



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

PLAN DE ALTA FRECUENTACIÓN

V. 19/20

**DIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA Y RESULTADOS EN SALUD
PLAN ANDALUZ DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS**

1. ANÁLISIS DE SITUACIÓN.

Aunque la demanda de urgencias se mantiene en su tendencia de incremento anual, la experiencia acumulada ha demostrado que, durante el período invernal y el verano en algunas zonas, una serie de circunstancias favorecen el mantenimiento de situaciones asistenciales “pico” junto a un incremento en la complejidad de los pacientes asistidos.

Todo ello requiere del ajuste de mecanismos de planificación y coordinación que hagan frente a este incremento de actividad tanto en el ámbito Hospitalario como en el de la Atención Primaria de Salud para evitar, en la medida de lo posible, situaciones como las siguientes:

- Saturación de las Áreas de Clasificación de los Servicios de Urgencias de Hospital (SUH).
- Incremento de los tiempos de respuesta en las Áreas de Consultas de los SUH junto a un tiempo de permanencia excesivo en las mismas de pacientes con destinos de hospitalización.
- Saturación de las Áreas de Observación de los SUH que frecuentemente se ven desbordadas, tanto por pacientes con criterios de ingreso en las mismas como por aquellos que se encuentran en espera de una cama de hospitalización convencional.
- Alteración en la actividad programada del hospital.
- Incremento en las demoras de atención en los Centros de Atención Primaria de Salud.
- Aumento de la demanda en los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) tanto *in situ* como a domicilio.
- La sensación de descontrol que, amplificada desde otras esferas del propio hospital y desde los medios de comunicación, se transmite a la ciudadanía cuando estas circunstancias se mantienen en el tiempo.

El Plan de Alta Frecuentación (PAF) persigue la puesta en marcha de actuaciones que afectan al Hospital y Distrito en su conjunto, o al Área de Gestión Sanitaria en su caso, considerando que las actuaciones a estos niveles facilitan sobremanera el desarrollo de la actividad urgente y la puesta en marcha de las medidas que también a nivel de los SUH y los SUAP deban implementarse. La puesta en marcha y seguimiento de este plan de actuación debe ser capitaneada por los Equipos de Dirección de las Áreas, Hospitales y Distritos, siendo de capital importancia la implicación de las respectivas Gerencias en su desarrollo y en el de la adaptación y desarrollo del mismo en las distintas unidades, entre ellas las de Urgencias, que de ellos dependen.

El PAF debería estar en plena capacidad operativa y debidamente coordinado en todo momento, si bien hay que tener una vigilancia especial en las mencionadas épocas (de 1 de junio a 30 de septiembre y de 1 de diciembre a 31 de marzo).

2. OPERATIVIZACIÓN DEL PLAN.

2.1 Hospital.

La actuación en el conjunto del hospital debería ser liderada por la Dirección Gerencia del Hospital o Área, con la participación y compromiso del resto de Servicios, teniendo en cuenta las directrices del Plan de Mejora de los SUH elaborado y difundido por el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias (PAUE).

El diseño debe tener en cuenta actuaciones a varios niveles: el SUH y el resto de Servicios del hospital, especialmente aquellos con mayor número de camas de hospitalización, y mayor incidencia de ingresos, y los de apoyo analítico o de imagen. La elaboración, adecuación y difusión del PAF debe correr a cargo de la Comisión de Dirección de las correspondientes Unidades y plasmarse en un documento escrito que debe ser aprobado por la Dirección Gerencia correspondiente.

2.2 Atención Primaria.

De igual forma, las actuaciones a este nivel deben contemplar medidas tanto a nivel de los SUAP como de los Centros de Atención Primaria de Salud y ser lideradas por los Equipos de Dirección de los Distritos o Áreas y los de las propias Unidades afectadas. Todo ello, como en el caso anterior, debe plasmarse en un documento escrito que debe ser aprobado por la Dirección Gerencia correspondiente

2.3 Comisión Hospital-Atención Primaria-EPES

Junto al Plan del propio Hospital y del Distrito deben existir una serie de medidas aprobadas entre ambos y en coordinación con EPES, que esta Comisión debe dejar plasmadas por escrito y activarlas en las fechas que se decidan

3. ACTUACIONES EN EL HOSPITAL.

3.1. Actuaciones en el SUH.

Las patologías más prevalentes en el período de tiempo en cuestión son, fundamentalmente, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, reagudizaciones de pacientes con neumopatías crónicas y descompensaciones en pacientes pluripatológicos por procesos infecciosos de vías respiratorias.

