



HOSPITAL UNIVERSITARIO
RÍO HORTEGA

Sistema Global de Gestión de Procesos del Nuevo HURH de Valladolid

Proceso Hospitalización Convencional

Marzo de 2010

Indice

1. Proceso Hospitalización Convencional

2. Circuito de Pacientes

3. Anexos

Indice

1. Proceso Hospitalización Convencional

2. Circuito de Pacientes

3. Anexos

1.1- Proceso Hospitalización Convencional:

Ficha de Control

Nombre del proceso: HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL

Control del proceso						
	1	2	3	4	5	6
Versión	1.0					
Fecha de revisión						
Fecha de modificación						
Fecha de aprobación						
Responsable del proceso	<i>Araceli Tejedor</i>					

1.2- Proceso Hospitalización Convencional:

Ficha de Descripción del proceso

Descripción del proceso (1/4)

Misión	<p>La Misión del proceso de Hospitalización Convencional del HURH es:</p> <p>– Diagnosticar, cuidar y tratar a pacientes con patología médica y/o quirúrgica que por su situación clínica necesitan una atención continuada, que no puede prestarse de forma ambulatoria, con el fin de mejorar su estado de salud.</p>
Alcance	<p>El Alcance del proceso de Hospitalización Convencional del HURH es:</p> <p><u>Inicio</u>: Ingreso programado, ingreso urgente, y traslado (interhospitalario e intrahospitalario). <u>Fin</u>: Alta domiciliaria, Traslado (interhospitalario e intrahospitalario) , Servicios sociosanitarios, y Exitus.</p>
Definición Funcional	<p>La Hospitalización Convencional del HURH es un proceso que permite:</p> <ul style="list-style-type: none">• Prestar asistencia sanitaria a pacientes no ambulatorios.• A pacientes iguales o mayores a los 14 años.• Que no precisen de unidades especiales (UVI, Quemados, ...).• Aplicando atención sanitaria integral (médica, enfermería, farmacia, ...), utilizando para ello los medios diagnósticos y terapéuticos propios o concertados.• Con el fin de tratar (curar) la patología que sufre el paciente o al menos paliar sus consecuencias en la medida de lo posible.• Respetando los valores de los pacientes.

1.2- Proceso Hospitalización Convencional:

Ficha de Descripción del proceso

Descripción del proceso (2/4)			
Entradas del proceso	<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Pacientes y familiares</i> ■ <i>Personal médico, de enfermería, celadores, admisión, personal de Relaciones externas y de Atención al paciente,...</i> ■ <i>Informes médicos del propio centro y otros</i> ■ <i>Servicios de emergencias</i> 	Salidas del proceso	<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Pacientes y familiares</i> ■ <i>Historia clínica actualizada</i> ■ <i>Informe de alta</i>
Registros documentales	<p><i>Solicitud de ingreso/ intervención, Administración de medicamentos y sueroterapia, Hoja de interconsulta de pruebas, Exploración radiológica, Hoja de Interconsulta, Consentimiento informado para la anestesia, Consentimiento informado para intervenciones quirúrgicas, Evolución clínica, Hoja de evolución de enfermería, Libro de Estupefacientes, Pase de servicio, Solicitud de estudio inter-hospitalario, Certificado de defunción, Solicitud de examen post-mortem, Informe de alta, Parte de terminación de asistencia en institución cerrada, Informe de continuidad/ Recomendaciones de cuidados, Órdenes médicas,</i></p>		
Sistemas de información	<p><i>Siclinica, Hp HCIS, Gacela Care, Dominion, RIS, SIL</i></p>		
Responsable del proceso	<p><i>Araceli Tejedor</i></p>		
Implicados en el proceso	<p><i>Médicos de referencia o de guardia, Personal de admisión y relaciones externas, Personal de Enfermería (enfermeras y auxiliares de enfermería), Personal de Atención al paciente, Celadores, Personal Farmacéutico, Médico especialista, Médico Rehabilitador, Fisioterapeutas, Anestelistas, Personal de Hostelería, Médicos de la unidad de Hospitalización a domicilio, Personal de transporte sanitario, Trabajadores sociales.</i></p>		

1.2- Proceso Hospitalización Convencional:

Ficha de Descripción del proceso

Descripción del proceso (3/4)	
Participantes del proceso	Expectativas de los clientes
<i>Pacientes y familiares</i>	<ul style="list-style-type: none">■ <i>Mejora del estado de salud en un tiempo adecuado.</i>■ <i>Comunicación e información al paciente y familiares correcta y adecuada en tiempo (periodificación de la información) y forma (salas de información).</i>■ <i>Dignidad en el trato suministrado al paciente.</i>■ <i>Intimidad en la información relacionada con el paciente.</i>■ <i>Correcta integración de los familiares (Cuidador principal del enfermo) en el proceso con el fin de conocer detalladamente los cuidados prestados al paciente, y ser así capaz de realizar los mismos cuidados al alta</i>
<i>Personal médico</i>	<ul style="list-style-type: none">■ <i>Integración y comunicación adecuada entre todo el personal involucrado en el proceso asistencial del paciente de forma que se pueda prestar una atención integral.</i>■ <i>Minimizar el número de pacientes hospitalizados fuera del área de una especialidad.</i>■ <i>Minimizar la variabilidad en la interlocución con enfermería respecto a los pacientes de un área concreta.</i>■ <i>Existencia de los medios materiales, recursos humanos, tiempo y espacio necesarios para poder desarrollar su actividad profesional.</i>■ <i>Control del horario de visitas para facilitar una correcta y ordenada atención médica.</i>■ <i>Existencia de recursos sociales de apoyo para media y larga estancia.</i>
<i>Otros médicos especialistas y centros</i>	<ul style="list-style-type: none">■ <i>Comunicación y accesibilidad al servicio, a los profesionales y a los pacientes.</i>■ <i>Mejora y estabilización del estado del paciente derivado.</i>

