



PLAN DE ALTA FRECUENTACIÓN HURS 2023/2024

DIRECCIÓN GERENCIA
HOSPITAL UNIVERSITARIO
REINA SOFÍA

ÍNDICE

ANÁLISIS DE SITUACIÓN.....	- 2 -
OBJETIVOS.....	- 2 -
Objetivos generales:	- 2 -
Objetivos específicos:	- 2 -
Herramientas comunes para alcanzar los anteriores objetivos:	- 3 -
Otras herramientas para el PAF 2023-2024	- 4 -
EJECUCIÓN.....	- 5 -
Actualización de los planes de alta frecuentación (PAF)	- 5 -
Comunicación del PAF	- 8 -
Plan operativo general	- 8 -
Plan Operativo en el Servicio de Urgencias	- 11 -
Plan Operativo en unidades de Hospitalización afectadas por el plan de alta frecuentación	- 12 -
Plan operativo en Servicios Críticos afectados por el plan de alta frecuentación	- 13 -
Plan operativo en Servicios de Soporte afectados por el plan de alta frecuentación	- 15 -
EVALUACIÓN Y REVISIÓN DEL PAF 2023-2024	- 16 -
ANEXOS	- 18 -

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

En los últimos años, el Hospital Universitario Reina Sofía (HURS) ha avanzado en la atención de los pacientes en periodo de alta frecuentación (AF), dirigiendo sus esfuerzos a la atención urgente en el Servicio de Urgencias con una mejoría del flujo de pacientes, tanto en el área de consultas como en el área de Observación.

En esta etapa posterior a la pandemia, 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. Es por ello necesario la elaboración de un Plan de Alta Frecuentación específico para el otoño e invierno 2023-2024 que contemple esta situación; y de igual manera no relajar medidas frente a la Gripe.

El PAF 2023-2024 del HURS entrará en vigor el día 15 de noviembre y finalizará presumiblemente, el 31 de marzo.

OBJETIVOS

Objetivos generales:

- Adecuación de estancias, con consenso en los criterios de hospitalización entre unidades y análisis de las desviaciones con respecto a los estándares de hospitales SAS del mismo grupo.
- Mantener la actividad programada para conseguir mantener los resultados de accesibilidad en lista de espera quirúrgica, pruebas diagnósticas y consultas externas.

Objetivos específicos:

1º. Adecuación de las estancias:

- Revisión de los criterios de ingreso entre las diferentes especialidades y el servicio de Urgencias y difusión de éstos entre los profesionales que atienden el área de Urgencias.
- Adhesión e inclusión de nuevos criterios de ingreso en la unidad de

Hospitalización a domicilio.

- Revisión de los criterios de traslado de todos los centros hospitalarios del área de influencia, teniendo en cuenta la atención básica de pacientes de la zona.
- Revisión de los estándares de estancia media para los principales diagnósticos que puedan requerir atención hospitalaria. Se deberá evaluar, por cada unidad, la información sobre estancias medias comparadas con los hospitales SAS del mismo nivel para análisis de desviaciones y establecer áreas de mejora.
- Previsión del número de camas disponibles en la unidad para estancias no programadas, con planificación de altas suficientes para su atención.

2º. Mantenimiento de la actividad programada:

- Establecer la programación de acuerdo con los recursos disponibles:
 - En el caso de unidades quirúrgicas, quirófanos y camas disponibles;
 - En el caso de áreas de diagnóstico o intervencionismo, disponibilidad de salas de técnicas;
 - Para las unidades médicas, necesidades de estudios diagnósticos que requieran ingreso, priorizando los circuitos necesarios para evitar el ingreso cuando sea posible.
- Optimizar el uso de áreas de Hospital de Día Médico o Quirúrgico, y en su defecto, destinar algún recurso a tales fines cuando el procedimiento y la seguridad del paciente lo permitan.

