DCCU designará un responsable de Guardia entre los facultativos del equipo asistencial presentes en cada turno y de forma rotatoria, atendiendo a criterios de antigüedad, formación específica e idoneidad, siempre que exista más de un facultativo.

Las **Funciones del Responsable de la Guardia** son:

- ?? Coordinará las actuaciones de los distintos profesionales implicados en la atención urgente.
- ?? Coordinará las demandas asistenciales fuera del DCCU, indicando, en función de la gravedad, el o los profesionales que deben realizar cada actuación, así como la utilización del medio de transporte sanitario más idóneo (transporte en ambulancia del DCCU o por unidad 061) en cada caso, para derivaciones al nivel superior.
- ?? Indicará el o los profesionales necesarios para los traslados asistidos en ambulancia.
- ?? Actuará como interlocutor con otros sistemas de atención urgente (Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias hospitalarios, 061, Alerta Sanitaria, etc.).
- ?? Velará por la constancia en el libro de incidencias de cuantos eventos, observaciones, etc., se produzcan durante la guardia o durante el tiempo de su responsabilidad en el área de urgencias.
- ?? Promoverá en el resto de profesionales el cumplimiento de los registros específicos del DCCU, así como el correcto uso de las instalaciones y recursos existentes en el mismo y la presencia física de cada integrante del equipo en su puesto específico.
- ?? Gestionará y/o canalizará las sugerencias, demandas y opiniones de los usuarios en la utilización de los servicios del DCCU.
- ?? Cuidará del correcto uso del transporte sanitario, no permitiendo el empleo de las ambulancias destinadas al DCCU para demandas no urgentes (traslados programados, asistencia domiciliar programada, etc.).
- ?? Velará por la ausencia de demora en la atención urgente y por la mayor accesibilidad al DCCU.
- ?? Decidirá en su caso, sobre los conflictos de competencias que se planteen entre los profesionales.

11. FUNCIONES DE LOS MÉDICOS DE LOS DISPOSITIVOS DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS:

Corresponderá a los facultativos de urgencia la realización de las siguientes funciones:

- ?? Prestar asistencia sanitaria a todos los pacientes que acudan al Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias, con los medios disponibles a su alcance, colaborando con el resto del sistema en la atención sanitaria.
- ?? Decidir la derivación al hospital u otro dispositivo cuando la situación del paciente así lo aconseje.
- ?? Dar de alta al paciente desde el Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias, una vez atendido y con el informe clínico correspondiente.
- ?? Informará al paciente y, en su caso, a sus familiares de su proceso clínico, exploraciones complementarias, tratamiento y actuaciones previstas así como de otros aspectos que afecten a la evolución del proceso.
- ?? Decidir y organizar, en condiciones idóneas, el traslado de pacientes que lo precisen, desde el dispositivo al hospital, cuando las circunstancias asistenciales lo aconsejen.
- ?? Hacer los informes establecidos por la normativa legal vigente, en los casos que corresponda.
- ?? Supervisar el desarrollo del proceso asistencial y formativo del personal a su cargo.
- ?? Gestionar adecuadamente los recursos asignados en aras de una mayor calidad y eficiencia.
- ?? Participar en el desarrollo y mantenimiento de los sistemas de información del centro y los relacionados con su actividad.
- ?? Participar en los programas de investigación, en el plan de formación y en las actividades de mejora de la calidad.
- ?? Cooperación y Coordinación con resto de los dispositivos del Sistema Integral de Urgencias y Emergencias.
- ?? Todas aquellas actividades encaminadas a la mejor atención de los pacientes que presenten patologías críticas y urgentes.

12. FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LOS DISPOSITIVOS DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS:

Corresponderá al personal de enfermería de urgencia la realización de las siguientes funciones:

- ?? Prestar asistencia sanitaria a todos los pacientes que acudan al Dispositivo, será una actividad atendida por la enfermera como integrante de un equipo multidisciplinario encargado de la asistencia.
- ?? Dadas las características asistenciales, especialmente su cobertura asistencial fuera de las horas de apertura de los Centros de Salud, los DCCU, como dispositivos de apoyo en Atención Primaria, deben asumir tareas asistenciales no urgentes pero básicas para el normal funcionamiento y atención a pacientes. Concretamente hay que referirse a la atención a tratamientos programados que no deben interrumpirse en fines de semana o días festivos (curas e inyectables programados esencialmente) y a aquellas tareas encomendadas por los médicos de familia relativas al ajuste de tratamientos y estudios de pacientes, como la realización de glucemias postprandiales en ajustes de insulino terapia y controles tensionales en ajustes de medicación hipotensora.
- ?? Clasificación de pacientes en función de la prioridad.
- ?? Realizará los procedimientos terapéuticos indicados por el responsable de la asistencia.

- ?? Además de las actividades asistenciales indicadas en cada momento, la actuación de la enfermera se centrará en la valoración de constantes vitales (TA, FC, FR, Tª) y en la realización de pruebas complementarias en función de la patología (glucometría, analíticas básicas, ECG).
- ?? Administrará los tratamientos prescritos por el médico en los pacientes que deban permanecer en el Dispositivo, para tratamiento y evolución; realizando un seguimiento de los cuidados de enfermería propios para este tipo de pacientes incluidos en los protocolos asistenciales y vías clínicas existentes.
- ?? Colaborar con el médico o en su caso realizar, en condiciones idóneas, el traslado de pacientes que lo precisen, desde el dispositivo al hospital, cuando las circunstancias asistenciales lo aconsejen.
- ?? Utilizar adecuadamente los recursos disponibles en aras de una mayor calidad y eficiencia.
- ?? Participar en el desarrollo y mantenimiento de los sistemas de información del centro y los relacionados con su actividad.
- ?? Participar en los programas de investigación, en el plan de formación y en las actividades de mejora de la calidad.
- ?? Cooperación y Coordinación con resto de los dispositivos del Sistema Integral de Urgencias y Emergencias.
- ?? Todas aquellas actividades encaminadas a la mejor atención de los pacientes que presenten patologías críticas y urgentes.

13. ACTIVIDADES ASISTENCIALES DE LOS DCCU (FLUJOGRAMA 1)

13.1 Actividades del personal no sanitario (FLUJOGRAMA 2)

?? **Recepción de Pacientes.**- Incluye (y en el siguiente orden):

- **Ayuda a pacientes** incapacitados físicamente en la accesibilidad al DCCU mediante extracción del vehículo en que lleguen y/o uso de carrito o camilla.
- **Traslado a sala de espera**, cuando las circunstancias del paciente lo permitan.
- **Traslado directo a consulta**, cuando las características del enfermo así lo determinen.
- **Recogida de datos de filiación**, mediante la tarjeta sanitaria/cartilla de la S.S., DNI, pasaporte o cualquier otro documento oficial.
- **Apertura del episodio**, indicando el motivo de demanda de atención urgente expresado por el paciente y/o familiar (en caso de que el paciente venga solo y no se pueda expresar, el motivo lo indicará el facultativo responsable de la asistencia).

Para la correcta realización de estas actuaciones el personal no sanitario estará ubicado de forma que tenga la mayor visibilidad de la zona de entrada al DCCU (p. ej. frente a la puerta de acceso al DCCU). Asimismo, es recomendable que no existan barreras físicas en la recepción de pacientes, como escaleras, escalones, cerraduras en puertas, etc.

?? **Circulación de Pacientes.**

La circulación de pacientes dentro del área del DCCU comprendería las siguientes actuaciones:

- **Traslado para realización de pruebas complementarias;** ECG, analíticas básicas. En los DCCU con servicio de radiología, se incluye esta actividad. Este traslado se realizará, si fuese necesario, en carrito o camilla.
- **Traslado a área de tratamientos cortos y evolución;** de aquellos pacientes que una vez valorados por el médico responsable de su atención, requieran su permanencia en dicha área. Igualmente se usarán los medios necesarios (carrito/camilla).
- **Inmovilización de pacientes;** en aquellos casos en que fuese necesaria para la realización de algún procedimiento (p.ej., sutura de heridas en niños).
- **Traslado a zona de aseos;** en aquellos pacientes atendidos en el área de tratamientos cortos y evolución que requieran ayuda para ello.