Las actuaciones a este nivel pasan por la redefinición de sus recursos y su adecuación a la frecuentación previsible, la revisión y adaptación de los protocolos de actuación existentes y el aumento en su capacidad de resolución.

3.1.A. Redefinición de recursos.

Deben definirse exactamente los recursos de personas y estructura que habitualmente funcionan en la Unidad y aquellos que serían necesarios para adecuar la actividad a la frecuentación previsible. En ese sentido sería primordial el abordaje de zonas de ampliación a nivel de sus tres áreas (Clasificación, Consultas y Observación, tanto camas como sillones) y la necesidad de recursos humanos para su cobertura.

3.1.B. Protocolos de actuación.

La existencia de unos protocolos de actuación consensuados con el resto de Unidades Asistenciales es uno de los puntos fundamentales del Plan de Mejora de los SUH del PAUE. Su elaboración permite, en las patologías más prevalentes, adecuar la práctica clínica a las últimas evidencias en un marco de eficiencia y definir no solo los criterios de ingreso, tanto en las distintas especialidades como en la propia Área de Observación (camas y sillones), también los criterios que en cada caso se establezcan para la derivación de estudios al ámbito ambulatorio especializado. Estos criterios, que deberían estar ya vigentes en todos los SUH, se convierten en épocas de activación del PAF en un arma si cabe más eficaz a la hora de adecuar los procesos diagnósticos y terapéuticos a estas épocas de tan

alta demanda asistencial. Estos protocolos deben ser aprobados por la Dirección y conocidos por el personal sanitario a quién afecte su cumplimiento.

3.1.C. Aumento de la capacidad de resolución.

Para garantizar los tiempos de respuesta recomendados por el PAUE, es necesario incrementar, en la medida de lo posible, la capacidad de resolución del SUH a través de las siguientes actuaciones:

- Aumento del número de consultas dedicadas a la clasificación de pacientes.
- Aumento del número de consultas en los Circuitos de Atención Básica y Polivalente.
- Aumento de puestos del Área de Observación (camas y sillones).
- Garantizar la cobertura de la totalidad de la plantilla del SUH incrementándola de ser necesario.
- Disminución de los tiempos de decisión de destinos intermedios y finales tanto en el Área de Consultas como en el Área de Observación.
- Asegurar el cumplimiento de los criterios de ingreso en el Área de Observación, evitando aquellos que tengan un claro destino de hospitalización siempre que no requieran cuidados en ese momento.
- Asegurar las recomendaciones del PAUE en tiempos de respuesta y/o estancia tanto en el propio SUH como en los procedimientos que afecten a otras Unidades que le sirven de apoyo:
 - Tiempos de espera en clasificación (<10 min. en el 95% de episodios).
 - Tiempos de respuesta de primera consulta facultativa según prioridad:
 - Prioridad 1: Inmediata.
 - Prioridad 2: <15 min. en el 80% de episodios.
 - Prioridad 3: <60 min. en el 80% de episodios.
 - Prioridad 4: <100 min. en el 80% de episodios.
 - Prioridad 5: <120 min. en el 80% de episodios.
 - Tiempo asistencial total en el Área de Consultas <4 h. en el 80% de los episodios.
 - Tiempo de espera de ingreso en Observación <30 min. en el 80% de los episodios.
 - Tiempos de Observación-camas y Observación-sillones menor de 24 y 12 h. respectivamente en el 80% de los episodios.
 - Tiempo de respuesta en la interconsulta inferior a los 60 min.
 - Tiempo de respuesta en analítica inferior a los 60 min.
 - Tiempo de respuesta en pruebas de imagen inferior a los 30, 60 y 90 min. en radiología simple, ecografía y TAC respectivamente.
 - Tiempos de salida del Área de Consultas y del Área de Observación, especialmente para los pacientes con destino ingreso en hospitalización, que en el caso de Observación debe ser inferior a 12 h en el 80% de los casos.
- Identificación precoz de los problemas sociales para su abordaje temprano por la Unidad de Trabajo Social, junto a una planificación y coordinación con Atención Primaria en el seguimiento ambulatorio de pacientes con especiales necesidades de cuidados o pluripatología.
- Garantizar la expedición de la receta electrónica desde Urgencias o cualquier otra documentación que evite consultas innecesarias en otros niveles de atención.
- Potenciación de la gestión de la red de ambulancias para facilitar las altas desde Urgencias.