Herramientas comunes para alcanzar los anteriores objetivos:

- Reordenación de la hospitalización para incrementar la disponibilidad de camas en el hospital general.
- Organización de la actividad de pase de planta:
 - Designar responsable de dicha actividad como dinamizador de la actividad e interlocutor con la dirección en el seguimiento de esta actividad (responsable médico y de enfermería).

- Establecer una franja horaria para el pase, con el fin de facilitar el alta temprana de los pacientes que deban ser dados de alta y coordinación con los cuidados de enfermería necesarios de todos los pacientes.
- Disposición de espacios y tiempos a los profesionales que realicen tal actividad.
- Atención prioritaria de los pacientes ubicados fuera de la unidad para servir a la ordenación hospitalaria.
- Establecer circuitos de comunicación entre servicios que dan soporte o servicios realizadores de pruebas diagnósticas:
 - Criterios de solicitud de pruebas en pacientes hospitalizados con priorización de éstas.
 - Criterios de interconsulta a otras especialidades médicas o quirúrgicas y asignación de responsables para tal efecto.
- Prioridad de prescripción electrónica de toda la medicación de los pacientes y validación de la antibioterapia:
 - Priorizando la vía oral cuando sea posible.
 - Revisión de PROA (Programa de Optimización de Antimicrobianos) /PROVATEM (Programa de validación del tiempo de tratamiento antimicrobianos): con revisión periódica de los validadores según la diligente realización de su labor.

Otras herramientas para el PAF 2023-2024

- Plan de hospitalización domiciliaria: priorización del recurso del dispositivo de hospitalización domiciliaria con tres ámbitos de actuación fundamentales:
 - Atención domiciliaria en la comunidad en pacientes que precisen un soporte hospitalario en los procesos seleccionados por las unidades para este recurso.
 - Administración de antibioterapia domiciliaria: ampliación de los criterios de inclusión en programas de antibioterapia domiciliaria.
- Estrategia de prevención de IRAS coordinada desde Medicina Preventiva con creación de referentes de infecciones, actividades informativas, rondas de seguridad y check-list de verificación para la

prevención de la transmisión de infecciones.

- Abordaje precoz de las necesidades sociales de pacientes frágiles o en situación de vulnerabilidad o riesgo social, mediante la coordinación con la Unidad de Trabajo Social del centro.
- Campaña de vacunación frente a la COVID-19 y la gripe 2023-2024 con el objetivo de mantener la cobertura vacunal frente la gripe en profesionales sanitarios alcanzada durante la campaña anterior.

EJECUCIÓN

La puesta en marcha del PAF requerirá de la preparación e implementación de las medidas propuestas.

En esta preparación, se llevarán a cabo las siguientes medidas para dar a conocer el plan y su puesta en marcha.

Actualización de los planes de alta frecuentación (PAF)

Actualización de los planes de alta frecuentación:

1. Servicios médicos y quirúrgicos

Estos servicios analizarán y prepararán:

- Criterios de ingreso consensuados con Urgencias, incluyendo los criterios de ingreso en Hospitalización a domicilio.
- Preparación del paciente candidato a hospitalización a domicilio desde su admisión.
- Capacidad asistencial:
 - Previsión ingresos programados diarios incluyendo CMA en servicios quirúrgicos.
 - Provisión de camas para ingresos urgentes desde el día anterior.
- Revisión de criterios de aceptación de pacientes de otros hospitales.
- Organización del pase de planta en alta frecuentación incluyendo el fin de semana:
 - Designación de responsable.

- Horario del pase.
- Alta precoz en la medida de lo posible.
- Posibilidad de pase de fin de semana (principalmente, en fechas de mayor ocupación; como plan de contingencia).
- Organización de la información telefónica/presencial a los familiares de los pacientes ingresados.
- Criterios de hospitalización de pacientes en el Hospital Provincial.
- Revisión de criterios de aislamiento por motivos no clínicos.