13.2 Actividades de Enfermería (Plan de Cuidados) (FLUJOGRAMA 3)

Dadas las características asistenciales, especialmente su cobertura asistencial fuera de las horas de apertura de los Centros de Salud, los DCCU deben asumir tareas asistenciales no urgentes pero básicas para el normal funcionamiento y atención a pacientes. Concretamente hay que referirse a la atención a tratamientos programados que no deben interrumpirse en fines de semana o días festivos (curas e inyectables programados, esencialmente) y a aquellas tareas encomendadas por los médicos de familia relativas al ajuste de tratamientos y estudios de pacientes, (como la realización de glucemias postprandiales en ajustes de insulino terapia y controles tensionales en ajustes de medicación hipotensora)

Para la realización de estas actividades, programadas pero asumidas por los DCCU, deberá existir una estrecha colaboración con el personal de enfermería de los Equipos Básicos de Atención Primaria (EBAP), de forma que exista una información bidireccional entre los EBAP y el personal de los DCCU. Este flujo también se aprovechará para transmitir información acerca del seguimiento de pacientes incapacitados y/o terminales que por medio de una actuación urgente, hayan sido detectados por los DCCU a fin de su inclusión en los programas específicos de la Zonas Básicas.

13.2.1 Asistencia en el DCCU

?? **Acogida y clasificación de pacientes**

Se realizará una ordenación de la demanda en función de los síntomas y manifestaciones subjetivas del paciente o acompañante. Se realizará una entrevista rápida, protocolizada, con un algoritmo o árbol de decisiones y la aplicación de técnicas propias de su ejercicio profesional, facilitando estabilidad y confort al paciente.

?? **Demanda directa de enfermería: atención a heridas.**

- Se procederá a una interconsulta directa con el facultativo antes de proceder a la asistencia (complicaciones, analgesia, cobertura antibiótica).
- Se informará de la ausencia o no de alergias.
- Se realizará el tratamiento específico según pautas protocolizadas.
- Comprobación del estado de vacunación antitetánica.
- Indicación al paciente del seguimiento adecuado de la herida, bien en el Centro de Salud o bien mediante normas de autocuidados.

- Registro escrito de la asistencia realizada, incluidas las recomendaciones dadas verbalmente.

?? Demanda programada o continuidad de tratamientos (cura e inyectables programados).

- Comprobación de la prescripción de la asistencia (P 10).
- Información de la ausencia o no de alergias.
- Realización de la asistencia correspondiente (inyectable, cura o control terapéutico).
- Información de posibles efectos secundarios.
- Interconsulta al facultativo en caso de detección de anomalías.
- Registro escrito de la actividad realizada, incluidas las recomendaciones dadas verbalmente.

?? Demanda de patología urgente y/o emergente.

Será una actividad atendida por enfermería como integrante de un equipo multidisciplinario encargado de la asistencia. Además de las actividades asistenciales indicadas en cada momento, la actuación de enfermería se centrará en la valoración de constantes vitales (TA, FC, FR, T^a) y en la realización de pruebas complementarias en función de la patología (glucometría, analíticas básicas, ECG, etc.). También realizará los procedimientos terapéuticos indicados por el responsable de la asistencia. Además, administrará los tratamientos prescritos por el médico en los pacientes ingresados en el ATCE, realizando un seguimiento de los cuidados de enfermería propios para este tipo de pacientes incluidos en los protocolos asistenciales y vías clínicas existentes.

13.2.2 Asistencia Externa

?? Demanda directa de enfermería: atención a heridas.

Se procederá de manera idéntica a lo descrito en la asistencia en DCCU

?? Demanda programada o continuidad de tratamientos (cura e inyectables programados).

Se procederá de manera idéntica a lo descrito en la asistencia en DCCU

?? Demanda de patología urgente y/o emergente.

Se procederá de manera idéntica a lo descrito en la asistencia en DCCU, salvo por lo referente al ATCE.

?? Asistencia en transporte sanitario.

- Previsión del riesgo de la alteración de la perfusión tisular en relación con el hábitat, indicando al técnico de transporte sanitario la adecuación de la temperatura de la cabina asistencial de la unidad de transporte en relación con la patología del paciente.
- Indicación al técnico de transporte sanitario de la apertura de las balas de oxígeno y de la comprobación de la adecuada conexión a la red de aspirador, monitor y respirador.
- Retirada de objetos personales, depositándolos en una bolsa que será entregada a la familia o al personal del hospital receptor.

- Tener dispuesto el material necesario para la apertura y aislamiento de la vía aérea.
- Asegurar la vía periférica.
- Precarga de fármacos necesarios en RCP-A.
- Disminuir el síndrome de estrés del traslado, manteniendo la comunicación destinada a disminuir la ansiedad/temor del paciente y asegurándose de la correcta sujeción y seguridad del paciente durante el traslado.
- Reevaluación general y constante del paciente.
- Registro de los procedimientos realizados.

13.2.3 Actividades de Soporte Material en los DCCU

- Informar de la sistemática básica del DCCU a los miembros del equipo que se incorporen por primera vez, mediante la redacción de manuales de normas y procedimientos en los DCCU.
- Informar al médico responsable de la guardia de las necesidades de medicación y material fungible sanitario, anotando tales necesidades en un libro o registro de material específico.
- Revisar, al inicio de la guardia, el material de RCP (carro de parada) y comprobación del correcto funcionamiento de los equipos de diagnóstico y tratamiento (ECG, monitores, aspiradores), informando de sus anomalías, si las tuviesen, al médico responsable de la guardia y registrándolo en el libro o registro específico.
- Supervisar la colocación de medicación y fungible realizada por el auxiliar de enfermería.
- Mantenimiento en buen estado y listo para su uso de los medios de diagnóstico y tratamiento del DCCU.
- Supervisar la reposición del material utilizado durante la asistencia externa y/o transporte sanitario medicalizado, así como la limpieza y disponibilidad para nuevo uso de la ambulancia medicalizada.

13.3 Actividades Médicas (FLUJOGRAMA 4)

Las actividades médicas en los DCCU comienzan cuando el médico habla o toca al paciente, normalmente en el interior de la consulta asistencial.

En principio se considera que el paciente acude en demanda de una asistencia sanitaria urgente o emergente.

En el caso de estar ante una urgencia, las actividades consisten en:

- **Apertura de la historia clínica y anamnesis;** en esta actividad se debe aprovechar la utilidad del módulo de urgencias de la Historia Digital de Salud. La anamnesis debe ser dirigida hacia el motivo de consulta.
- **Exploración y toma de constantes;** debe ser una exploración general básica, dirigida hacia el motivo de consulta así como a las enfermedades crónicas que padeciera el paciente y que pudieran incidir en el motivo de consulta.
- **Procedimientos diagnósticos;** se solicitarán en función del juicio clínico inicial a tenor de los hallazgos exploratorios y como confirmación de una presunción diagnóstica, excepto la realización del ECG en aquellos casos en que a través de la anamnesis se deduzca la necesidad de realizar un ECG lo más rápidamente posible. Entre los procedimientos o pruebas diagnósticas

disponibles en los DCCU, éstos pueden tener capacidad de realizar ECG, analíticas básicas de sangre y orina y radiología básica.

- **Juicio Clínico;** en función de la anamnesis y exploración y apoyado por los procedimientos diagnósticos.
- **Administración de tratamiento urgente y realización de procedimientos terapéuticos;** esta actividad también podrá ser realizada conjuntamente con el personal de enfermería y se llevará a cabo en la consulta asistencial o en el ATCE.
- **Derivación al alta;** se elaborará un informe de alta que recoja las actividades realizadas sobre el paciente y las recomendaciones que se le hacen al mismo acerca de su patología (en los casos de derivación domiciliaria o al médico de cabecera). En casos de derivación hospitalaria, el informe debe ser lo más completo posible y en el formato correspondiente (historia clínica manual o informe de alta informático).

Las actividades a realizar en el caso de emergencias en el DCCU son, básicamente, las mismas, si bien hay que precisar que **tendrá prioridad la estabilización del paciente** (conseguir y mantener una adecuada ventilación y perfusión hística así como unas constantes vitales estables). Una vez conseguido este objetivo, se procederá a la apertura de la historia, exploración, diagnóstico y tratamiento correcto, manteniendo siempre la estabilización, iniciando la derivación hospitalaria si fuese necesaria.

13.4 Actividades en el Area de Tratamientos Cortos Y Evolución (ATCE) (FLUJOGRAMA 5).

El ATCE, según los medios que disponga el DCCU, servirá para:

- a. Administración de tratamiento de urgencia en aquellos procesos que puedan ser solucionables en Atención Primaria.
- b. Administración de tratamiento de urgencia con el fin de estabilizar previamente aquellos procesos que deban ser remitidos a Urgencias del hospital de referencia.
- c. Realizar el estudio de urgencia de algunos procesos, siempre dependiendo de las posibilidades técnicas.