1.2- Proceso Hospitalización Convencional:

Ficha de Descripción del proceso

Descripción del proceso (4/4)	
Participantes del proceso	Expectativas de los clientes
<i>Personal de Enfermería</i>	<ul style="list-style-type: none">■ <i>Reconocimiento en la autonomía de su trabajo por el personal del HURH.</i>■ <i>Mejora de la comunicación entre personal médico y de enfermería.</i>■ <i>Control del horario de visita médica para facilitar una correcta y ordenada atención.</i>■ <i>Coordinación y trabajo en equipo de todos los profesionales.</i>■ <i>Asignación justa de los recursos humanos y materiales.</i>
<i>Personal no asistencial</i>	<ul style="list-style-type: none">■ <i>Comunicación adecuada y fluida con el resto del personal.</i>■ <i>Existencia de los medios técnicos adecuados.</i>■ <i>Necesidad de una adecuada formación del personal de sustitución.</i>■ <i>Control y orden en la demanda de dietas (hostelería).</i>■ <i>Buena comunicación entre las plantas y nutrición y dietética (hostelería).</i>■ <i>Control del horario de visitas para facilitar el orden en las comidas de los pacientes y la limpieza (hostelería).</i>■ <i>Potenciar la utilización de los programas informáticos para evitar pérdidas de tiempo y excesiva circulación interna.</i>
<i>Farmacéuticos</i>	<ul style="list-style-type: none">■ <i>Implantar la atención farmacéutica sistemática y continuada en planta para todos los pacientes prestada por farmacéuticos especializados en cada área.</i>■ <i>Establecer un sistema de mejora continua de la efectividad, seguridad, y eficiencia de la farmacoterapia, del soporte nutricional, y de la utilización de productos sanitarios.</i>

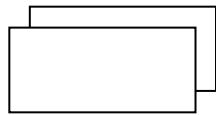
1.3- Proceso Hospitalización Convencional: Flujograma

Flujograma

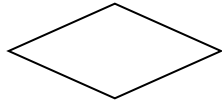
El flujograma se representa a continuación utilizando los siguientes elementos:



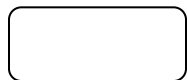
Trámite: Conjunto de tareas ejecutadas por un recurso humano y/o tecnológico que implica una entrada/salida de datos o documentación.



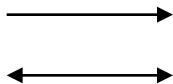
Subrutina: Conjunto de actividades que, sin constituir en sí mismas un proceso, se realizan de forma similar en más de un proceso.



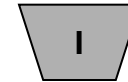
Decisión



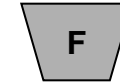
Inicio y fin del proceso: Trámite que representa el inicio y el final del proceso



Conectores: Conectan trámites, subrutinas, decisiones, ... de una forma lógica para configurar los pasos del flujograma. La doble flecha conecta un trámite con otro, de forma que desde el 1º va al 2º, se realiza el trámite, y vuelve al 1º (fundamentalmente está orientado a obtener información en el 2º trámite, importante para dar una solución al primero y continuar el proceso).