2. Unidades de Cuidados Críticos

Estos servicios analizarán y prepararán:

- Revisión de su plan de alta frecuentación:
 - Ajuste a número de camas disponibles con plan de desbordamiento
 - Provisión diaria de camas para programación.
- Revisión de criterios de ingreso en UCI: hemodinámico, respiratorio, metabólico-renal y neurológico.
- Revisión de criterios de aceptación de pacientes de otros hospitales.
- Traslados a las Unidades de Cuidados Intensivos de los Centros emisores (teniendo en cuenta sus Carteras de Servicios) antes de finalizar el proceso que requiere hospitalización en la UCI del HURS.
- Identificación antes de las 10 a.m de posibles altas.
- Identificación a primera hora de pacientes pendientes de alguna prueba complementaria para decidir el alta, al objeto de agilizar su realización.
- Protocolos consensuados con especialidades en las que la transferencia del paciente desde UCI a planta precisa de valoración previa por su parte, para agilizar el circuito de salida.
- Protocolos de derivación de pacientes crónicos que precisan cuidados intermedios a áreas específicas: Unidad de ICTUS, Intermedios de CCV, UCRI, UCP.
- Revisar procedimiento de aislamiento en pacientes de riesgo:
 - Preparación plan de mejora de manejo de pacientes en aislamiento:
 - Manejo de antibioterapia.

- Revisión de cultivos.
 - Observación de medidas de aislamiento y prevención de transmisión para pacientes con patología infecciosa, contemplando la posibilidad de aislamiento individual o por cohortes.
 - Actuación en caso de aislamiento de germen resistente.
- Organización de la información telefónica/presencial a los familiares de los pacientes ingresados.
- Criterios de derivación a unidades de atención crítica:
 - Atención de pacientes de 14-18 años en UCI pediátrica.

3. Unidades de soporte:

1. Medicina Preventiva.
2. Microbiología.
3. Radiodiagnóstico.
4. Laboratorio.
5. Farmacia

Estos servicios prepararán un plan de organización para dar respuesta a las necesidades de este periodo:

- Medicina Preventiva: mantener información sobre aislamientos por motivos clínicos y revisión del plan de aislamientos de las unidades a través de rondas de seguridad.
- Microbiología: información de resultados durante las tardes y los fines de semana.
- Radiodiagnóstico: plan de respuesta a la demanda urgente y a las peticiones de hospitalización, cumpliendo los tiempos de respuesta preferente y urgente.
- Análisis clínicos: plan que permita dar prioridad a la urgencia y cumplir los tiempos de respuesta.
- Farmacia: preverá un incremento de la demanda de atención ambulatoria en el área de paciente externo, así como en el proceso de validación de tratamientos prescritos mediante prescripción electrónica.

Comunicación del PAF

Este plan será remitido a los mandos intermedios por correo electrónico desde la Dirección Gerencia:

1. Fecha de comunicación: noviembre de 2023.
2. Objetivo: Dar a conocer los detalles específicos del plan en cada tipo de Servicio y establecer las bases del plan operativo en cada unidad contando con la colaboración de la Dirección Asistencial y de los distintos servicios que impactan en la atención en el Servicio de Urgencias, Hospitalización, Cuidados Críticos y de soporte del HURS.

Plan operativo general

- Puesta en marcha el 15 de noviembre de 2023.
- **Comunicación diaria de la dirección médica y de enfermería con responsables de hospitalización** (preferiblemente) o directores de UGC en su defecto, y gestores de camas de enfermería de las unidades que más impactan en hospitalización además de las unidades de soporte a través del grupo de responsables de Whatsapp (AF a Distancia).
- **Comunicación en reuniones presenciales de la dirección médica y de enfermería con responsables de hospitalización** (preferiblemente) o directores de UGC en su defecto, y gestores de camas de enfermería de las unidades que más impactan en hospitalización además de las unidades de soporte, trabajo social y hospitalización domiciliaria. La cadencia de estas reuniones estará en función de la presión asistencial.
- La información que se deberá aportar en tales reuniones o al grupo de Whatsapp se resumen a continuación:
 1. Admisión aportará la siguiente información:
 - i. Número de pacientes atendidos.
 - ii. Ingresos diarios en Hospitalización.
 - iii. Altas diarias.
 - iv. Pacientes pendientes de recurso social o traslado a otro centro.