El ATCE de los DCCU es un área destinada a la administración de tratamientos específicos de patologías previsiblemente solucionables en Atención Primaria.

A modo de ejemplo, las patologías susceptibles de tratamiento en el ATCE podrían ser:

- Hipoglucemias sintomáticas.
- Hiperglucemias con glucemia inferior a 600 mg/dl.
- Episodios de Reagudización de EPOC/OCFA, excluidas sus complicaciones, derivables tras la estabilización inicial: EAP, Neumonía con afectación general, Insuficiencia Cardíaca Descompensada, etc.
- Episodios agudos de Hiperreactividad Bronquial (broncoespasmos).
- Cólicos renoureterales sin indicación inicial de derivación hospitalaria.
- Dolor torácico atípico con bajo riesgo de Síndrome Coronario Agudo (SCA).
- Urgencias hipertensivas.
- Cuadros sincopales con ECG inicial y expl. neurológica inicial normales.

- Patología abdominal que no requiera pruebas complementarias.
- Reversión médica de arritmias cardíacas (TSV, FARVR).
- Intoxicaciones no graves (etilíca, efectos secundarios medicamentosos, etc.).
- Reacciones alérgicas generalizadas leves/moderadas.
- Síndrome febril en niño mayor de 6 meses y menor de 6 años.
- Migrañas, cefaleas y síndromes vertiginosos.
- Patología psiquiátrica menor (cuadros de ansiedad somatizada).
- En los Dispositivos tipo III, que estén ubicados en centros que dispongan de especialidades médicas o CMA, se atenderán en estas salas patologías propias de hospital de día médico y atención postquirúrgica.

Para el control en el ATCE de las patologías seleccionadas se establecen los siguientes **criterios obligatorios**:

- ?? **Tiempo de estancia máximo por patología consensuado con el hospital de referencia** desde el inicio del tratamiento. En ningún caso deberá sobrepasar las 6 horas desde el inicio de la atención médica.
- ?? **Uso de tratamientos protocolizados**, tanto propios del DCCU como realizados conjuntamente con el hospital de referencia, y aprobados por la Comisión de Calidad del Distrito Sanitario y por el grupo de Calidad del PAUE. Aconsejamos el uso de guías de práctica clínica en estos casos, ya que permiten tener una visión global del proceso, detectar las variaciones del mismo y conocer la calidad percibida por el usuario.
- ?? **Constancia en historia clínica** de la hora de entrada en ATCE y de la hora de salida, con referencia a los cambios en sintomatología y constantes.
- ?? **Especificación de los criterios de derivación hospitalaria** en los casos de derivación tras estancia en la unidad (criterios consensuados, ausencia de respuesta al tratamiento, evolución no favorable), comprobando la **concordancia diagnóstica** con el servicio de urgencias hospitalario en casos de derivación.
- ?? **Codificación de diagnósticos** en CIE-9 MC.

El ATCE se ha revelado como un importante recurso para evitar derivaciones hospitalarias innecesarias (principalmente de patologías crónicas con reagudizaciones periódicas) al mismo tiempo de que es muy bien aceptada por los pacientes, los cuales ven esta área como un medio de evitar las incomodidades que supone, al paciente y a su familia, el traslado a las urgencias del hospital y su permanencia en éstas, alejados de su domicilio.

14.ACTIVIDADES DURANTE EL TRANSPORTE SANITARIO URGENTE DESDE EL DCCU (FLUJOGRAMA 6)

Estas actividades están referidas a los supuestos de uso del transporte sanitario urgente como medio de derivación hospitalaria de una **patología atendida en el DCCU**. Incluye las actividades previas al transporte (por ejemplo, el acondicionamiento de la cabina asistencial a la temperatura óptima para el paciente), las realizadas durante el transporte y las ejecutadas a la llegada al hospital de referencia (transferencia del paciente).

15. ATENCIÓN A LA DEMANDA ASISTENCIAL EXTERNA (FLUJOGRAMAS 7 y 8)

15.1. Priorización de la demanda.

Los DCCU tienen, como parte de su función asistencial, la asistencia a urgencias y emergencias producidas en su área de cobertura, fuera de la sede del DCCU.

Ante una demanda asistencial, el CCU, de acuerdo con los protocolos del teléfono único de urgencias y según clasificación de la demanda de asistencia, de los síntomas que presente el paciente y antecedentes conocidos del mismo, se asignará a la llamada una prioridad. En cualquier caso, todas las demandas telefónicas serán reevaluadas periódicamente, bien llamando al paciente, bien indicándole que en caso de modificación de la sintomatología vuelva a llamar.

Emergencias (Prioridad 1)

Entendiendo por ello aquella situación que los signos o síntomas que presenta el enfermo nos hacen sospechar un riesgo vital inminente (o de secuelas graves y/o irreversibles o de pérdida de la función de órganos vitales) y por tanto precisa atención inmediata. En este caso, se activarán los profesionales más idóneos para la atención a la emergencia, que dependerá de:

- ~~///~~ La hora al lugar del suceso
- ~~///~~ La disponibilidad de recursos
- ~~///~~ La capacidad de resolución

Serán consideradas prioridad de tipo 1, entre otros, la presunción diagnóstica de las siguientes patologías:

- ~~///~~ Fallo respiratorio agudo
- ~~///~~ Parada respiratoria o cardiorrespiratoria
- ~~///~~ Accidente cerebrovascular agudo
- ~~///~~ Traumatismo craneoencefálico con pérdida de conciencia
- ~~///~~ Síncope
- ~~///~~ Inconsciencia
- ~~///~~ Parto precipitado – anteparto
- ~~///~~ Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño
- ~~///~~ Hemorragia con riesgo vital
- ~~///~~ Coma de cualquier etiología
- ~~///~~ Shock anafiláctico
- ~~///~~ Crisis convulsiva activa
- ~~///~~ Politraumatismo
- ~~///~~ Traumatismo penetrante en tórax o abdomen
- ~~///~~ Síndrome coronario agudo
- ~~///~~ Alteraciones del ritmo cardíaco con inestabilidad hemodinámica
- ~~///~~ Edema agudo de pulmón
- ~~///~~ Grandes quemados
- ~~///~~ Ahogamientos por inmersión
- ~~///~~ Envenenamientos e intoxicaciones

Así como todos aquellos cuadros que puedan hacer sospechar una patología que cumpla con los criterios anteriormente definidos como emergencia.

Urgencias (Prioridad 2 y 3)

Entendiendo por ello aquellas en las que se sospecha que presentan una patología aguda o exacerbación de una patología crónica, sin probable amenaza vital o funcional inmediata, que precisan atención médica con la mayor brevedad posible.

La activación se realizará en función de:

- ~~///~~ La croma al lugar del suceso.
- ~~///~~ La disponibilidad de los recursos.
- ~~///~~ La capacidad de resolución.

Se atenderá "in situ" a aquellos pacientes que por la sintomatología que presentan no puedan o deban ser trasladados al Dispositivo y aquellas circunstancias en las que el paciente esté incapacitado física o psíquicamente: pacientes psiquiátricos, ancianos, pacientes con cuadros vertiginosos incapacitantes y sospecha de éxitus para la confirmación del mismo.

La derivación directa al Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias se realizará en aquellas personas que puedan ser movilizadas y la asistencia en el centro le aporte una mejor atención (pruebas diagnósticas, tratamientos difíciles de aplicar en el domicilio u observaciones monitorizadas).

Independientemente de lo anterior, si el paciente, familiar, Cuerpo de Seguridad, etc. requiere insistentemente que se atienda "in situ", deberá atenderse en este lugar.

Urgencias no Objetivables (Prioridad 4)

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

En el caso de que esta patología evolucione desfavorablemente, será recalificada para enmarcarla en la prioridad que corresponda.

En estas situaciones se recomendará al paciente que acuda al Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias, salvo en las circunstancias anteriormente referidas:

- ~~///~~ Que el paciente esté incapacitado física o psíquicamente,
- ~~///~~ Pacientes psiquiátricos.
- ~~///~~ Ancianos.
- ~~///~~ Causas sociales.

El Centro Coordinador comunicara con el DCCU, poniendo en su conocimiento todos los datos posibles sobre la demanda para su resolución. En caso de reevaluarse la demanda y cambiar la prioridad de esta nueva situación, será informado el DCCU.