Inicio del proceso



Fin del proceso



Documentación generada



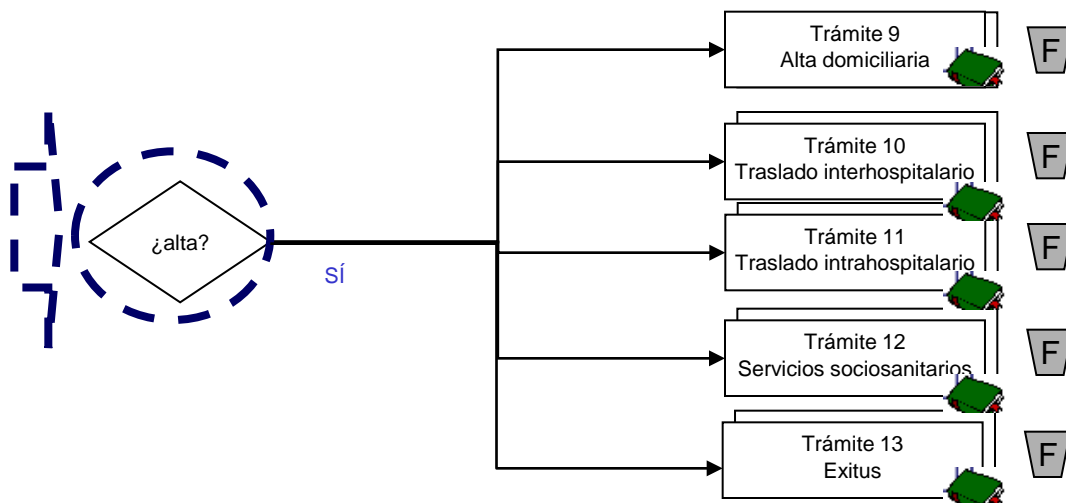
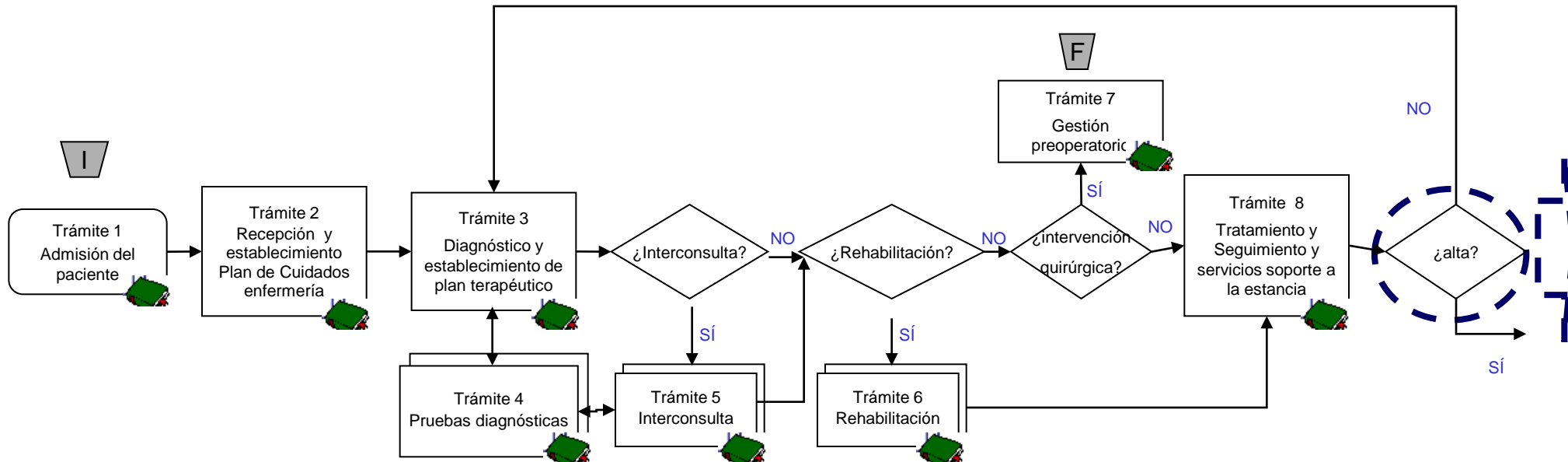
Documentación requerida



Sistema de Información: herramientas informáticas utilizadas y que soportan el proceso

1.3- Proceso Hospitalización Convencional:

Flujograma



1.4- Proceso Hospitalización Convencional:

Ficha individual por trámite

Proceso al que pertenece	Hospitalización Convencional	Trámite 1	Admisión del paciente
Objetivo del Trámite	Registro del ingreso		
Descripción de las actividades a realizar	<p>1. Si es <u>un ingreso desde Urgencias</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> o El personal de Urgencias se pone en contacto con el personal de Admisión, informa de la necesidad de ingreso de un paciente en un área concreta, y comunica su perfil básico (edad, sexo) o Admisión asigna cama al paciente en el área que le han solicitado , según los criterios del protocolo de asignación de camas (ver anexo) y se lo comunica al personal de enfermería (tanto del área de urgencias, como las de la planta en la que se va a ingresar el paciente). Admisión realiza el alta en el Sistema de Información. En caso de que el paciente tenga una historia previa, el personal de Admisión (desde Archivo) manda automáticamente la historia a la Planta en la que se va a hospitalizar al paciente. o El personal de enfermería de urgencias comunica con un celador para que proceda al traslado del paciente. Previamente ha puesto la pulsera identificativa al paciente. El paciente es trasladado por un celador a la Planta en la que va a ser hospitalizado. o Una vez que el paciente llega a la nueva Planta, la enfermera confirma a Admisión la realización efectiva del traslado. Admisión una vez que se ha verificado el ingreso con la unidad de hospitalización correspondiente, recoge éste en el Sistema de Información. <p>2. Si es <u>un ingreso desde Consultas</u>:</p> <p>a. Ingreso <u>“urgente” inmediato</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> o El médico de consultas (o la enfermera de consultas) solicita una cama a Admisión para aquel paciente. o Admisión asigna una cama a aquel paciente y se lo comunica tanto al facultativo como al personal de enfermería de la planta en la que va a ingresar el paciente. o El médico de consultas rellena la Hoja de Solicitud de Ingreso/Intervención donde anota la cama adjudicada al paciente, y la Hoja de tratamiento, donde recoge instrucciones con los tratamientos que se deben seguir con el paciente. El médico de consultas (o la enfermera de consultas) contacta con el personal de enfermería de planta indicando la situación clínica del paciente a ingresar. o La enfermera de consultas se encarga de enviar la Hoja de solicitud de Ingreso y la Hoja de tratamiento al Servicio de Admisión, a través del tubo neumático. El Servicio de Admisión, una vez recibida la solicitud de ingreso, enviará a la Unidad de Hospitalización correspondiente la documentación pertinente. o Un celador, avisado por la enfermera de consultas, se encargará de desplazar al paciente hasta la planta donde ha de quedar ingresado.(en su caso, se transportará la documentación necesaria no remitida a Admisión previamente). o Una vez que el paciente llega a la nueva Planta, la enfermera confirma a Admisión la realización efectiva del traslado. o Admisión una vez que se ha verificado el ingreso con la unidad de hospitalización correspondiente, recoge éste en el Sistema de Información. 		