- 2. En Unidades con Hospitalización:**
 - i. N° de pacientes programados, y n° de pacientes programados con cama asignada.
 - ii. N° de camas disponibles (reales).
 - iii. N° de camas disponibles estimadas (mañana).
 - iv. N° de pacientes cuyos días de estancia están por encima de la media de su proceso de salud (especificar motivo).
 - v. N° de pacientes periféricos en otras unidades.
 - vi. N° de pacientes COVID, juicio clínico y estancia.
- 3. Urgencias aportará la siguiente información:**
 - i. N° de pacientes en espera en los distintos circuitos asistenciales (Polivalentes, básico, trauma, críticos)
 - ii. N° de pacientes pendientes de entrar en Observación cama/
Tiempo máximo de espera.
 - iii. N° de pacientes en Observación camas / N° de pacientes en Observación con estancia de más de 24 horas.
 - iv. N° de pacientes periféricos en observación/ N° de pacientes periféricos sin cama asignada.
 - v. Incidentes de demoras en pruebas analíticas y en pruebas de imagen.
 - vi. Media de pacientes atendidos en urgencias y media de ingresos en Observación.
- 4. La UGC de Cuidados Intensivos:**
 - i. Ocupación real y prevista a las 15 horas.
 - ii. Entradas y salidas del día.
 - iii. Programación de la semana.
 - iv. Posibles contingencias previsibles.
- 5. Unidades de soporte:**
 - i. Tiempos de respuesta para pruebas.
 - ii. Posibles contingencias previstas para la semana.
- 6. Trabajo social:**
 - i. Situación en la que se encuentra cada caso social comunicando estancia prevista y barreras para el alta hospitalaria.

7. Hospitalización Domiciliaria:

- i. N° de pacientes en seguimiento.
- ii. N° de interconsultas pendientes de contestar.
- iii. N° de pacientes evaluados pendientes de entrar en la Unidad.
- iv. N° de días de estancia de los pacientes incluidos en Hospitalización Domiciliaria.

- **Reuniones de seguimiento con el equipo de guardia:** en periodo de hiperfrecuentación e hiperocupación (nivel III), puede plantearse de nuevo, si la situación lo requiere, en horario de tarde con: Jefe de la Guardia, supervisores de continuidad, responsables de guardia de Urgencias, hospitalización y UCI.

- **Reuniones con las unidades más desviadas:** se llevarán a cabo cuando se observe una desviación de los indicadores de la Unidad o cuando la ésta mantenga pacientes ingresados ectópicamente y en 48 h no se consiga resolver esta situación. Para estas reuniones utilizaremos como guía los indicadores descritos en los Anexos I a IV.
 - Servicios médicos y quirúrgicos: Check-list. Anexo I
 - UCI: chek-list. Anexo II
 - Medicina Preventiva. Anexo III
 - Servicio de Urgencias. Anexo IV

- **Seguimiento diario de la información sobre hospitalización: a cargo del Servicio de Admisión (Informe V3)**
 - N° de pacientes atendidos en Urgencias.
 - Tiempos de atención en Urgencias con especial atención al tiempo hasta llegada a planta.
 - N° de ingresos diarios: urgentes y programados
 - N° de altas diarias.
 - Censo por centros.
 - Porcentaje de ocupación de los servicios.
 - Pacientes ectópicos por unidades.

- N° de camas bloqueadas por aislamientos.
- N° de camas deshabilitadas.
- N° de ingresos (según unidades de origen) y altas en hospitalización a domicilio.