15.2. Activación de los Recursos

Se establecen actividades para la recepción y tratamiento de la demanda, así como la necesidad de un flujo de comunicaciones entre el equipo asistencial y el DCCU, directamente o a través del Centro Coordinador (CC), para cubrir la potencialidad de una segunda demanda asistencial mientras el equipo está asistiendo la primera.

La demanda asistencial externa puede surgir, bien mediante la presencia física de un familiar del paciente en el DCCU solicitando dicha asistencia externa (generalmente será asistencia domiciliaria) o bien mediante la recepción telefónica de la demanda asistencial, pudiendo ser el agente activador en este caso el propio paciente, un familiar del mismo, el CCU, la Fuerza Pública (Policía Local, Nacional o Guardia Civil) o cualquier otra persona (por ejemplo, testigo de accidente o necesidad asistencial en vía o lugar público).

Tanto si la demanda asistencial se produce mediante presencia física como por vía telefónica, será atendida inicialmente en recepción del DCCU (celador), quién comunicará tal incidencia al médico responsable del DCCU, el cual:

- Identificará el motivo asistencial.
- Priorizará la asistencia.
- Aportará consejos sanitarios si fuesen precisos, previos a la resolución de la demanda.
- Indicará a recepción la apertura del episodio asistencial.
- Indicará a recepción la activación del transporte sanitario urgente.
- Abrirá la historia clínica inmediatamente antes de la salida del equipo asistencial (lo que sirve para calcular el tiempo medio de respuesta).
- Indicará a recepción la comunicación del estatus de salida al CCU.

15.3. Flujo de Actividades

Una vez producida la salida del equipo asistencial, éste estará obligado a mantener un flujo de comunicaciones con el DCCU y/o Centro Coordinador, mediante la comunicación de los **siguientes estatus**:

- Contacto con paciente, definido como el momento en que el médico responsable de la asistencia toca o habla al paciente.
- Resolución de la demanda (si el paciente no necesita transporte a hospital de referencia o a DCCU) y Disponible.
- Paciente crítico, transporte a hospital y, en este caso, la posible necesidad de apoyo de una unidad 061.
- Transporte a hospital de paciente urgente no crítico.
- Aviso de transporte de paciente crítico al hospital de referencia, si este transporte fuese asumido por el equipo asistencial del DCCU.
- Disponible tras transferencia de paciente en el hospital.

A su vez, el DCCU y/o el Centro Coordinador, en función de estas comunicaciones, podrá priorizar y tramitar una posible segunda demanda asistencial para su atención en cuanto el equipo asistencial quede disponible, sin necesidad de regreso al DCCU para recibir dicha comunicación.

Cuando un equipo del DCCU reciba una demanda asistencial externa y se desplace para atenderla, deberá mantener un flujo de comunicaciones, mediante telefonía móvil o sistema de radiofonía, tanto con el DCCU como con el Centro Coordinador (CCU).

Tanto si la demanda asistencial externa se recibe vía CCU o directamente en el DCCU, el equipo comunicará esta situación (salida) al CCU. Una vez en el lugar del suceso, podrá resolver la demanda o tendrá que derivar al paciente al hospital de referencia. En esta última circunstancia, podrá realizar dicho traslado el mismo equipo o solicitar la colaboración de una unidad 061, si fuera necesaria su actuación. Si decide realizar el traslado, comunicará esta situación al DCCU, para que desde allí se informe al CC de la falta de disponibilidad del equipo asistencial del DCCU hasta la transferencia (traslado) del paciente al hospital de referencia y al hospital receptor en el caso de traslado de pacientes críticos. Una vez realizada la transferencia del paciente, el equipo comunicará su situación de disponible al DCCU, el cual podrá comunicar, a su vez, una nueva demanda asistencial externa recibida y priorizada por el médico del DCCU o el CCU.

15.4. Actividad Asistencial Externa Médica y de Enfermería (FLUJOGRAMA 9)

La demanda asistencial externa, así como el transporte de pacientes hasta el hospital de referencia, serán siempre atendidos por el equipo asistencial.

Una vez en el lugar del suceso (domicilio o lugar público), el equipo asistencial procederá a la valoración real de la demanda, actuando según se considere como urgencia o emergencia.

En el caso de una **urgencia**, las actividades consistirán en:

1. **Apertura del episodio**, mediante la cumplimentación de la historia clínica común a todos los DCCU en formato papel, con tres copias (para el paciente, para el hospital, en caso de derivación y para el DCCU). Es deseable que tras el regreso al DCCU, se cumplimente la historia clínica informatizada, al menos con los datos de alergias, hallazgos más relevantes, juicio clínico, tratamiento administrado y derivación. Es muy importante el registro de los tiempos de actuación (hora de recepción de la demanda y hora de inicio de asistencia, así como la hora de llegada al hospital). Se debe hacer una anamnesis centrada fundamentalmente en el motivo de demanda. Es obligatoria la cumplimentación del apartado de alergias y antecedentes personales, así como los tratamientos actuales del paciente.
2. **Toma de constantes**, realizada por el DUE y consignada en el apartado específico de la historia clínica.
3. **Exploración**, consignando los hallazgos de relevancia en relación con el proceso.
4. **Procedimientos diagnósticos**, fundamentalmente el ECG, si fuese necesario. También, se deberán consignar otros procedimientos realizados en relación con el proceso (pulsioximetría, analítica básica de orina, determinación de glucemia).
5. **Diagnóstico o juicio clínico**, valorando la necesidad de evacuación y transporte a hospital de referencia o ATCE del DCCU.
6. **Aplicación de tratamiento y procedimientos terapéuticos**.
7. **Derivación tras asistencia**, pudiendo optar por domicilio, médico de familia (para seguimiento posterior), DCCU u Hospital. En casos de reagudizaciones de patología ya conocida, que sea causante de una situación previa de gran incapacidad y muy deficiente calidad de vida del paciente o fases terminales de procesos neoplásicos ya diagnosticados y sin posibilidad de tratamiento curativo, se comunicará esta incidencia a la Zona Básica a la que esté asignado el paciente.

En caso de estar ante una **emergencia**, se procederá inmediatamente a su **estabilización e inicio de procedimientos diagnósticos**. Una vez estabilizado el paciente y con un juicio clínico, se iniciaran los procedimientos terapéuticos y se comunicará tal situación al Centro de Coordinación. En función de la saturación de

los niveles asistenciales, se iniciará la evacuación y transporte o se solicitará el apoyo de una unidad 061.

La cumplimentación de la historia clínica se realizará una vez estabilizado el paciente y decidida su evacuación y derivación, durante el transporte ó en espera del apoyo solicitado. La cumplimentación de la historia clínica no debe entorpecer la atención al paciente, realizando esta actividad incluso tras la llegada al hospital de referencia en caso necesario

16. ACTIVIDADES DE EVACUACIÓN Y TRANSPORTE DESDE EL LUGAR DEL SUCESO (FLUJOGRAMA 10)

Una de las labores del personal de Transporte Sanitario es la de prever y facilitar la vía de evacuación de aquellos pacientes atendidos fuera del DCCU, en el lugar del suceso (domicilio, lugar público, vía pública urbana, carretera interurbana, etc). Esta actividad se realizará siempre de la forma más segura, eficaz y rápida (y siempre en este orden). La **seguridad** implica tanto al paciente como al equipo asistencial, la **eficacia** se basa en la ausencia de realización de trabajos o esfuerzos innecesarios y la **rapidez** es esencial para anticiparnos a cualquier riesgo o imprevisto.

Tanto en domicilio como en un lugar público, a la llegada del equipo asistencial, el personal de transporte sanitario deberá realizar una visión global del escenario, para poder determinar las medidas de protección y evacuación.

?? **DOMICILIO.** Desde la llegada al domicilio del equipo asistencial se deben valorar las opciones de una posible evacuación del paciente. Hay que tener en cuenta escaleras, ascensores, puertas, muebles que puedan molestar, etc. Incluso se debe valorar el clima de ansiedad existente, tanto en el paciente como en sus familiares o acompañantes. Esta evaluación permitirá optar por el mejor material necesario para la potencial evacuación (camilla de tijeras, colchón de vacío, silla plegable, silla trineo, correas de seguridad, férulas o cualquier otro tipo de inmovilización) y mantener la seguridad del paciente durante la misma. Una vez asegurado el paciente, el personal de transporte deberá asegurarse, junto con los otros miembros del equipo asistencial, de la recogida del material desplegado para la atención in situ. Del mismo modo, una vez en la cabina asistencial, el material de asistencia deberá estar lo suficientemente asegurado para evitar dañarlo durante el transporte.

