

1. Disposiciones generales

CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

Acuerdo de 23 de noviembre de 2021, del Consejo de Gobierno, por el que se toma conocimiento del informe de la Consejería de Salud y Familias sobre el Plan de Alta Frecuentación 2021/2022.

El Estatuto de Autonomía para Andalucía establece como uno de los objetivos básicos de la Comunidad Autónoma, en su artículo 10, la consecución del pleno empleo estable y de calidad en todos los sectores de la producción, con singular incidencia en la salvaguarda de la seguridad y salud laboral, la conciliación de la vida familiar y laboral. Igualmente, en su artículo 22, garantiza el derecho constitucional previsto en el artículo 43 de la Constitución Española a la protección de la salud. El artículo 36 establece la obligación de todas las personas de colaborar en situaciones de emergencia. En su artículo 55.2, establece que corresponde a la Comunidad Autónoma la competencia compartida en la ordenación y la ejecución de las medidas destinadas a preservar, proteger y promover la salud pública en todos los ámbitos.

La Organización Mundial de la Salud, declaró la emergencia en salud pública de importancia internacional y la pandemia global ante la situación del coronavirus COVID-19, con fechas 30 de enero y 11 de marzo de 2020, respectivamente. Hacer frente a esta emergencia ha requerido adoptar una serie de medidas orientadas a proteger la salud y seguridad de la ciudadanía, contener la progresión de la enfermedad y reforzar el sistema de salud pública. Se trata de medidas de contención extraordinarias que se establecen por las autoridades de salud pública. Andalucía cuenta con un sólido Sistema de Vigilancia Epidemiológica desde el que se realiza una monitorización exhaustiva y permanente de todos los casos.

La situación epidemiológica actual de nuestra Comunidad Autónoma viene caracterizada por la evolución de la pandemia SARS-CoV2 en la población. Si bien la situación actual es menos compleja que el año pasado gracias al alto porcentaje de vacunación o inmunización natural que tiene la población de la Comunidad. No obstante, se mantiene cierto grado de incertidumbre y hay que ser cautos, por ello es necesario prever, como ya se hizo en el año 2020, la posible confluencia en el tiempo invernal entre el coronavirus SARS-CoV2 y el virus de la gripe, esta confluencia puede favorecer la aparición de situaciones asistenciales, donde haya una mayor demanda y un incremento de complejidad de los pacientes asistidos, teniendo también en cuenta la descompensación de la patología crónica por otros virus respiratorios.

En virtud de ello ha sido necesario la elaboración de un Plan de Alta Frecuentación 2021-2022, en adelante PAF, que contemple la situación referida y no relajar medidas frente a la gripe.

Para la definición del PAF, la Consejería de Salud y Familias ha creado una Comisión de alta frecuentación Gripe/COVID 2021-2022 que marca las líneas estratégicas a desarrollar e impulsar, al igual que se organizó el año pasado. El PAF estará en disposición de ser implementado en cualquier momento, si bien está diseñado específicamente para el escenario previsto en otoño 2021 e invierno 2022. Su activación y seguimiento, cuando sea necesario, debe ser capitaneada por los Equipos de Dirección de los Distritos, Áreas y Hospitales, siendo de capital importancia la implicación de las respectivas Gerencias en su desarrollo y en la adaptación de éste en las distintas unidades que de ellos dependen.

El PAF persigue la puesta en marcha de actuaciones que afecten 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 asistencial con la puesta en marcha de las medidas necesarias fundamentalmente a nivel de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH), las unidades de cuidados intensivos (UCI),

las unidades de hospitalización (sobre todo Medicina Interna y Neumología), unidades diagnósticas, unidades de Medicina Preventiva y Salud Pública, unidades de Prevención de Riesgos Laborales, los equipos de atención primaria (EBAP) y los servicios de urgencias de atención primaria (SUAP).

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.

Por todo ello, teniendo en cuenta la situación de emergencia sanitaria declarada por la OMS y la repercusión que la puesta en marcha del PAF tiene en el Sistema Sanitario Público de Andalucía y en los usuarios del mismo, se considera oportuno y conveniente que el informe que se ha realizado sobre el PAF sea conocido por parte del Consejo de Gobierno.

En su virtud, de conformidad con el artículo 27.23 de la Ley 6/2006, de 24 de octubre, del Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía, a propuesta del Consejero de Salud y Familias, y previa deliberación, el Consejo de Gobierno en su reunión del día 23 de noviembre de 2021,

A C U E R D A

Tomar conocimiento del informe de la Consejería de Salud y Familias sobre el Plan de Alta Frecuentación 2021/2022.