Plan Operativo en el Servicio de Urgencias

a. Fases de activación

- **Fase I:** Incremento de la afluencia a Urgencias > 10% con respecto de la media de pacientes atendidos mantenido durante 3 días:
 - Cobertura 100% de la plantilla.
 - Control de los tiempos de atención por la dirección de la UGC de Urgencias: Indicadores de Diraya.
 - Definir los recursos de personas que serían necesarios para adecuar la actividad a los circuitos existentes y a la frecuentación previsible. En ese sentido, es primordial el abordaje de zonas de ampliación a nivel de sus tres áreas (Clasificación, Consultas y Observación) con zonas de aislamiento y la necesidad de recursos humanos para su cobertura.
- **Fase II:** Incremento de la afluencia por encima de un 15% con respecto de la media de pacientes atendidos mantenido durante 3 días:
 - Adaptación de la dotación de recursos humanos en función de la presión asistencial.
 - Control de los tiempos de atención por la dirección de la UGC y dirección asistencial: Indicadores Diraya.
- **Fase III:** Incremento >25% con respecto de la media de pacientes atendidos mantenido durante 3 días:
 - Medidas de reorientación de la actividad para reforzar la atención en consulta polivalente y mejorar la salida de pacientes desde el área de observación a las plantas de hospitalización o a domicilio.
 - Control de los tiempos de atención por la jefatura de guardia y supervisión de continuidad (Indicadores Diraya), frente a la posible

toma de decisión de redistribución de recursos, reorganización de turnos de descanso del personal que realiza la guardia.

Plan Operativo en unidades de Hospitalización afectadas por el plan de alta frecuentación

a. Niveles de activación:

- Fase I: Incremento del número de ingresos urgentes un 10 % con respecto de la media de ingresos urgentes mantenido durante 5 días:
 - 100% cobertura en áreas de mayor presión asistencial relacionada con el incremento de alta frecuentación.
 - Definir los recursos de personas que serían necesarios en las áreas definidas de mayor presión ocasionado por la alta frecuentación de urgencias.
- Fase II: Incremento de los aislamientos por motivos clínicos > 20% o de los aislamientos de gotitas > 50 % o incremento del número de ingresos urgentes un 15 % con respecto de la media de ingresos urgentes mantenido durante 5 días:
 - Optimización de aislamientos con barrido de situación de aislamientos 2 veces al día y relevo con la dirección asistencial de guardia.
 - Agrupación de cohortes de aislamientos de contacto
 - Restricción de aislamientos en colonizaciones por microorganismos BLEE.
 - Incremento de recursos estructurales y humanos en las áreas definidas de mayor presión ocasionado por la alta frecuentación de urgencias.
- Fase III: Incremento del número de ingresos urgentes un 25 % con respecto de la media de ingresos urgentes mantenido durante 5 días:
 - Seguimiento de indicadores mediante herramienta web de altas hospitalarias.
 - Inicio de reuniones de seguimiento por unidades con la dirección, según pauta establecida.

- Optimización del uso de camas de hospital de día médico y UTA para la realización de tratamiento en régimen semi-ambulatorio y realización de pruebas funcionales.
- Revisión de la EMPO y propuestas de mejora en cada unidad.
- Control de aislamientos.
- Seguimiento PROA y PROVATEM.

Plan operativo en Servicios Críticos afectados por el plan de alta frecuentación

a. Pediatría

En las Unidades de Críticos Pediátricos (UCI pediátrica y UCI neonatal), se ha previsto que el aislamiento de pacientes con patología respiratoria relacionada con el virus respiratorio sincitial y otros virus respiratorios se realice según niveles de gravedad en:

- Pacientes que precisan oxigenoterapia de alto flujo: en planta de hospitalización, planta 5 del hospital materno infantil.
- Pacientes que precisan ventilación mecánica no invasiva y ventilación mecánica: en unidad de Cuidados intensivos pediátricos (incluidos pacientes de < 30 días de vida).