?? **LUGAR PÚBLICO.** Siguiendo las mismas normas básicas que durante la actuación domiciliaria, en un lugar público también se valorarán los posibles riesgos.

En los **accidentes de tráfico**, si antes de llegar ya existen cuerpos de seguridad, la ambulancia se colocará por delante del siniestro y el personal de transporte sanitario indicará a los agentes de seguridad las necesidades del equipo asistencial para llevar a cabo la asistencia correspondiente. En caso de ser los primeros en llegar al lugar del siniestro, la ambulancia se colocará por detrás de este, a 25 metros del mismo y con los rotativos encendidos, puertas traseras abiertas y luces de la cabina asistencial encendidas, señalizando el personal de transporte sanitario una zona de seguridad previa a la ambulancia de al menos 150 metros, mediante triángulos reflectantes, linternas, etc. La ambulancia debe quedar estacionada fuera de la calzada o en el arcén. Sólo en caso de imposibilidad de las opciones anteriores, la ambulancia quedará en la calzada.

Otros riesgos a tener en cuenta son:

?? Cables eléctricos caídos.

- ?? Vehículos incendiados; en este caso se deben mantener 75 metros de distancia de seguridad.
- ?? Combustible derramado; hay que estacionar más alto que el combustible o lo más lejos posible.
- ?? Existencia de material explosivo; debiendo estacionar en este caso a 600 metros.
- ?? Emisión de gases; estacionando la ambulancia en contra del viento.

17. RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA CALIDAD

El proceso asistencial en los DCCU se inicia con la demanda de atención urgente, independientemente de dónde y cómo se produzca ésta, y finaliza con la resolución del mismo, bien de forma definitiva o bien mediante continuidad asistencial con otro nivel sanitario como puede ser urgencias hospitalarias o unidades 061.

La calidad asistencial descansa en dos pilares básicos, la calidad científico-técnica aportada por los profesionales que actúan en este proceso y la calidad percibida por el usuario del sistema. Los DCCU tienen que tender a lograr la mayor calidad asistencial a través de la mejora continua de los indicadores de ambos pilares de la calidad.

Para los indicadores de calidad científico-técnica recomendamos el Manual de Indicadores de Actividad y Calidad en Urgencias y Emergencias editado por el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias en Diciembre del 2000.

Respecto a la mejora de la calidad percibida por el usuario proponemos las siguientes medidas:

17.1. Accesibilidad:

- ?? Mejora de la accesibilidad a los DCCU, mediante la desaparición de todas las barreras asistenciales actuales. Los DCCU deben tener las puertas abiertas durante su funcionamiento como tal, es decir, no deben existir cerraduras ni timbres de aviso ante puertas cerradas.
- ?? Adecuada señalización del lugar de atención urgente.
- ?? El paciente que por su estado o patología así lo requiera, debe ser ayudado tanto a su llegada al DCCU, como durante el proceso asistencial y en su salida del DCCU.

17.2. Comunicación:

- ?? El paciente debe ser informado acerca de su proceso de forma suficiente, esclarecedora, veraz, inteligible, aproximativa y adecuada a las circunstancias.
- ?? Durante la estancia en el ATCE, los familiares del paciente deben ser informados periódicamente de la evolución de la persona atendida.
- ?? La identificación visible (nombre, apellidos y categoría) del profesional que atiende al paciente es siempre una medida de calidad valorada por el usuario y un deber del profesional.

17.3. Confort:

- ?? Durante la aplicación de procedimientos y tratamientos se debe velar por atenuar la ansiedad que éstos producen, atendiendo al máximo confort posible del paciente durante la realización de los mismos.
- ?? Es aconsejable permitir la presencia de un familiar durante el proceso asistencial y, en caso de niños, la presencia continua de su madre o de su padre, siempre que la naturaleza del proceso lo permita.

17.4. Cortesía-Trato:

- ?? La forma de dirigirse al paciente debe ser respetuosa y al mismo tiempo empática. Parece recomendable la fórmula de usar el nombre de pila del paciente y el tratamiento de usted.
- ?? Debemos rehuir toda discusión acerca de tratamientos y/o procedimientos, tratando de explicar lo que hacemos y porqué lo hacemos, asumiendo la responsabilidad del proceso mediante nuestro criterio profesional.
- ?? El libro de reclamaciones debe ser facilitado inmediatamente a todo aquel que lo solicite.
- ?? El personal, sanitario y no sanitario, debe estar claramente identificado de cara al paciente.

17.5. Capacidad de Respuesta:

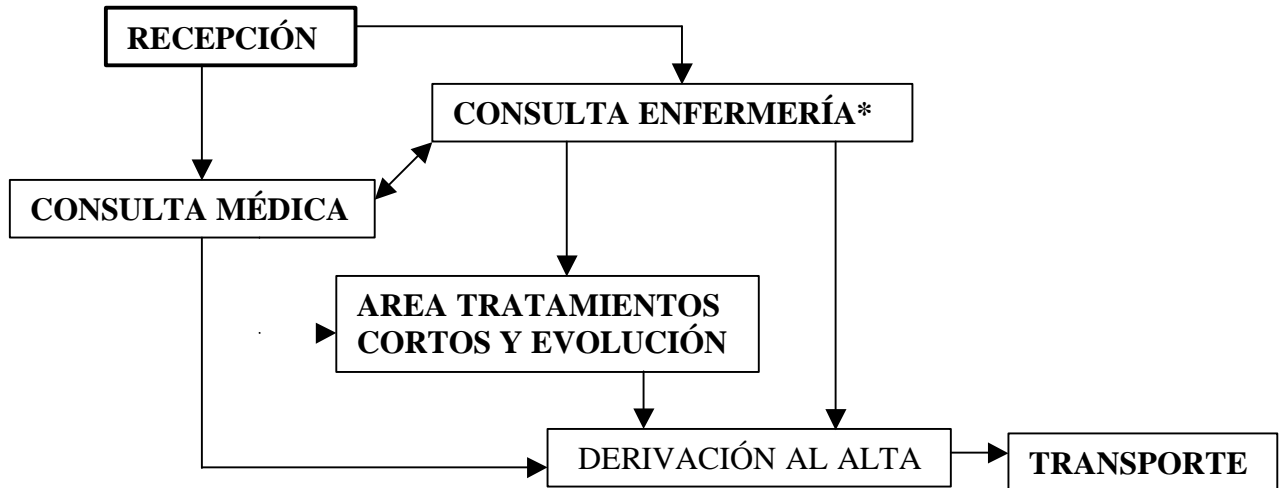
- ?? La primera valoración rápida de un traumatismo abierto, p. ej. una herida, y la aplicación de un apósito limpio, mientras se realiza la valoración definitiva y el tratamiento del mismo (en caso de estar ocupada la sala de curas), es una medida que disminuye la ansiedad del paciente y/o sus familiares, siendo recomendable en casos de saturación asistencial.
- ?? Debemos potenciar la elaboración de guías y protocolos clínicos conjuntos con los otros niveles asistenciales, dando así una imagen de coordinación entre niveles y entre profesionales.