Sevilla, 23 de noviembre de 2021

JUAN MANUEL MORENO BONILLA

Presidente de la Junta de Andalucía

JESÚS RAMÓN AGUIRRE MUÑOZ

Consejero de Salud y Familias



PLAN DE ALTA FRECUENTACIÓN Andalucía 2021/2022

DIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA Y RESULTADOS EN SALUD
SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN SANITARIA

1

1. ANÁLISIS DE SITUACIÓN.

La situación epidemiológica actual de nuestra Comunidad Autónoma viene caracterizada por la evolución de la pandemia SARS-CoV2 en la población. Si bien la situación actual es menos compleja que el año pasado gracias al alto % de vacunación que la comunidad ha conseguido. A fecha 9 de noviembre el 93,9% de la población, tiene vacunación completa, al menos una dosis o está inmunizada no vacunada. No obstante, mantenemos cierto grado de incertidumbre y siendo cautos tenemos que prever como ya lo hicimos el año anterior su posible confluencia en el tiempo con la incidencia del virus de la gripe en la época invernal, esta confluencia puede favorecer la aparición de situaciones asistenciales, donde haya una mayor demanda y un incremento de complejidad de los pacientes asistidos, teniendo también en cuenta la descompensación de la patología crónica por otros virus respiratorios. Es por ello necesario la elaboración de un Plan de Alta Frecuentación específico para el otoño e invierno 2021-2022 que contemple esta situación; y no relajar medidas frente a la Gripe a pesar de lo ocurrido en el otoño-invierno 2020-2021. Según datos del Instituto de Salud Carlos III, hasta el 4 de abril 2021 se habían comunicado 12 detecciones centinelas gripe frente a los 2.543 centinelas declarados en la misma fecha del año 2020

Todo ello requiere del ajuste de mecanismos de planificación y coordinación que hagan frente al posible incremento de actividad y de complejidad (tal como lo planteamos el año pasado), tanto en el ámbito Hospitalario como en el de la Atención Primaria para evitar, en la medida de lo posible, situaciones como las siguientes:

- Aumento de contagio de ambas patologías en la población y en trabajadores del SSPA. Continuamos considerando la protección/prevención como objetivo primordial.
- 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 normalmente se ven muy frecuentadas, tanto por pacientes con criterios de ingreso en las mismas como por aquéllos que se encuentran en espera de una cama de hospitalización convencional.
- Saturación de las Unidades de Cuidados Intensivos, de los puestos con respirador y de las plantas de hospitalización, sobre todo Medicina Interna y Neumología.
- Alteración en la actividad programada del hospital (quirófanos, hospital de día, consultas externas, pruebas diagnósticas...) y de los centros asistenciales de atención primaria (programas de prevención, promoción de la salud, seguimiento de crónicos complejos, cirugía menor...).
- 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*

PAF GRIPE y COVID19 2021-2022





Servicio Andaluz de Salud
Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Familias

como a domicilio.

- Desprotección de poblaciones vulnerables y usuarios de residencias sociosanitarias.
- La sensación de descontrol que, amplificadas desde otras esferas del propio centro y desde los medios de comunicación, se transmite a la ciudadanía cuando estas circunstancias se mantienen en el tiempo.

Todas estas medidas se plantearon en el plan de Alta Frecuentación 2020-2021 y que consideramos mantener en el plan de este año.

2

El Plan de Alta Frecuentación (PAF) persigue la puesta en marcha de actuaciones que afecten 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 asistencial con la puesta en marcha de las medidas necesarias fundamentalmente a nivel de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH), las unidades de cuidados intensivos (UCI), las unidades de hospitalización (sobre todo Medicina Interna y Neumología), unidades diagnósticas, unidades de Medicina Preventiva y Salud Pública, unidades de Prevención de Riesgos Laborales, los equipos de atención primaria (EBAP) y los servicios de urgencias de atención primaria (SUAP).

Para la definición del PAF, la Consejería de Salud y Familias ha creado una Comisión de alta frecuentación GRIPE/COVID 2021-2022 que marcará las líneas estratégicas a desarrollar e impulsar, al igual que se organizó la temporada pasada. **El PAF estará en disposición de ser implementado en cualquier momento, si bien está diseñado específicamente para el escenario previsto en otoño 2021 e invierno 2022.** Su activación y seguimiento, cuando sea necesario, debe ser capitaneada por los Equipos de Dirección de los Distritos, Áreas y Hospitales, siendo de capital importancia la implicación de las respectivas Gerencias en su desarrollo y en la adaptación de éste en las distintas unidades que de ellos dependen.

El PAF, por tanto, deberá estar en plena capacidad operativa y debidamente coordinado en todo momento, si bien hay que tener una vigilancia especial en los meses de otoño e invierno (1 de octubre a 31 de marzo).