1.4- Proceso Hospitalización Convencional:

Ficha individual por trámite

Proceso al que pertenece	Hospitalización Convencional	Trámite 1	Admisión del paciente
Descripción de las actividades a realizar	<p>b. Ingreso <u>urgente para esa tarde</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> o El médico de consultas rellena la Hoja de Solicitud de ingreso haciendo constar en ella tanto el día y hora de ingreso como el detalle de "Avisado"; además, si se conoce la cama también se anotará o El médico de consultas comunica al paciente su ingreso en turno de tarde, indicando la hora a la que debe acudir al Servicio de Atención al Paciente o La enfermera de consultas se encarga de enviar la Hoja de solicitud de ingreso al Servicio de Admisión a través del tubo neumático. El Servicio de Admisión, una vez recibida esta Hoja de solicitud de ingreso y asignada ya la cama, enviará al Servicio de Atención al Paciente la documentación pertinente. o El paciente, al llegar al Hospital en turno de tarde, se dirige para su ingreso al Servicio de Atención al Paciente; desde allí es acompañado por una auxiliar de enfermería a la unidad de hospitalización asignada para su ingreso (En caso de ser necesario una silla de ruedas o una camilla, el personal de Atención al paciente comunica con un celador para realizar ese traslado del paciente). o Una vez que el paciente llega a la nueva Planta, la enfermera confirma a Admisión la realización efectiva del traslado. o Admisión una vez que se ha verificado el ingreso con la unidad de hospitalización correspondiente, recoge éste en el Sistema de Información. 		
	<p>3. Si es <u>un ingreso urgente desde el Hospital de Día</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> o El médico responsable del paciente en el Hospital de Día (o la enfermera del Hospital de Día) solicita una cama a Admisión para aquel paciente. o Admisión asigna una cama a aquel paciente y se lo comunica tanto al médico responsable del paciente como al personal de enfermería de la planta en la que va a ingresar el paciente. o El médico responsable del paciente rellena la Hoja de Solicitud de Ingreso, donde anota la cama adjudicada al paciente, y la Hoja de tratamiento, donde recoge instrucciones con los tratamientos que se deben seguir con el paciente. o El médico responsable del paciente en el Hospital de Día (o la enfermera del Hospital de Día) contacta con el personal de enfermería de planta indicando la situación clínica del paciente a ingresar. o La enfermera del Hospital de Día se encarga de enviar la Hoja de solicitud de Ingreso y la Hoja de tratamiento al Servicio de Admisión, a través del tubo neumático. El Servicio de Admisión, una vez recibida la solicitud de ingreso, enviará a la Unidad de Hospitalización correspondiente la documentación pertinente. o Un celador, avisado por la enfermera del Hospital de Día, se encargará de desplazar al paciente hasta la planta donde ha de quedar ingresado.(en su caso, se transportará la documentación necesaria no remitida a Admisión previamente) o Una vez que el paciente llega a la nueva Planta, la enfermera confirma a Admisión la realización efectiva del traslado. o Admisión una vez que se ha verificado el ingreso con la unidad de hospitalización correspondiente, recoge éste en el Sistema de Información. 		

1.4- Proceso Hospitalización Convencional:

Ficha individual por trámite

Proceso al que pertenece	Hospitalización Convencional	Trámite 1	Admisión del paciente
Descripción de las actividades a realizar	<p>4. Si es un <u>ingreso médico programado</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> o El médico de consultas cumplimenta la Hoja de solicitud de ingreso/ Intervención indicando que se trata de un ingreso médico. En caso de tratarse de una indicación de ingreso con fecha concreta, recoge en la solicitud tanto el día y hora acordado, como el detalle de "Avisado". o El médico de consultas comunica al paciente su futuro ingreso (en caso de conocerse fecha y hora se lo notifica), o La enfermera de consultas se encarga de enviar la Hoja de solicitud de ingreso/ Intervención al Servicio de Admisión-Lista de espera, a través del tubo neumático. o El Servicio de Admisión- Lista de espera gestiona el futuro ingreso de aquel paciente y, en caso de no estar "Avisado" contacta con dicho paciente y comunica fecha y hora de ingreso. o El paciente, al llegar al Hospital el día indicado, se dirige para su ingreso al Servicio de Atención al Paciente (ver Anexo Protocolo Horarios de Ingreso de Pacientes*) desde allí es acompañado por una auxiliar de enfermería a la unidad de hospitalización asignada para su ingreso (En caso de ser necesario una silla de ruedas o una camilla, el personal de Atención al paciente comunica con un celador para realizar ese traslado del paciente). La auxiliar de enfermería lleva a planta también la Hª Clínica y otra documentación relacionada con el ingreso. o Admisión una vez que se ha verificado el ingreso con la unidad de hospitalización correspondiente, recoge éste en el Sistema de Información. 		
	<p>5. Si es un <u>ingreso quirúrgico programado</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> o El médico de consultas comunica al paciente su futuro ingreso, le entrega una hoja de instrucciones preoperatorias, y le informa de todo aquello relacionado con la cirugía con ingreso a la que va a ser sometido(pruebas a realizar, condiciones de preoperatorio, intervención a realizar y riesgos, condiciones de postoperatorio, etc.). o El médico entrega al paciente el documento de consentimiento informado de intervención quirúrgica y le informa de su contenido. El paciente (o en su defecto, el responsable legal de éste) examina el contenido y, en su caso, firma el documento. o El médico de consultas cumplimenta la Hoja de solicitud de ingreso/ Intervención en formato electrónico indicando que se trata de una Cirugía con ingreso y detallando el diagnóstico, la propuesta de intervención, la prioridad de la intervención (preferente o normal) y las necesidades previas al ingreso. En caso de tratarse de una indicación de ingreso con fecha concreta, recoge en la solicitud tanto el día y hora acordado, como el detalle de "Avisado". 		

1.4- Proceso Hospitalización Convencional:

Ficha individual por trámite

Proceso al que pertenece	Hospitalización Convencional	Trámite 1	Admisión del paciente
Descripción de las actividades a realizar	<ul style="list-style-type: none"> o El paciente (o en su defecto, el responsable legal) firma la Hoja de Solicitud de intervención y el consentimiento informado, autorizando así su inclusión en la Lista de espera quirúrgica. o La enfermera de consultas se encarga de enviar la Hoja de solicitud de ingreso/ Intervención al Servicio de Admisión-Lista de espera, a través del tubo neumático. o Admisión incluye al paciente en la Lista de espera quirúrgica de cirugía con ingreso. o El Servicio de Admisión- Lista de espera gestiona en el momento preciso la asignación de cama para aquel paciente y, en caso de no estar "Avisado" contacta con el paciente y comunica fecha y hora de ingreso. o El paciente, al llegar al Hospital el día indicado, se dirige para su ingreso al Servicio de Atención al Paciente (Normalmente, las horas de ingreso de estos pacientes son las 9:00, las 14:00, y las 17,30); desde allí es acompañado por una auxiliar de enfermería a la unidad de hospitalización asignada para su ingreso (En caso de ser necesario una silla de ruedas o una camilla, el personal de Atención al paciente comunica con un celador para realizar ese traslado del paciente). La auxiliar de enfermería lleva a planta también la Hª Clínica y otra documentación relacionada con el ingreso.(ver Anexo Protocolo de Acogida de Atención al Paciente) o Admisión una vez que se ha verificado el ingreso con la unidad de hospitalización correspondiente, recoge éste en el Sistema de Información. 		
	<p>6. Si se trata de un <u>traslado intrahospitalario (Pase de servicio)</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> o El médico responsable que está atendiendo al paciente se comunica con el especialista del otro servicio y le transmite la conveniencia de que el paciente sea tratado por ese servicio, mediante un pase de servicio. o El médico especialista del servicio destino valora la posibilidad de atención al paciente en su servicio y, si lo considera adecuado, acepta el pase y lo refleja en el pase de servicio. En caso de aceptar el pase de servicio del paciente, la enfermera de la Planta "origen" actualiza el pase de servicio, donde recoge el nuevo médico y el nuevo servicio asignado, y se lo comunica al Servicio de Admisión solicitándole la cama en el nuevo área. o La supervisora de la planta "origen" se pone en contacto con la de la planta receptora para concretar el momento del traslado. Una vez decidido, el personal de enfermería de la planta "destino" comunica al celador de su planta que acuda a trasladar al paciente. El paciente es trasladado por un celador de la planta de origen hasta la Planta "destino" donde va a quedar ingresado. o Una vez que el paciente llega a la nueva Planta, la enfermera confirma a Admisión la realización efectiva del traslado. o Admisión una vez que se ha verificado el ingreso con la unidad de hospitalización correspondiente, recoge éste en el Sistema de Información. o La enfermera realiza la acogida del paciente en la planta 		

1.4- Proceso Hospitalización Convencional:

Ficha individual por trámite

Proceso al que pertenece	Hospitalización Convencional	Trámite 1	Admisión del paciente
Descripción de las actividades a realizar	<p>7. Si se trata de un <u>traslado interhospitalario</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> o <u>Si es urgente</u> (p.ej. TRA, CMF, etc.): el facultativo de origen se habrá puesto en contacto con el facultativo de guardia correspondiente. Éste valora la información recibida de la situación del paciente, y la disponibilidad de camas, y decide la aceptación o no del traslado. Una vez aceptado el traslado, al ser Urgente, el paciente accederá al hospital por Urgencias, siendo el personal de Urgencias el que avisa al facultativo del servicio correspondiente que aceptó inicialmente la recepción del paciente. Éste decidirá si prefiere realizar una primera valoración en URG o bien prefiere su traslado directo a la unidad de Hospitalización. Administrativamente el ingreso se realizará como se refleja en el epígrafe 1. o <u>Si es NO urgente</u>: El personal de Relaciones Externas del S. de Admisión recibe una solicitud (fax) de ingreso de un paciente en el Servicio correspondiente. El médico de Admisión valora la pertinencia de la solicitud y asigna el Servicio de ingreso. Desde Admisión se comunica esta solicitud al facultativo de dicho Servicio. Dicho facultativo valora la información recibida de la situación del paciente y decide la aceptación o no del traslado. Una vez aceptado el traslado, define cuando se producirá éste comunicándose a Admisión. Desde Admisión se realizarán los trámites necesarios con el Hospital de origen para realizar el traslado programado en la fecha y hora previamente concertados. El paciente ingresa a través de los cauces habituales de los ingresos programados. El facultativo del Servicio Correspondiente, concededor del ingreso del paciente, es avisado por el personal de enfermería de la llegada del mismo para proceder a su valoración y establecer el correspondiente tratamiento. o Una vez que el paciente llega a la nueva Planta, la enfermera confirma a Admisión la realización efectiva del traslado. Admisión una vez que se ha verificado el ingreso con la unidad de hospitalización correspondiente, recoge éste en el Sistema de Información. 		
	<p>8. <u>Si no hay camas en la Planta en la que debe ser hospitalizado</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Si se trata de un ingreso desde Urgencias (o urgente desde Consultas) y resulta no haber cama en la Planta del servicio al que se solicita: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Admisión solicita un ingreso en el sistema de información pendiente de asignar cama y, se encarga de buscar cama al paciente a través de SSII correspondiente. ▪ En caso afirmativo, Admisión asigna la cama, realiza el ingreso en el sistema de información correspondiente e informa a enfermería de urgencias (o facultativo de consultas) de la cama asignada, al igual que informa a la enfermería de la unidad donde va a ingresar el paciente. La enfermería de Urgencias (o de Consultas) avisa al celador para que el paciente sea trasladado a la Planta donde le ha sido asignada la cama. ▪ En caso negativo, se mantendrá al paciente en la sala de observación (límite 24 horas) hasta que Admisión le asigne una cama. o Si se trata de un traslado intrahospitalario y resulta no haber cama en la Planta en la que debería ser hospitalizado el paciente, éste se quedará en la unidad donde está, a la espera de cama libre en la nueva unidad, pero queda ya asignado al nuevo servicio (paciente ectópico). Todo este proceso de nueva asignación de servicio debe de quedar recogido en un pase de servicio. 		

1.4- Proceso Hospitalización Convencional:

Ficha individual por trámite

Proceso al que pertenece	Hospitalización Convencional	Trámite 1	Admisión del paciente
Personal implicado	<ul style="list-style-type: none">Profesionales médicosPersonal de admisiónPersonal de Enfermería		<ul style="list-style-type: none">Personal de Relaciones externasCeladoresPersonal de Atención al paciente
Personal responsable	<ul style="list-style-type: none">Personal de Admisión		
Registro documental	Pase de servicio, Solicitud de ingreso/ intervención, Hoja de tratamiento		
Sistema de Información	Siclínica, Hp HCIS, Gacela Care		
Conexión con otros procesos	<ul style="list-style-type: none">Urgencia Generales, Gestión de pacientes, Atención al paciente, Consultas Externas		

1.4- Proceso Hospitalización Convencional:

Ficha individual por trámite

Proceso al que pertenece	Hospitalización Convencional	Trámite 2	Recepción y establecimiento del Plan de cuidados de enfermería
Objetivo del Trámite	Acogida del paciente y diseño del plan de cuidados de enfermería		
Descripción de las actividades a realizar	<ul style="list-style-type: none"> o Una vez que el paciente accede al área de hospitalización el personal de enfermería activa el Protocolo de Acogida (Anexo I) y verifica la correcta identificación del paciente, por lo que recibe, informa y acompaña al paciente a la habitación e indica a la familia la zona de espera, indica la cama asignada, entrega la ropa y útiles imprescindibles para su estancia en el Hospital e informa de las características de la habitación y del propio Hospital (timbres, lugar en el que se ubica el personal de Enfermería, etc.). o El personal de enfermería, consulta en el SSII las citas programadas (consultas o pruebas) para el paciente a lo largo del proceso de hospitalización y le pregunta al paciente para confirmar las mismas (*). El personal de enfermería consulta la conveniencia con el médico de referencia del paciente la posibilidad de realizar las citas programadas en el tiempo que va a estar hospitalizado . <ul style="list-style-type: none"> ▪ En el caso de que el facultativo este de acuerdo en realizar las mismas durante el proceso de hospitalización, el personal de enfermería contactará con Admisión para solicitar la anulación de la cita en consulta de aquel paciente y gestionar una interconsulta en planta., en el caso de pruebas, se mantendrán las citas programadas y se facilitarán y coordinarán los medios requeridos para que pueda realizarse (desplazamiento en silla de ruedas, camilla,...). ▪ En el caso de que el facultativo no este de acuerdo en realizar las mismas durante el proceso de hospitalización por que la situación clínica del paciente no lo permita, el personal de enfermería solicitará a Admisión que retrase la cita en consulta y pruebas diagnosticas de aquel paciente informando de las mismas tanto a la enfermería de la planta (que informará a su vez a la paciente) como al facultativo prescriptor. o La enfermera realiza la valoración del paciente y define el Plan de Cuidados del paciente. o La enfermera inicia los trámites terapéuticos (tratamiento, dietética,...), en el caso de que ya estén definidos con anterioridad por el médico de referencia del paciente. o El personal de enfermería registra estos datos en soporte informático. o La enfermera y la auxiliar de referencia del paciente queda reflejada en GACELA. 		
Personal implicado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personal de Enfermería 		
Personal responsable	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personal de Enfermería 		
Registro documental	Administración de medicamentos y sueroterapia		
Sistema de Información	Siclínica, Hp HCIS, Gacela Care		
Conexión con otros procesos	Admisión, Farmacia, Dietética		

(*) El Comité de Seguimiento solicita desarrollar un mecanismo informático de alarma que avise de las citas programadas para consultas/ pruebas de pacientes ingresados (en un horizonte temporal de 10 días)

1.4- Proceso Hospitalización Convencional:

Ficha individual por trámite

Proceso al que pertenece	Hospitalización Convencional	Trámite 3	Diagnóstico y establecimiento del plan terapéutico
Objetivo del Trámite	Diagnosticar el estado de salud del paciente y fijar la atención sanitaria necesaria		
Descripción de las actividades a realizar	<ul style="list-style-type: none"> o La enfermera de la Planta avisa del ingreso al médico de referencia o de guardia. o El médico de referencia o de guardia valida el diagnóstico clínico de la situación de salud del paciente ya realizado, selecciona, entre los fármacos incluidos en la Guía Farmacoterapéutica del Hospital y prescribe el tratamiento apropiado. o El personal farmacéutico concilia el tratamiento al ingreso del paciente e identifica los posibles PRM (Problemas relacionados con el medicamento) del mismo. o El personal farmacéutico valida las Órdenes médicas planteando al prescriptor las modificaciones oportunas. o Si lo considera necesario, el médico de referencia o de guardia solicita las pruebas diagnósticas oportunas y/o una interconsulta (a través del SSII, si es urgente además contacta telefónicamente) y/o la valoración de rehabilitación, que se encarga de coordinar el personal de Enfermería. o El médico de referencia o de guardia comunica al paciente y/o familiares los resultados de la valoración y/o pruebas . o La enfermera, se recoge la dieta determinada a seguir por el paciente y se informa a Nutrición y Dietética. 		
Personal implicado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personal de Enfermería ▪ Médico de referencia o de guardia ▪ Personal farmacéutico ▪ Personal de Nutrición y Dietética 		
Personal responsable	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médico de referencia o de guardia 		
Registro documental	Órdenes médicas		
Sistema de Información	Hp HCIS, Gacela Care, Ris, SIL, Dominion		
Conexión con otros procesos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Farmacia, Nutrición y Dietética 		

1.4- Proceso Hospitalización Convencional:

Ficha individual por trámite

Proceso al que pertenece	Hospitalización Convencional	Trámite 4	Pruebas diagnósticas
Objetivo del Trámite	Obtener las pruebas necesarias para la realización de un diagnóstico apropiado		
Descripción de las actividades a realizar	<ul style="list-style-type: none"> o Tras ser solicitadas las pruebas diagnósticas por el médico de referencia o de guardia, el personal de enfermería se encarga de su tramitación. o (*) En el caso de ser pruebas analíticas, una enfermera de laboratorio realiza visitas diarias por las plantas y se encarga de realizar la extracción. Las muestras recogidas son debidamente individualizadas con etiquetas adhesivas identificativas del paciente, y enviadas al laboratorio o al Servicio de Farmacia a través del tubo neumático dedicado al efecto. Las extracciones de sangre, generalmente, se realizan antes de los desayunos. Las muestras urgentes siempre son tomadas por la enfermera de planta. o En el caso de ser radiológicas u otro tipo de pruebas, el médico tramita informáticamente la solicitud, el personal de enfermería coordina la petición y la realización efectiva de la prueba, y un celador del Servicio de Diagnóstico por la Imagen se encarga del traslado del paciente para realizarle la prueba. o El personal de enfermería coordina la obtención de los resultados de las pruebas complementarias e informa al médico de referencia o de guardia de su disponibilidad para realizar el diagnóstico. o En el caso de disponer el paciente de pruebas ya realizadas no se duplica su realización; en el caso de necesitar de una ampliación en los estudios de laboratorio, si se dispone ya de muestra, se solicita al laboratorio un análisis complementario de ésta y, en ningún caso, se toma una nueva muestra del paciente. 		
Personal implicado	<ul style="list-style-type: none"> ■ Médico de referencia o de guardia ■ Personal de Enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Celadores 	
Personal responsable	<ul style="list-style-type: none"> ■ Médico de referencia o de guardia 		
Registro documental	Hoja de interconsulta de pruebas, Exploración radiológica		
Sistema de Información	Síclinica, Hp HCIS, Gacela Care, Ris, SIL		
Conexión con otros procesos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Laboratorio, Radiología 		

(*) Dirección programara la realización de las analíticas entre enfermería de laboratorio y de planta.