DIAGRAMAS DE FLUJO DE ACTIVIDADES EN DEMANDA ASISTENCIAL INTERNA Y EXTERNA

ACTIVIDADES ASISTENCIALES INTERNAS EN EL DCCU

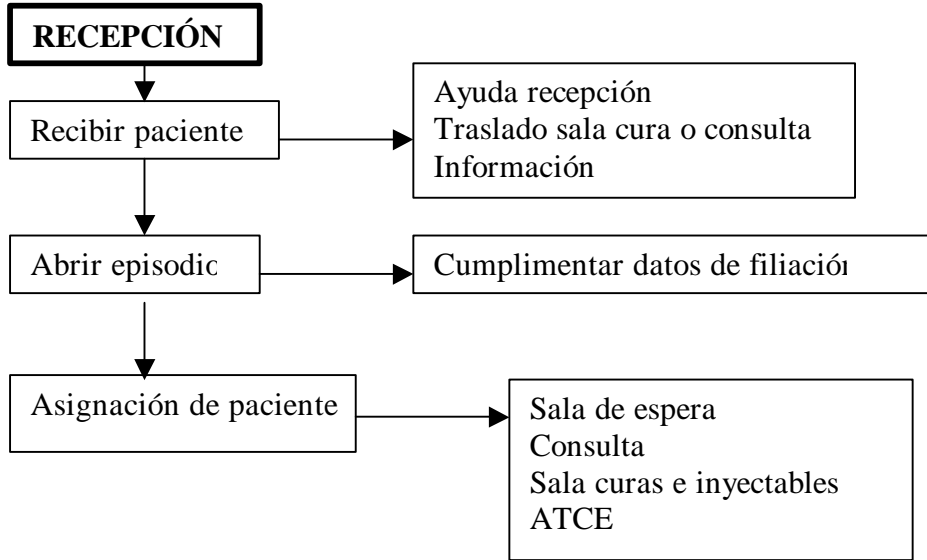
FLUJO 1

FLUJO DE ACTIVIDADES INTERNAS EN EL DCCU



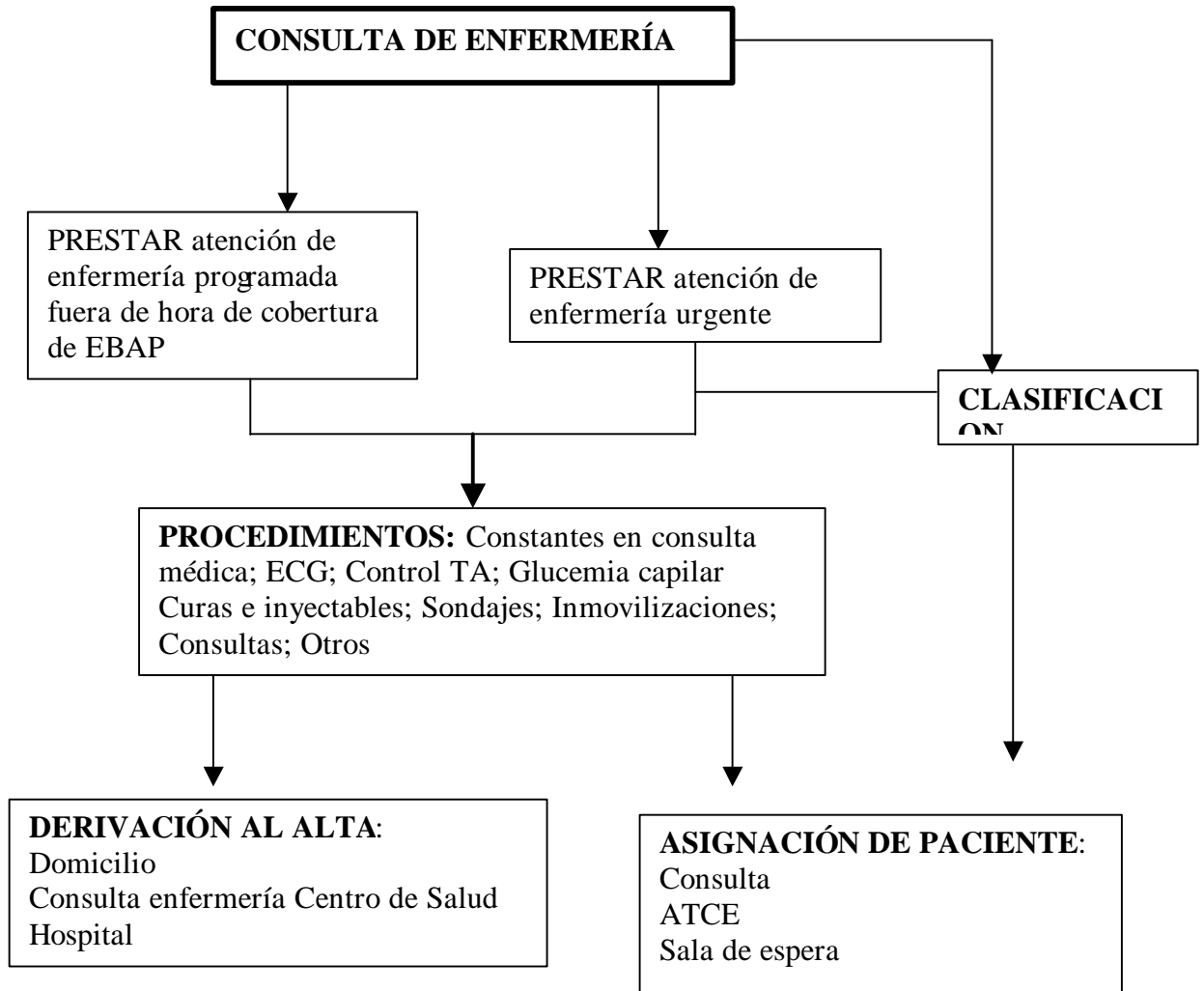
FLUJO 2

FLUJO DE ACTIVIDADES DE RECEPCIÓN EN DCCU



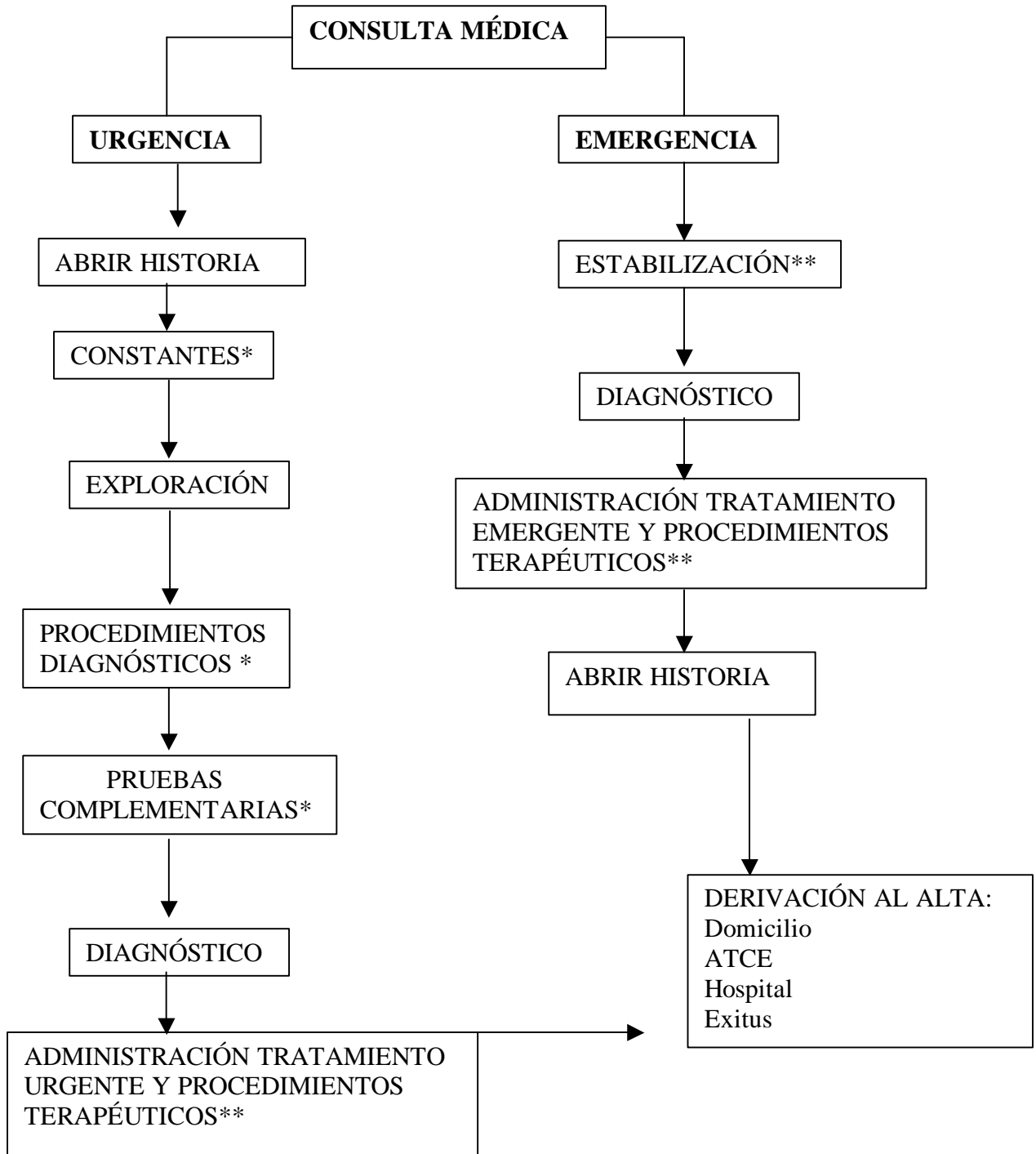
FLUJO 3