2. OPERATIVIZACIÓN DEL PLAN.

- Se establecerán medidas y protocolos de actuación por servicio y ámbito, del hospital y del distrito en su conjunto, así como de la relación y actuación interniveles hospital-atención primaria y EPES.
- Definir de igual forma la estructura de hospitalización domiciliar que ayudará a evitar los ingresos hospitalarios y al trabajo en red con atención primaria y sociosanitario.
- Definir y planificar el modelo de prestación sanitaria y forma de trabajo en el ámbito sociosanitario, donde se definan los circuitos de trabajo entre el ámbito sociosanitario y el de atención primaria y hospitalaria.
- Determinar las necesidades de equipos de protección individual y/o medidas de protección, así como mantener un estocaje para un mínimo de seis meses.
- Determinar las necesidades de respiradores, y establecer un estocaje que nos permita dar respuesta asistencialmente en situación de desbordamiento de UCIs.
- Establecer sistemas de comunicación para los profesionales y la ciudadanía (Salud Responde, Cartelería, Redes Sociales...).
- Se recuerda la necesidad de observar rigurosamente la formación, normativa e instrucciones relativas a la Prevención de Riesgos Laborales de los profesionales relativos al manejo de contactos con pacientes sospechosos o positivos al Covid-19, adicionalmente a la aplicación de los protocolos vigentes del Ministerio de Sanidad.

PAF GRIPE y COVID19 2021-2022

- Incidir en la vacunación de gripe y antineumocócica en las poblaciones diana al igual que en la temporada 2020-2021.
- Seguir las indicaciones vigentes relativas a la vacunación Covid19. Con especial atención a las actualizaciones del Ministerio de Sanidad del Gobierno de España
- **Se debe informar de las medidas acordadas a la Representación Legal de los Trabajadores.**

3

2.1 Atención Hospitalaria.

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 de los procedimientos clínicos de manejo de pacientes de Covid-19 elaborados por el Ministerio de Sanidad (de atención pediátrica, en urgencias, en atención hospitalaria, en unidades de cuidados intensivos, de la embarazada y recién nacido...), de las medidas puestas en marcha por la Consejería de Salud y Familias junto con el Servicio Andaluz de Salud (medidas generales, procedimiento de gestión social, actuación en centros residenciales de mayores y otros centros sociosanitarios asimilados, atención a víctimas de violencia de género...) y del Plan de Mejora de los SUH elaborado y difundido por el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias (PAUE).

El PAF en Atención Hospitalaria debe tener en cuenta actuaciones a varios niveles: el SUH, UCI, plantas de hospitalización (Medicina Interna, Neumología...) y el resto de los 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. Tener en cuenta un plan de contingencia para dar respuesta al aumento de casos Covid-19 y la reordenación de la hospitalización por complejidad y necesidad de aislamientos.

La adaptación local y difusión del PAF debe correr a cargo de la Comisión de Dirección del centro y sus correspondientes Unidades, debiendo plasmarse en un documento escrito que debe ser enviado a la Subdirección de Gestión Sanitaria.

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, teniendo en cuenta las directrices de los procedimientos clínicos de manejo de pacientes de Covid-19 elaborados por el Ministerio de Sanidad (de atención pediátrica, en urgencias, en atención primaria, en el domicilio, de la embarazada y recién nacido...), de las medidas puestas en marcha por la Consejería de Salud y Familias junto con el Servicio Andaluz de Salud (medidas generales, procedimiento de gestión social, actuación en centros residenciales de mayores y otros centros sociosanitarios asimilados, atención a víctimas de violencia de género...).

- EL PAF en Atención Primaria contempla la detección rápida de pacientes contagiados con Covid-19 y sus contactos, el aislamiento domiciliario si es necesario, su seguimiento activo telefónico o domiciliario, tanto a nivel sanitario como social, el control de brotes si se producen, **la gestión de casos y contactos Covid-19 de en los centros escolares y en centros residenciales**, la vigilancia de la frecuentación en los centros de salud y servicios de urgencias debido sobre todo a la incidencia estacional de la gripe y en caso de que se produzca un incremento importante de la demanda asistencial, en consulta, en urgencias o en domicilio, llevar a cabo la implantación de medidas de reorganización funcional o de refuerzo de recursos para una atención eficiente. **Se deben garantizar en todo momento los circuitos de patología**

PAF GRIPE y COVID19 2021-2022



Servicio Andaluz de Salud
Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Familias

respiratoria diferenciados del resto de circuitos, tal como se viene realizando desde el inicio de la pandemia.