Todas estas actuaciones deben estar suficientemente explicitadas y consensuadas con los miembros del SUH y aprobadas por la Dirección del mismo.

3.2 Actuaciones en el conjunto del Hospital.

El Plan de Mejora de los SUH elaborado por el PAUE pone de manifiesto la importancia de la concienciación tanto de los Equipos Directivos de los Hospitales como del Hospital en su conjunto en la consecución de un SUH ágil y eficiente. Tan importante es esta concienciación que podríamos afirmar que, aún en épocas con una frecuentación estándar, la inoperancia del Hospital en aspectos claves para el funcionamiento de Urgencias hacen prácticamente imposible un adecuado funcionamiento de estos Servicios. Por otro lado los tiempos de respuesta recomendados por el mencionado Plan de Mejora que afectan al resto de Unidades hospitalarias alcanzan aquí su máxima expresión.

Las acciones, coordinadas por la Dirección Gerencia del hospital, incluirían:

- Convocatoria diaria de las sesiones que el Equipo de Dirección debe mantener a lo largo de todo el año, de manera habitual, con los Directores y Supervisores de Cuidados de los Servicios del Hospital (al menos los de mayor incidencia en la hospitalización), los Directores de los Servicios de Apoyo Diagnóstico y los Responsables de Admisión de centro. En estas reuniones, además de analizar la situación en ese momento del Hospital y del SUH, se deben adoptar las medidas necesarias para evitar el colapso de Urgencias por pacientes que ya han concluido su proceso de atención urgente mediante la habilitación de altas en horario temprano (antes de media mañana) que posibiliten su drenaje. En caso de necesidad debe adecuarse la asignación de camas de cada Unidad a la necesidad de hospitalización, si ésta variase. Los Servicios Clínicos deben comprometerse en la gestión de sus picos de ocupación y en la disminución de sus estancias medias, flexibilizando los criterios de alta hospitalaria en un marco de seguridad y eficiencia.
- Nombramiento de un responsable (Supervisor de Cuidados en su caso), en cada servicio, encargado de informar a su homólogo en Urgencias sobre la disponibilidad de camas, con comunicación temprana de las mismas para agilizar su uso. Paso, a primera hora, de pacientes dados de alta a salas de espera u otras ubicaciones que se habiliten para ello.
- Disminución / suspensión de la actividad programada del centro, en caso de extrema necesidad, adecuando esta medida a la presión de urgencias existente con potenciación del ingreso para CMA el mismo día de la intervención y reducción máxima de la estancia media preoperatoria.
- Acortamiento de los tiempos de espera, en los pacientes hospitalizados, para exploraciones que determinen decisiones finalistas, como analítica, radiología simple, ecografía y TAC, entre otras.
- Programación de altas en cualquier turno y día de trabajo, estableciendo un Plan de Continuidad de Cuidados mediante seguimiento telefónico en pacientes de especial vulnerabilidad.
- Uso de ambulancias colectivas con planificación de los horarios de alta previsible para agilizar la disponibilidad del transporte y de la cama.
- Incremento del número diario de consultas preferentes destinadas a pacientes remitidos desde el SUH.
- Puesta al día del censo de recursos sociales en colaboración con el personal de Asistencia Social del centro que idealmente debería redistribuir sus turnos de trabajo para cubrir horarios de mañana y tarde y posibilitar un seguimiento inmediato de los pacientes susceptibles de ello que le sean trasladados por las

diferentes supervisiones de cuidados.