FLUJO DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA



FLUJO 4

FLUJO DE ACTIVIDADES MÉDICAS

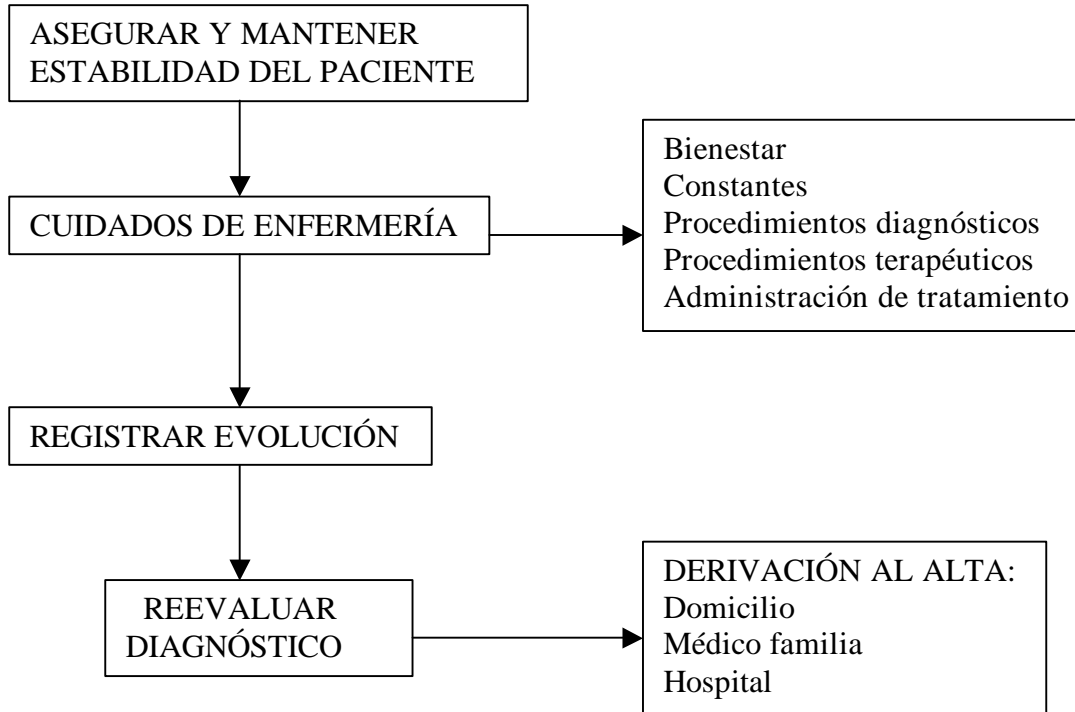


* Actividades de enfermería

** Actividades conjuntas médicas y de enfermería

FLUJO 5

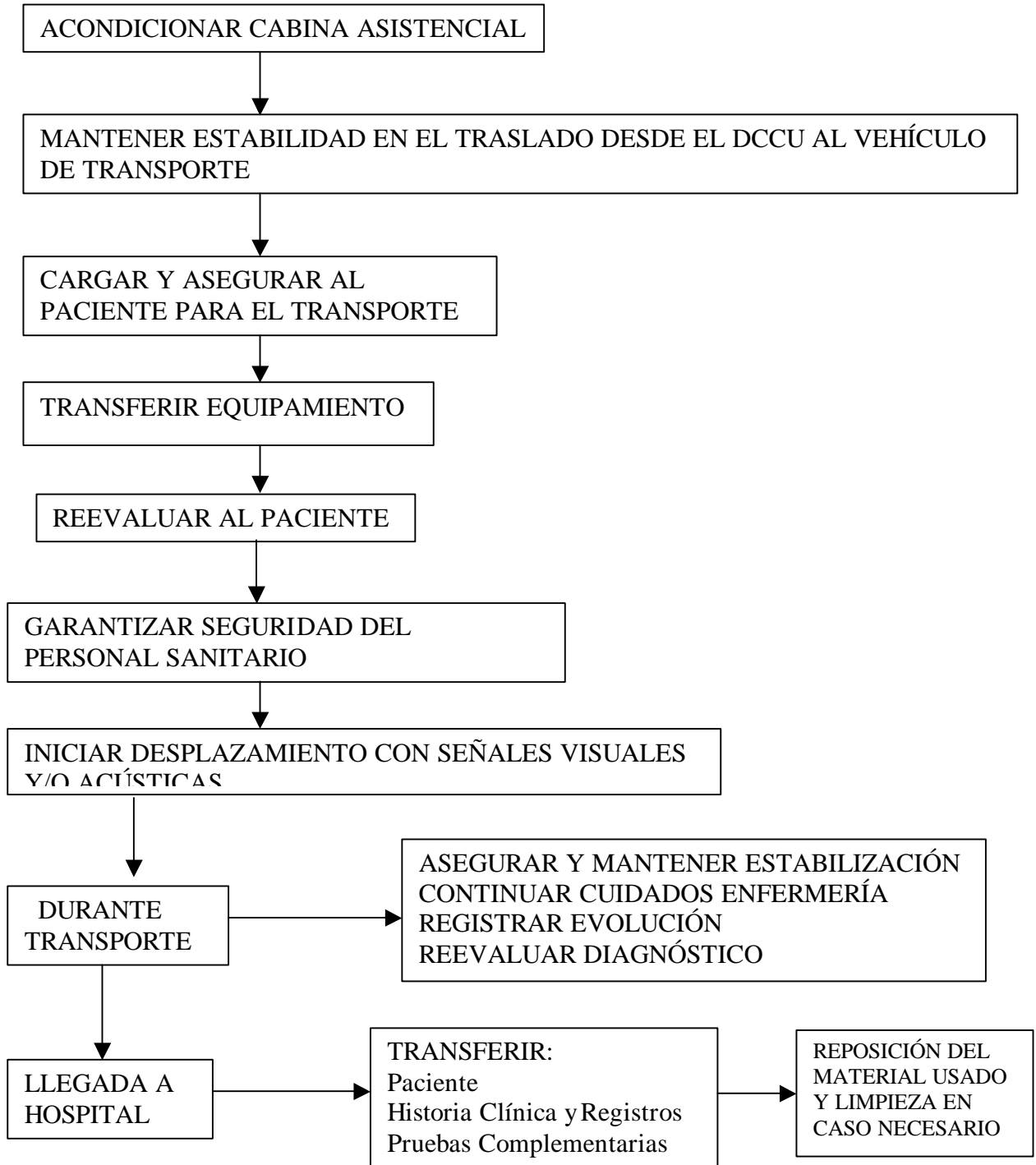
FLUJO DE ACTIVIDADES EN EL ATCE.



* En aquellos DCCU que dispusieran de Area de Tratamientos Cortos y Evolución.