Los centros de Atención Primaria han de adecuar su funcionamiento y estructura en caso de activación del PAF para mejorar la resolución con sus medios, intentando disminuir los desplazamientos para evitar contagios, utilizando la vía telefónica en los casos para los que está indicada o las visitas a domicilio, prestando una especial vigilancia a los colectivos vulnerables y derivando al hospital sólo lo que no pueda ser resuelto en este nivel.



La adaptación local y difusión del PAF debe correr a cargo de la Comisión de Dirección del centro y sus correspondientes Unidades y plasmarse en un documento escrito que debe ser enviado a la **Subdirección Coordinación de Salud**.

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 Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH).

Las patologías prevalentes para vigilar en el período de tiempo en cuestión son, fundamentalmente, insuficiencia respiratoria ocasionada por el Covid-19, 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 mantener los circuitos asistenciales creados desde el inicio de la pandemia, 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.

En función de la experiencia de cada centro en el periodo de alta frecuentación del año pasado, deben definirse exactamente los recursos de personas y estructura que habitualmente funcionan en la Unidad y aquéllos que serían necesarios para adecuar la actividad a los circuitos existentes y a la frecuentación previsible, que ya desde los meses de verano estamos observando un incremento importante en comparación con el verano del año 2020. En ese sentido es primordial el abordaje de zonas de ampliación a nivel de sus tres áreas (Clasificación, Consultas y Observación, tanto camas como sillones) con zonas de aislamiento y la necesidad de recursos humanos para su cobertura.

3.1.B. Protocolos de actuación.

Mantener actualizados los protocolos usados la temporada anterior y modificar las deficiencias observadas a nivel local. Estos protocolos de actuación consensuados con el resto de Unidades Asistenciales es uno de los puntos fundamentales del PAF, siendo además fundamental la difusión a todas las unidades y todos los profesionales del centro. Su elaboración permite, en las patologías más prevalentes, adecuar la práctica clínica a las últimas evidencias en un marco de eficiencia y definir no sólo 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 los circuitos de patología respiratoria diferenciada del resto de circuitos.
- 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.



- 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.

6

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

Todas estas medidas cuyo objetivo es AUMENTAR la capacidad de resolución son pilar fundamental para ofrecer una asistencia de calidad en las Urgencias Hospitalarias y evitar situaciones de colapso de los recursos. Deben ser medidas dinámicas y en continua revisión.

3.2. Actuaciones en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

- Definir lugar de asistencia y atención en UCI: box de aislamiento o medidas a tomar para tal fin en esta ubicación. Teniendo en cuenta en función de pacientes Covid-19/Gripe la ampliación a las unidades de URPA, reanimación y quirófanos que se habían habilitado para la atención de pacientes Covid-19. Dado que esto ya se realizó el otoño-invierno 2020-2021, si es preciso implementarlo, cada centro llevará a cabo su plan realizado.
- Realizar la actividad al completo en función de la disponibilidad estructural y de profesionales.
- Disponer de la capacidad, incluida la dotación de personal, para ampliar el número de pacientes tratados en UCI en caso de ser necesario.
- Determinar las necesidades de respiradores y comprobar su correcto funcionamiento. Durante estos 18 meses de evolución de la pandemia se ha realizado un esfuerzo en este equipamiento, lo que hace que la situación de partida actual es muy diferente a la de años previos, no obstante, deben realizarse la revisión de las necesidades.
- Establecer medidas de acompañamiento de los pacientes en situaciones de mal pronóstico inmediato, evitando la soledad de los pacientes, si la situación clínica y epidemiológica lo permite.
- Continuar con la información telefónica/presencial a los familiares de los pacientes ingresados en función de lo que marque la situación epidemiológica.

3.3. Actuaciones en Plantas de Hospitalización.

- Definir lugar de asistencia y atención de los pacientes en hospitalización y su ubicación: habitación, ala y planta en función del número de pacientes que precisen atención y/o aislamiento en función de ser Covid-19 o no Covid-19. Mantenimiento de esta actuación puesta en marcha con el inicio de la pandemia.
- Se tendrá en cuenta la disponibilidad de habitaciones para el ingreso de pacientes Covid19/Gripe, en aislamiento individual o por cohortes.
- Se reordenará la hospitalización por complejidad para la atención y cuidados del paciente.
- Trabajar en las altas tempranas de los pacientes hospitalizados cuya patología lo permita, así como ajustar al máximo la estancia media.
- Evitar el trasiego de pacientes y familiares por los pasillos, restringiendo y controlando las



visitas.

- Recomendar el acompañamiento en situación de final de vida y otras condiciones especiales en unidades de corta estancia y hospitalización, preferiblemente en habitación individual siempre que sea posible.
- Continuar con la información telefónica/presencial a los familiares de los pacientes ingresados en función de lo que marque la situación epidemiológica.