- Coordinación con el 061 y establecimiento de vías de acceso que no bloqueen los circuitos de urgencias, en los períodos de máxima demanda.
- Información y sensibilización a la ciudadanía del comienzo y situación del PAF explicando las posibles demoras asistenciales en procesos banales y la conveniencia de que acudan a otros dispositivos en función del nivel de gravedad y su disponibilidad.

3.3 Actuaciones en otros ámbitos relacionados con el Hospital.

Asimismo, desde el Hospital, deben ponerse en marcha acciones encaminadas a:

- Aumento de la oferta de camas de otras instituciones para pacientes con problemas sociosanitarios, de larga estancia, en estado vegetativo o que sólo requieran cuidados paliativos.
- Coordinación con la Unidad Médica del Hospital de Crónicos, en caso de existir, para la derivación directa de pacientes diagnosticados y tratados con procesos de agudización.
- Comunicación, desde las unidades de Medicina Interna de larga estancia, del censo de camas disponibles, a primera hora de cada día.
- Traslado a los Hospitales Comarcales, HARES y a las Residencias Asistidas de la necesidad de incrementar su respuesta a mayores niveles de gravedad en las Urgencias.
- Posibilidades de áreas de expansión de camas de hospitalización.

4. FASES DE APLICACIÓN DEL PLAN EN EL HOSPITAL.

Las fases de aplicación del Plan se basan en criterios de frecuentación, ocupación del Área de Observación y el porcentaje de pacientes atendidos que se ingresan en hospitalización, dando por sentado que el SUH se encuentra con el 100% de su cobertura de personal y que la estructura física es acorde con la recomendada por el PAUE en sus estándares.

CRITERIOS DE APLICACIÓN

1. *Porcentaje de incremento del número de urgencias* que acuden al hospital en relación con la media del mismo día de la semana en el año anterior.
2. *Porcentaje de incremento del número de pacientes que se encuentran en Observación o en espera de ella* (camas y sillones). Se contabilizarán los pacientes en observación ya sean del propio SHU o los periféricos de otras especialidades en espera de planta, además de los pacientes en espera de observación (los del propio SUH, no aquellos que se encuentren en el Área de Consultas ingresados como periféricos de distintas especialidades en espera de cama en planta). Esta cifra se comparará con el número de puestos de Observación (camas + sillones) que deba tener el centro (el 15% de la media de pacientes por día).
3. *Porcentaje de incremento en número de ingresos urgentes* sobre la media de ese mismo día de la semana en el año anterior.

FASE I

Activación: Hasta el 10% de incremento del primer criterio durante cinco días consecutivos más al menos uno de los criterios restantes hasta un incremento del

15%.

Medidas: En esta situación no se emplearán recursos extraordinarios, se aplicará el Plan de Alta Frecuentación con las medidas ya enunciadas de vigilancia y control de la actividad en el conjunto del centro y las emitidas por el Plan de Mejora del PAUE.

FASE II

Activación: Entre el 10% y el 25% de incremento del primer criterio durante cinco días consecutivos más uno o más de los criterios restantes siempre que su incremento se encuentre entre el 15% y el 30%.

Medidas: En esta situación, junto con la puesta en marcha al máximo de todas las medidas del Plan de Alta Frecuentación, se debe:

- Analizar los recursos humanos, adaptándolos a las franjas horarias de mayor frecuentación, tanto en el Área de Consultas como en el Área de Observación (camas y sillones).
- Aumentar la disponibilidad de camas por parte de los diferentes servicios (disminución de estancias medias, etc.)

FASE III

Activación: A partir del 25% de incremento del primer criterio durante cinco días consecutivos más uno o más de los criterios restantes siempre que superen un incremento del 30%.

Medidas: El hospital entero debe volcarse de forma intensiva para corregir la situación. En esta situación, junto con la puesta en marcha, al máximo, de todas las medidas del Plan de Alta Frecuentación, se debe:

- Analizar los recursos humanos sobre la base de los incrementos, tanto en las consultas de urgencias como en observación.
- Aumentar la disponibilidad de camas de forma importante por parte de los diferentes servicios (disminución de estancias medias, actividad programada, etc.)

5. ACTUACIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Ante el presumible incremento de la demanda asistencial en consulta, domicilio y urgencias y de las altas precoces hospitalarias y teniendo que atender la demanda de asistencia no demorable, es necesaria la elaboración de estrategias de organización de los equipos de Atención Primaria.

El Plan de Alta Frecuentación debe tener una adaptación local de cada Distrito, ya que ni los recursos disponibles (estructurales y de equipamiento), ni la dispersión geográfica y gestión de la demanda de los centros, ni la población a la que atiende es equiparable de un Distrito a otro. Por ello, aquí marcaremos las líneas generales que debe contemplar el Plan de Alta Frecuentación de cada Distrito.

Las acciones que debemos plantearnos deben ser coherentes con los recursos disponibles, la distribución de los mismos, con una adecuada respuesta, tendiendo a la máxima resolución de casos en el primer nivel asistencial y maximizar la mejor coordinación con el resto del sistema sanitario.

5.1 Medidas Generales.

- Elaboración en el Distrito/AGS del PAF para los Centros de Salud/Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias (SCCU) de Atención Primaria.
- Consenso con los Centros de Salud/SCCU de los protocolos de actuación hospitalaria para los procesos más comunes en picos estacionales.
- Definición de los niveles de aplicación del Plan de Alta Frecuentación y las acciones a desarrollar.

5.2 Difusión a la Población.

- Informar a la población de la localización, horarios y dotación de los distintos Centros de Salud/SCCU.
- Informar sobre la utilización racional de los recursos asistenciales.
- Difusión, a través de los medios de comunicación social, de consejos sanitarios sobre las patologías que producen los incrementos de la demanda.

5.3 Coordinación.

- Coordinación de las derivaciones del 061-SCCU.
- Interconsulta telefónica con el hospital desde el CS-SCCU en los casos que se plantee derivación y no esté incluido en protocolo, o bien para aclaración de dudas diagnóstico-terapéuticas.
- Coordinación a través de Salud Responde/Centro Coordinador provincial de altas hospitalarias para seguimiento por el EBAP/SCCU, según horario.

5.4 Actuaciones en el Centro.

- Adecuación de las estructuras organizativas y los recursos en base al aumento de la frecuentación.
- Aumentar el grado de resolución del EBAP y del Servicio de SCCU, tanto del Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) como de los Equipos Movilizables (EM), y derivar al hospital lo estrictamente necesario, de acuerdo con los protocolos de derivación.
- Aumento de Consultas asistenciales a demanda en centros y a domicilio. Disminución de la actividad programada, excepto el seguimiento de embarazos, metabolopatías, vacunas y control anticoagulación que se puedan espaciar. Disminución de la consulta administrativa: se organizarán las Unidades de Atención Ciudadana para evitar tareas administrativas de los profesionales asistenciales.
- Utilización de las salas de observación sillones de los SUAP, donde las haya.

5.5 Actuaciones en Domicilio.

- Potenciación de la Atención Domiciliaria de Enfermería: Se intensificará el potencial de atención domiciliaria en todos los Equipos de Atención Primaria, valorando el papel que pueden desarrollar los profesionales de Enfermería (Enfermeras Gestoras de casos, Enfermeras de Familia) como equipos avanzados de atención domiciliaria para información al paciente y su familia y para valoración inicial que permita filtrar la atención.

6. FASES DE APLICACIÓN DEL PLAN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Las fases de aplicación del Plan se basan en tres criterios generales:

1. Porcentaje de incremento del número de urgencias que acuden al Centro de Salud y al SUAP.
2. Porcentaje de incremento del número de pacientes que solicitan atención domiciliaria o fuera del Centro, tanto del Centro de Salud como de los EM.
3. Porcentaje de incremento en las derivaciones al hospital desde el SUAP.
4. Porcentaje de incremento en las derivaciones al hospital en los EM.

FASE I

Activación: Hasta el 10% de incremento del primer criterio durante cinco días consecutivos más uno o más de los criterios restantes hasta un incremento del 15%.