Niveles de activación:

- Fase I: Incremento de la media de ingresos urgentes por patología respiratoria en las plantas de hospitalización > 10% mantenido durante 5 días:
 - Prever los recursos necesarios en UCIP y 5ª planta de Pediatría.
- Fase II: porcentaje de ingresos debidos a procesos respiratorios agudos o descompensación de procesos crónicos con necesidades de ventilación mecánica no invasiva >50% del total de ingresados en Pediatría mantenido durante 3 días:

- Necesidad de incremento de necesidades de recursos en las áreas de críticos y en las áreas de destino de los ingresos: 5ª planta de Pediatría y 2 planta (paciente quirúrgico).
- Plantear apertura de habitaciones de la Unidad de técnicas como recurso de hospitalización en UCIP (total 16 camas)
- Fase III: disminución de la disponibilidad de camas en las unidades de críticos para la realización de procedimientos programados o ingresos urgentes mantenido durante 3 días.
 - Prever desbordamiento preventivo en áreas de hospitalización (2 planta y 3 planta hemato-oncología).

b. Adultos

- Fase I: ocupación de 36-37 camas durante 3 días:
 - Prever los recursos necesarios para el incremento de ingresos.
- Fase II: ocupación de 38-39 camas durante 3 días:
 - Necesidad de incremento de recursos en las áreas de críticos, en función del número de ingresos en estas unidades para mantener la disponibilidad de camas para atender la guardia y la programación.
 - Desbordamiento en UCI 11 con un máximo de 8 camas de forma progresiva y de dos en dos.
- Fase III: ocupación de 42 camas en la Unidad de Cuidados Críticos de Adultos durante 3 días:
 - Evaluación de pacientes en plantas de hospitalización con unidades de cuidados intermedios, con anterioridad al ingreso en UCI.

Plan operativo en Servicios de Soporte afectados por el plan de alta frecuentación

a. Contexto del plan

La actuación de los servicios de soporte debe ir encaminada a la atención coordinada con las unidades en las que se presta atención al proceso de hospitalización por patología aguda relacionada con la hiperfrecuentación invernada, pero también irá destinada al mantenimiento de la actividad programada quirúrgica, de pruebas diagnósticas y atención en consultas externas, para evitar el ingreso, mediante una atención en consultas preferente y que puedan beneficiar incluso de unos cuidados enfermeros emplazados en la proximidad del domicilio.

b. Niveles de activación

- Fase I: Incremento del número de ingresos urgentes un 10 % con respecto de la media de ingresos urgentes mantenido durante 5 días:
 - Laboratorio y Microbiología: vigilancia de los tiempos de respuesta en las peticiones urgentes.
 - Medicina Preventiva: revisión de aislamientos en turno de mañana y tarde.
 - Radiología: vigilancia de los tiempos de respuesta en atención urgente.
 - Pruebas diagnósticas no radiológicas: Disponibilidad de citas para pacientes hospitalizados en circuito independiente al de paciente ambulatorio, en todas las áreas diagnósticas no radiológicas.
 - Prever los recursos necesarios en caso presión asistencial.
- Fase II: Incremento de los aislamientos por motivos clínicos > 20% o de los aislamientos de gotitas > 50 % o incremento del número de ingresos urgentes un 15 % con respecto de la media de ingresos urgentes mantenido durante 5 días:
 - Pruebas funcionales no radiológicas: respuesta en menos de 24 horas a las solicitudes de pacientes hospitalizados, priorizando la atención de pacientes con terapéutica supeditada a dichas pruebas.

- Necesidad de incremento de recursos humanos y materiales.
- Fase III: Incremento del número de ingresos urgentes un 25 % con respecto de la media de ingresos urgentes mantenido durante 5 días:
 - Asistencia a reuniones de seguimiento de hospitalización en horario de tarde, si fuera necesario, con los jefes de guardia, supervisores de continuidad y personal facultativo de guardia de Urgencias/ Observación, UCI, Medicina Interna, Cardiología, Digestivo, Cirugía General y COT.
 - Redistribución de recursos en las franjas horarias o áreas con más carga de trabajo.