7

3.4. Actuaciones en el conjunto del Hospital.

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

- 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 Medicina Preventiva y los Responsables de Admisión de centro. En estas reuniones, además de analizar la situación en ese momento del Hospital, se deben adoptar las medidas necesarias para evitar el colapso de Urgencias y UCI 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 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; no preferente y no oncológica; del centro, en caso de necesidad, adecuando esta medida a la presión de urgencias existente y al índice de ocupación de camas.
- 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 o en hospitalización domiciliaria, coordinado con atención primaria a través de enfermeras gestoras de casos.
- Uso de ambulancias colectivas con planificación de los horarios de alta previsible para agilizar la disponibilidad del transporte y de la cama. Optimización de este recurso, evitar el alta en ambulancia de aquellos pacientes cuya situación clínica no lo haga estrictamente necesario.
- Incremento del número diario de consultas preferentes destinadas a pacientes remitidos desde el SUH, que así lo precisen.
- Implementación del procedimiento de gestión social. Puesta al día del censo de recursos sociales en colaboración con el personal de Trabajo 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 EPES 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.
 - Coordinación con atención primaria, priorizando las actuaciones por vía telemática, evitando desplazamiento de pacientes hacia el hospital, siempre y cuando éste no se considere necesario.
 - Atención asistencial a los centros sociosanitarios que lo requieran conjuntamente con atención primaria y servicios sociales.

8

3.5. 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 y Neumología, 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.

Mantenemos las fases de aplicación del otoño-invierno 2020-2021 dado que continuamos en periodo de Pandemia SARS CoV2 iniciado en Marzo 2020.

Para la definición del PAF la Consejería de Salud y Familias ha creado una comisión de alta frecuentación GRIPE/COVID 2021-2022 que marcará las líneas estratégicas a desarrollar y poner en marcha. Entre ellas, la monitorización de los datos a tiempo real y de la situación de cada uno de los centros públicos y privados tanto del ámbito de primaria como hospitalario, en ocupación y en datos epidemiológicos para la toma de decisiones; para definir en base a estos datos, los criterios de aplicación del PAF y de activación de sus distintas fases.

Las recomendaciones del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias para la estrategia de transición Covid-19 incluyen la disponibilidad inmediata/acceso, en caso de necesidad, del doble de camas de UCIs respecto de la capacidad pre-Covid-19 e identificación de espacios que permitan un incremento de hasta el triple de la capacidad pre-Covid-19. Esto hace necesaria la previsión de adecuación de otras actividades programadas en función de la disponibilidad de recursos.

Las fases de aplicación del Plan se basan en criterios epidemiológicos, de ocupación del Área de Observación, de la UCI y de hospitalización, de la frecuentación en urgencias y del porcentaje de pacientes atendidos que se ingresan en hospitalización.

CRITERIOS DE APLICACIÓN

1. *Número de pacientes ingresados en camas de hospitalización convencional por Covid-19*

PAF GRIPE y COVID19 2021-2022



Servicio Andaluz de Salud
Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Familias

2. *Número de pacientes ingresados en hospitalización convencional por cualquier causa noCovid-19*
3. *Porcentaje de ocupación total de camas de hospitalización convencional*
4. *Número de pacientes ingresados en camas de UCI con respirador por Covid-19*
5. *Número de pacientes ingresados en camas de UCI con respirador por cualquier causa noCovid-19*
6. *Número de pacientes ingresados en camas de UCI sin respirador por Covid-19*
7. *Número de pacientes ingresados en camas de UCI sin respirador por cualquier causa noCovid-19*
8. *Porcentaje de ocupación total de camas UCI*
9. *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*
10. *Porcentaje de incremento del número de pacientes que se encuentran en Observación en relación con la media del mismo día de la semana en el año anterior*
11. *Porcentaje de incremento en número de ingresos hospitalarios desde urgencias sobre la media de ese mismo día de la semana en el año anterior*

9

FASE 0

☒ **Activación:**

- ☒ Porcentaje de pacientes Covid-19 ingresados en hospitalización y UCI menor del 5% de camas disponibles.
- ☒ Incremento menor del 10% en el porcentaje del número de urgencias (incluye tanto la patología Covid19 como la patología no Covid19, así como la patología crónica descompensada por virus respiratorios) que acuden al hospital durante tres días consecutivos.

☒ **Medidas:**

- ☒ Se activarán las reuniones de la Comisión de seguimiento creadas por la Dirección del Centro con la periodicidad que se considere necesaria.
- ☒ 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.