FLUJO 6

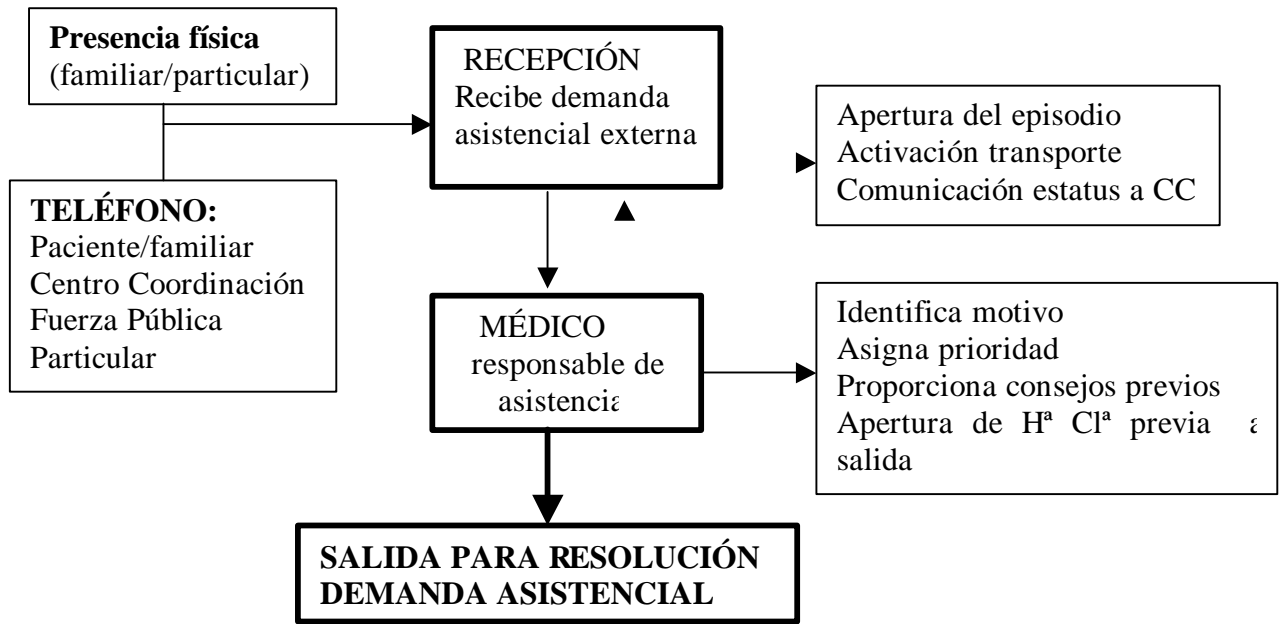
FLUJO DE ACTIVIDADES DE TRANSPORTE URGENTE DESDE DCCU



ACTIVIDAD ASISTENCIAL EXTERNA

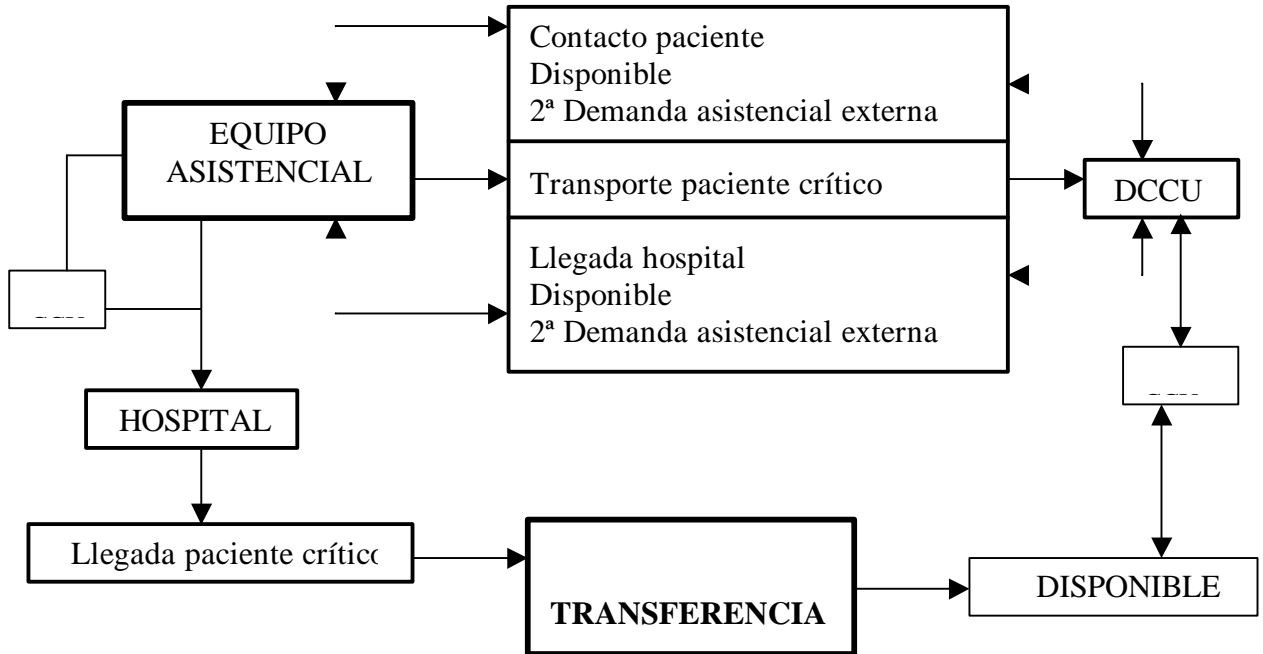
FLUJO 7

RECEPCIÓN DE DEMANDA ASISTENCIAL EXTERNA



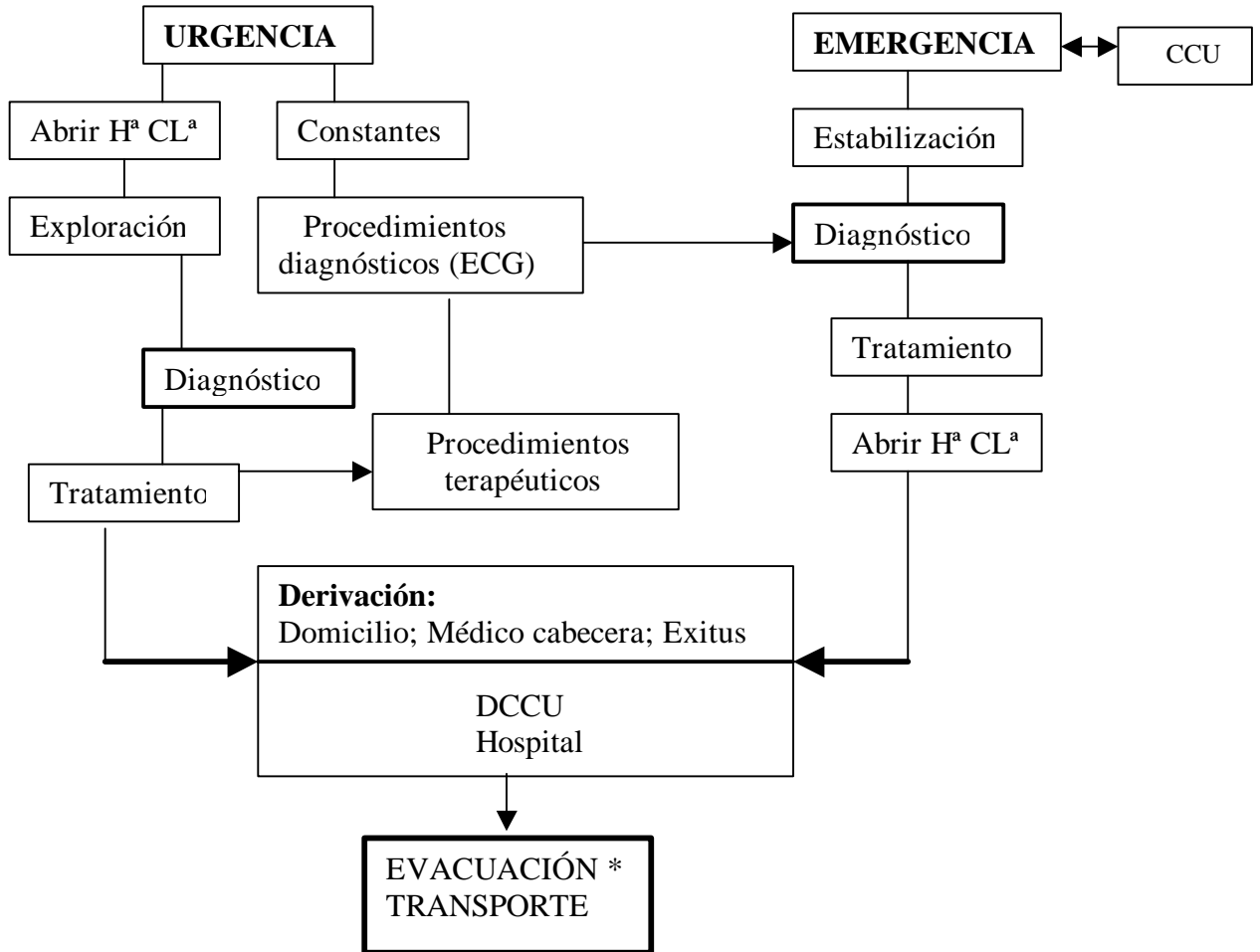
FLUJO 8

FLUJO DE ACTIVIDADES DE COMUNICACIONES



FLUJO 9

FLUJO DE ACTIVIDADES MÉDICAS Y DE ENFERMERÍA EN ASISTENCIA EXTERNA



FLUJO 10

FLUJO DE ACTIVIDADES DE EVACUACIÓN Y TRANSPORTE DESDE EL LUGAR DEL SUCESO