Medidas: En esta situación no se emplearán recursos extraordinarios, sino que se aplicará el PAF contemplado por la Comisión de seguimiento prevista.

FASE II

Activación: Entre el 10% y el 25% de incremento del primer criterio durante cinco días consecutivos más uno o más de los criterios restantes siempre que su incremento se encuentre entre el 15% y el 30%.

Medidas: En esta situación, junto con la puesta en marcha al máximo de todas las medidas del Plan de Alta Frecuentación, se debe:

- Analizar los recursos humanos, considerando las franjas horarias de mayor frecuentación.

FASE III

Activación: A partir del 25% de incremento del primer criterio durante cinco días consecutivos más uno o más de los restantes siempre que superen un incremento del 30%.

Medidas: El Distrito/AGS entera debe volcarse de forma intensiva para corregir la situación. En esta situación, junto con la puesta en marcha, al máximo, de todas las medidas del Plan de Alta Frecuentación, se debe:

- Analizar los recursos humanos en función del aumento de frecuentación en las consultas del EBAP, de los SUAP y de los EM.
- Incrementar las áreas de atención, tanto de consulta como de observación sillones.
- Incrementar el número de horas de consultas diarias para aumentar la oferta de consultas ante la mayor demanda de la población.

7. CONCLUSIONES

El objetivo final de la activación del PAF es dar respuesta al incremento de necesidades en salud que presenta la población, aumentar la calidad asistencial de la atención a los pacientes y su satisfacción.

ANEXO I

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA HOSPITALES. ITEMS A RECOGER EN LOS SUH

HOSPITAL:	FECHA:
URGENCIAS ATENDIDAS	NÚMERO
<i>URGENCIAS TOTALES EN EL DÍA</i>	
OCUPACIÓN DE OBSERVACIÓN	NÚMERO
<i>CAMAS OCUPADAS + SILLONES OCUPADOS + PACIENTES EN ESPERA DE OBSERVACIÓN</i>	
INGRESOS URGENTES	NÚMERO
<i>INGRESOS URGENTES TOTALES EN EL DÍA</i>	

Nº de urgencias atendidas: Nº de pacientes que acudieron al Servicio de urgencias en el plazo de 24 horas.

Ocupación del Área de Observación: Nº de pacientes que ocupan puestos de Observación (camas o sillones), tanto los propios de esta área como los periféricos que se encuentren en espera de planta, más los que se encuentran en estado de “espera de observación” en el Área de Consultas.

Nº de Ingresos urgentes: Nº de pacientes atendidos en urgencias e ingresados en el plazo de 24 horas.

ANEXO II

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA ATENCIÓN PRIMARIA. ITEMS A RECOGER EN LOS SCCU

En el presente año, en relación con el Plan de Alta Frecuentación por Frío, los Distritos sólo enviarán información a la Subdirección de Coordinación Asistencial cuando se pase de la Fase I a la II o la III.

HOSPITAL:	FECHA:
URGENCIAS ATENDIDAS EN EL SUAP	NÚMERO
<i>URGENCIAS TOTALES EN EL DÍA</i>	
ATENCIÓNES EN DOMICILIO O VÍA PÚBLICA	NÚMERO
<i>ACTIVACIONES EN DOMICILIO EN EL DÍA</i>	
DERIVACIONES AL HOSPITAL	NÚMERO
<i>DERIVACIONES AL HOSPITAL DESDE EL SUAP</i>	
<i>DERIVACIONES AL HOSPITAL DESDE EL EM</i>	

Nº de urgencias atendidas: Nº de pacientes que acudieron al SUAP en el plazo de 24 horas.

Activaciones en domicilio: Nº de pacientes que han solicitado atención en domicilio al Centro Coordinador en el plazo de 24h.

Nº de derivaciones realizadas desde el SUAP: Nº de pacientes derivados al hospital desde el SUAP y registrados en DIRAYA en el plazo de 24 horas (no registrados en HCDM).

Nº de derivaciones realizadas desde el Equipo Movilizable: Nº de pacientes derivados al hospital desde el EM y registrados en HCDM en el plazo de 24 horas.