FASE I

☒ **Activación:**

- ☒ Porcentaje de pacientes Covid-19 ingresados en hospitalización y UCI entre el 5% y el 25% de camas disponibles.
- ☒ Incremento del 10% en el porcentaje del número de urgencias (incluye tanto la patología Covid19 como la patología no Covid19, así como la patología crónica descompensada por virus respiratorios) que acuden al hospital durante tres días consecutivos y/o un incremento del 15% en el porcentaje de pacientes que pasan a observación y/o ingresan.

☒ **Medidas:**

- ☒ Se realizarán las reuniones diarias de la Comisión de seguimiento creadas por la Dirección del Centro.
- ☒ Se activarán todos los protocolos de actuación consensuados con el resto de las unidades asistenciales hospitalarias.
- ☒ Se pondrán en marcha la coordinación y los protocolos interniveles hospital-





- primaria-EPES.
- ☒ 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 o en hospitalización domiciliaria, coordinado con atención primaria a través de enfermeras gestoras de casos
 - ☒ En esta situación no se emplearán recursos extraordinarios, se reorganizarán los circuitos de urgencias.

10

FASE II**☒ Activación:**

- ☒ Porcentaje de pacientes Covid-19 ingresados en hospitalización y UCI entre el 25% y el 50% de camas disponibles.
- ☒ Incremento entre el 10% y el 25% en el porcentaje del número de urgencias (incluye tanto la patología Covid19 como la patología no Covid19, así como la patología crónica descompensada por virus respiratorios) que acuden al hospital durante tres días consecutivos y/o un incremento entre el 15% y el 30% en el porcentaje de pacientes que pasan a observación y/o ingresan.

☒ Medidas:

- ☒ Puesta en marcha al máximo de todas las medidas contempladas en el Plan de Alta Frecuentación y además de las activadas en la fase I:
- ☒ Aumentar la disponibilidad de camas por parte de los diferentes servicios (disminución de estancias medias, etc.).
- ☒ Disminución / suspensión de la actividad programada del centro, en caso de necesidad, adecuando esta medida a la presión de urgencias existente y al índice de ocupación de camas.
- ☒ 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.
- ☒ Suspensión de la actividad quirúrgica que no sea urgente u oncológica.
- ☒ Analizar los recursos humanos, adaptándolos a las franjas horarias de mayor frecuentación en Urgencias, necesidades de UCI y otras áreas adaptadas y de plantas de hospitalización.

FASE III**☒ Activación:**

- ☒ Porcentaje de pacientes Covid-19 ingresados en hospitalización y UCI superior al 50% de camas disponibles.
- ☒ Incremento superior al 25% en el porcentaje del número de urgencias (incluye tanto la patología Covid19 como la patología no Covid19, así como la patología crónica descompensada por virus respiratorios) que acuden al hospital durante tres días consecutivos y/o un incremento superior al 30% en el porcentaje de pacientes que pasan a observación y/o ingresan.

☒ 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, adaptándolos a las franjas horarias de mayor frecuentación en Urgencias, necesidades de UCI y otras áreas adaptadas y de





Servicio Andaluz de Salud
Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Familias

-
- plantas de hospitalización.
- ☒ Reorientar a todos los profesionales a las áreas más necesitadas (Urgencias, UCI, Medicina Interna, Neumología...).



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, así como la posibilidad de un rebrote de casos Covid-19, 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/AGS, 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/AGS a otra. 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.

12

5.1 Medidas Generales.

- Establecer, de manera habitual, un calendario de reuniones entre el Equipo de Dirección y los directores de unidades asistenciales, servicio de Epidemiología y de Farmacia para actualizar la información disponible y sincronizar medidas de respuestas adaptadas a la situación real en cada momento.
- Adaptación en el Distrito/AGS del PAF para los Centros de Salud/Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP).
- Consenso entre los Centros de Salud y los SUH de los protocolos de actuación hospitalaria para los procesos más comunes en picos estacionales y ante el Covid-19 (procedimientos existentes)
- Definición de las acciones a desarrollar según los niveles de aplicación del Plan de Alta Frecuentación.
- Priorizar la vacunación Covid-19 a usuarios aún no vacunados con indicación para la misma, y la vacunación de gripe y antineumocócica en las poblaciones diana.

5.2 Difusión a la Población.

- Informar a la población de la localización, horarios y dotación de los distintos centros sanitarios y puntos SUAP.
- 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.
- Reforzar los consejos de higiene de manos, uso de mascarillas y distancia social entre los usuarios.

5.3 Coordinación.

- Coordinación de las derivaciones SUAP-EPES-SCCU.
- Interconsulta telefónica con el hospital desde el CS-SUAP 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/SUAP, según horario.
- Coordinación con los servicios sociales comunitarios.
- Coordinación con los centros escolares por medio de las enfermeras referentes escolares.