EVALUACIÓN Y REVISIÓN DEL PAF 2023-2024

Con periodicidad semanal se analizarán los resultados de cada unidad, y se establecerán las medidas de mejora oportunas en el caso de desviaciones. Estas propuestas se llevarán a cabo en reuniones entre las unidades desviadas y la Dirección Médica y de Enfermería del HURS.

Preveemos evaluación de resultados del PAF 2023-2024 en la segunda quincena de enero, tras el periodo vacacional navideño.

Realizaremos la evaluación del procedimiento en virtud de los siguientes indicadores críticos:

- En los Servicios de urgencias:
 - Cumplimiento de los tiempos de atención en al área de consultas según indicadores del Contrato Programa.
 - Cumplimiento de tiempo de permanencia en Observación, definido según el Contrato Programa.
- En el área de Hospitalización:
 - Estancia media
 - Porcentaje de días con pacientes fuera de su unidad < 20 %
 - Alta precoz antes de las 13.00 horas.
 - EMPO < 0,5 días.

- En unidades de atención crítica:
 - o Disponibilidad de camas con activación de los sistemas de contingencia en menos de un 25% de los días de activación del Plan de Alta frecuentación.

ANEXOS

ANEXO I

CHECK LIST DE REVISIÓN PLAN DE ALTA FRECUENTACIÓN:
UNIDADES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

Fecha:

Revisores por parte de la Dirección:

Revisores por parte de la Unidad de -----

CRITERIO	OBSERVACIONES
Listado de pacientes con días de estancia comparado con estancia media de la Unidad.	
% de inadecuación con los criterios consensuados con Urgencias.	
Situación de aislamientos: tipo, temporalidad, casos sociales, pruebas pendientes	
Revisión de PROA/Provatem	
Pacientes pendientes de traslado o altas no producidas	
Interconsultas pendientes solicitadas a otras unidades	
Número de altas en la mañana	
Número de pacientes periféricos y motivos	

ANEXO II

CHECK LIST DE REVISIÓN PLAN DE ALTA FRECUENTACIÓN:

UCI

Fecha:

Revisores por parte de la Dirección:

Revisores por parte de la Unidad:

CRITERIO	OBSERVACIONES
Listado de pacientes con días de estancia comparado con estancia estándar para el diagnóstico, estancia media y IUE	
% de inadecuación con los criterios consensuados	
Situación de aislamientos: tipo, temporalidad, casos sociales, pruebas pendientes.	
Pacientes pendientes de traslado o altas no producidas.	
Número de altas	
Valoración de pacientes en planta.	

ANEXO III

**CHECK LIST DE REVISIÓN PLAN DE ALTA FRECUENTACIÓN:
MEDICINA PREVENTIVA. RONDAS DE SEGURIDAD**

Fecha:

Revisores por parte de la Dirección:

Revisores por parte de la Unidad:

Unidad revisada:

CRITERIO	OBSERVACIONES
Aislamientos, tipo y duración (Excel)	
Cultivos de control actualizados	
Numero de reunificaciones de pacientes con igual cepa	

ANEXO IV

**CHECK LIST DE REVISIÓN PLAN DE ALTA FRECUENTACIÓN:
SERVICIO DE URGENCIAS Y OBSERVACIÓN**

Fecha:

Revisores por parte de la Dirección:

Revisores por parte de la Unidad:

Unidad revisada:

CRITERIO	OBSERVACIONES
Pacientes atendidos en los distintos circuitos de atención y tiempos de atención en ellos.	
Pacientes en espera de Observación y tiempo máximo de espera.	
Pacientes ingresados en Observación y previsión de altas: nº de pacientes que precisan medidas de asilamiento.	
Pacientes periféricos pendientes: con cama y sin cama.	
Incidentes detectados en relación con pruebas complementarias.	