5.4 Actuaciones en el Centro.

- Adecuación de estructuras organizativas y recursos en base al aumento de frecuentación e incidencia de casos sospechosos o confirmados de pacientes con Covid-19.
- Aumentar el grado de resolución del EBAP y 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.
- Optimizar el uso de las consultas telefónicas y telemáticas, especialmente para los casos y contactos Covid-19 que precisen aislamiento o cuarentena domiciliaria.
- Persistencia de los circuitos diferenciados para pacientes con síntomas respiratorios del resto de pacientes. Asegurar la implementación de la consulta de acogida de enfermería en los centros de salud.
- Agendas a demanda de forma presencial de forma escalonada para evitar la aglomeración de pacientes en sala de espera.
- Disminución de la actividad programada, excepto el seguimiento de embarazos, metabolopatías, vacunas establecidas y control anticoagulación que se puedan espaciar, en caso de necesidad.
- Asegurar la implementación del protocolo de desburocratización de la atención primaria y fomentar la colaboración con las Unidades de Atención Ciudadanía para gestionar la demanda administrativa de los usuarios.

5.5 Actuaciones en Domicilio.

- Potenciación de la Atención Domiciliaria: 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 existentes de atención domiciliaria para información al paciente y su familia, y para valoración inicial que permita ofrecer una primera atención.
- Seguimiento de pacientes en aislamiento preventivo, crónicos complejos, inmovilizados, pacientes en riesgo social y todo aquel paciente que necesite asistencia presencial y no pueda o deba desplazarse al centro de salud.

5.6 Actuaciones en Centros Sociosanitarios.

- Seguir el procedimiento establecido por la Consejería de Salud y Familias para la actuación en estos centros, mientras dure la alerta epidemiológica por Covid-19.
- Insistir en la vacunación antigripal y neumocócica.
- Asegurar el cumplimiento de las diferentes actualizaciones de las instrucciones de vacunación Covid-19.
- Mantener las medidas de aislamiento necesarias.
- Insistir en las medidas de protección de residentes y trabajadores.
- Coordinación con los servicios hospitalarios para la asistencia de estos centros y de aquellos dispositivos específicos habilitados para la recepción de pacientes, sobre todo de residencias, mientras esté operativos.



Servicio Andaluz de Salud
Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Familias

6. FASES DE APLICACIÓN DEL PLAN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Para la definición del PAF la Consejería de Salud y Familias ha creado una comisión de alta frecuentación GRIPE/COVID 2021-2022 que marcará las líneas estratégicas a desarrollar y poner en marcha. Entre ellas, la monitorización de los datos a tiempo real y de la situación de cada uno de los centros públicos y privados tanto del ámbito de primaria como hospitalario, en frecuentación y en datos epidemiológicos para la toma de decisiones; para definir en base a estos datos, los criterios de aplicación del PAF y de activación de sus distintas fases.

Las fases de aplicación del Plan se basan en criterios epidemiológicos, de frecuentación en centros, SUAP y atención domiciliaria.

14

CRITERIOS DE APLICACIÓN

1. N.º de casos sospechosos y confirmados de Covid-19
2. N.º de pruebas diagnósticas realizadas para Covid-19
3. N.º de altas hospitalarias por Covid-19 para aislamiento y seguimiento domiciliario
4. Porcentaje de incremento del número de urgencias que acuden al Centro de Salud y al SUAP
5. Porcentaje de incremento del número de pacientes que precisan atención domiciliaria o fuera del Centro, tanto del Centro de Salud como de los EM (equipos móviles)
6. Porcentaje de incremento en las derivaciones al hospital desde el SUAP
7. Porcentaje de incremento en las derivaciones al hospital en los EM

FASE 0

– Activación:

- N.º de pacientes con sospecha o confirmación de Covid-19 en los últimos 14 días menor a tres por equipo médico/enfermera.
- Incremento menor del 10% en el porcentaje del número de urgencias (incluye tanto la patología Covid19 como la patología no Covid19, así como la patología crónica descompensada por virus respiratorios) que acuden al centro de salud y al SUAP durante tres días consecutivos naturales o laborables.

– Medidas:

- Se activarán las reuniones de la Comisión de seguimiento creadas por la Dirección del Centro con la periodicidad que se considere necesaria (a ser posible por videoconferencia).
- 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. Sobre todo, la detección precoz de casos sospechosos y estudio de contactos.



FASE I– **Activación:**

- ☒ N.º de pacientes con sospecha o confirmación de Covid-19 en los últimos 14 días menor a cinco por equipo médico/enfermera.
- ☒ Incremento menor del 10% en el porcentaje del número de urgencias (incluye tanto la patología Covid19 como la patología no Covid19, así como la patología crónica descompensada por virus respiratorios) que acuden al centro de salud y al SUAP durante tres días consecutivos naturales o laborables y uno o más de los incrementos de frecuentación incluidos en los criterios hasta el 15%.

– **Medidas:**

- ☒ Se realizarán las reuniones de la Comisión de seguimiento creadas por la Dirección del Centro diariamente (a ser posible por videoconferencia).
- ☒ 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. Sobre todo, la detección precoz de casos sospechosos y estudio de contactos.

FASE II– **Activación:**

- ☒ N.º de pacientes con sospecha o confirmación de Covid-19 en los últimos 14 días entre cinco y diez por equipo médico/enfermera.
- ☒ Incremento entre el 10% y el 25% en el porcentaje del número de urgencias (incluye tanto la patología Covid19 como la patología no Covid19, así como la patología crónica descompensada por virus respiratorios) que acuden al centro de salud y al SUAP durante tres días consecutivos naturales o laborables y uno o más de los incrementos de frecuentación incluidos en los criterios entre el 15% y el 30%.

– **Medidas:**

- ☒ Además de las implementadas en fases anteriores.
- ☒ Reorganizar las agendas de forma que se dé respuesta a una mayor asistencia telefónica y de atención domiciliaria.
- ☒ Aplicación de los protocolos coordinados con EPES y Servicio de Urgencias Hospitalarios.
- ☒ 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 en centros y SUAP.

FASE III– **Activación:**

- ☒ N.º de pacientes con sospecha o confirmación de Covid-19 en los últimos 14 días superior a 15 por equipo médico/enfermera.
- ☒ Incremento superior al 25% en el porcentaje del número de urgencias (incluye tanto la patología Covid19 como la patología no Covid19, así como la patología crónica descompensada por virus respiratorios) que acuden al centro de salud y al SUAP durante tres días consecutivos naturales o laborables y uno o más de los incrementos de frecuentación incluidos en los criterios que supere el 30%.



Servicio Andaluz de Salud
Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Familias

– **Medidas:**

- El Distrito/AGS entera debe volcarse de forma intensiva para corregir la situación.
- Disminución de la actividad programada, excepto el seguimiento de embarazos, metabolopatías, vacunas establecidas y control anticoagulación que se puedan espaciar, en caso de necesidad.
- Aumento de la capacidad de resolución de los equipos, con derivaciones hospitalarias imprescindibles.
- Fomentar teleconsultas con atención hospitalaria para la resolución de casos.
- Analizar los recursos humanos, considerando las franjas horarias de mayor frecuentación en centros y SUAP.

16

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 ÍTEM 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.

Nº de pacientes con más de 24 h de permanencia en el área de observación.



ANEXO II

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA HOSPITALES ITEMS A RECOGER EN HOSPITALIZACIÓN

INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA: DATOS DE CASOS COVID-19	
Nº de casos confirmados ingresados totales (Corte del día)	
Nº de casos confirmados ingresados en unidades de hospitalización (Corte del día)	
Nº de casos confirmados ingresados en camas de críticos (UCI, REA, etc.) (Corte del día)	
Nº de casos confirmados dados de alta al domicilio (Datos acumulados)	
Nº de casos confirmados dados de alta por defunción (Datos acumulados)	
Nº de profesionales que no acuden al trabajo por aislamiento domiciliario o ingresado por COVID-19 (confirmados o no)	

17

Esta información solicitada podrá variar en función de las indicaciones del Ministerio y/o Consejería de Salud

INFORMACIÓN DE SITUACIÓN DE LA CAPACIDAD ASISTENCIAL						
	Nº de camas disponibles	Nº de camas ocupadas por casos COVID-19 (Confirmados y sospechosos)	Nº de camas ocupadas por casos no COVID-19	Nº de ingresos en las últimas 24 horas (por todas las causas, COVID y no COVID) (de 8:00 a 8:00)	Nº de ingresos por COVID-19 en las últimas 24 horas (Confirmados y sospechosos) (de 8:00 a 8:00)	Nº de altas por COVID-19 en las últimas 24 horas (Confirmados y sospechosos) (de 8:00 a 8:00)
Unidades críticas con respirador						
Unidades críticas sin respirador						
Ingresos en hospitalización convencional (excluye pediatría, UCI y Observación)						
Otros puestos en otros centros no sanitarios (convertidos para la atención a casos COVID-19)						

Esta información solicitada podrá variar en función de las indicaciones del Ministerio y/o Consejería de Salud



Servicio Andaluz de Salud
Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Familias

ANEXO III

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA ATENCIÓN PRIMARIA ÍTEM 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 PACIENTES COVID19 ATENDIDO MÉD-ENF	

18

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.