1.4- Proceso Hospitalización Convencional:

Ficha individual por trámite

Proceso al que pertenece	Hospitalización Convencional	Trámite 5	Interconsultas
Objetivo del Trámite	Atención médica del paciente por otros médicos especialistas		
Descripción de las actividades a realizar	<ul style="list-style-type: none"> o Si el médico de referencia o de guardia precisa la colaboración de otros especialistas solicita una interconsulta a través del SSII (si es urgente además contacta telefónicamente). o El informe para crear la interconsulta contiene una serie de campos a cumplimentar por el facultativo solicitante que incluyen un título a modo de resumen, el servicio al que se solicita la interconsulta, el motivo de la consulta y su nivel de urgencia (urgente, en el día o normal). o El informe de la interconsulta es enviada al correspondiente servicio y asignada a un médico especialista. o El médico especialista requerido se desplaza a la zona donde se encuentra el paciente para realizar la valoración, recoge sus apreciaciones en el Informe de interconsulta y lo envía al médico de referencia o de guardia que la solicitó. o El médico especialista requerido puede solicitar nuevas pruebas diagnósticas al paciente, sin duplicar las ya solicitadas por el medico de referencia o de guardia. o Si el médico especialista requerido prescribe un tratamiento en las Órdenes médicas, la enfermera lo realiza. En cambio si el médico especialista recomienda un tratamiento en el informe de Interconsulta, el médico de referencia o de guardia decide si ajusta la prescripción del tratamiento o no y, en caso afirmativo, se lo comunica a la enfermera para que lo realice, previa inclusión del mismo en la hoja de Órdenes médicas. o La enfermera coordina la gestión de la realización de las pruebas en caso de ser solicitadas y lo registra en la Hoja de Evolución de enfermería. 		
Personal implicado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médico de referencia o de guardia ▪ Médico especialista requerido ▪ Enfermera y auxiliar de enfermería 		
Personal responsable	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médico especialista requerido 		
Registro documental	Informe electrónico de interconsulta Hoja de Evolución de enfermería Órdenes médicas		
Sistema de Información	Síclinica, Hp HCIS, Gacela Care, Ris, SIL		
Conexión con otros procesos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laboratorio, Radiología 		

(*) Desarrollo completo en el Anexo I. Protocolo para la solicitud y realización de interconsultas en formato electrónico

1.4- Proceso Hospitalización Convencional:

Ficha individual por trámite

Proceso al que pertenece	Hospitalización Convencional	Trámite 6	Rehabilitación
Objetivo del Trámite	Mejorar el estado físico del paciente aplicando el tratamiento establecido por el médico.		
Descripción de las actividades a realizar	<ul style="list-style-type: none"> ○ El médico de referencia o de guardia, en caso de ser necesario, solicita una interconsulta al especialista en rehabilitación a través del SSII (si es urgente además contacto telefónico). ○ El médico rehabilitador se desplaza hasta donde se encuentra el paciente para realizar la valoración (de la cual informa por escrito al médico de referencia o de guardia). ○ En caso de que no considere necesario la realización de rehabilitación, el médico rehabilitador deja constancia en la hoja de interconsulta de la valoración médica que lo justifica. ○ En caso de que considere necesario la realización de rehabilitación al paciente, establece una pauta terapéutica, se lo comunica al fisioterapeuta y se plasma en el historial del paciente. ○ El fisioterapeuta sigue el plan establecido, asistiendo al paciente, en la mayoría de los casos, en la misma planta donde se encuentra el paciente. En casos concretos, y a requerimiento del médico rehabilitador de acuerdo con el médico responsable del paciente, éste puede ser trasladado a la unidad de rehabilitación para realizar el tratamiento rehabilitador prescrito. 		
Personal implicado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médico de referencia o de guardia ▪ Médico rehabilitador. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fisioterapeuta. ▪ Personal de enfermería 	
Personal responsable	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médico rehabilitador. 		
Registro documental	Hoja de Interconsulta		
Sistema de Información	Siclínica, Hp HCIS, Gacela Care		
Conexión con otros procesos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ - 		

1.4- Proceso Hospitalización Convencional:

Ficha individual por trámite

Proceso al que pertenece	Hospitalización Convencional	Trámite 7	Gestión preoperatorio
Objetivo del Trámite	Preparar la intervención del paciente		
Descripción de las actividades a realizar	<ul style="list-style-type: none"> o El médico especialista informa adecuadamente al paciente y a sus familiares de las implicaciones (indicación, técnica, alternativas, posibles complicaciones, ...) de la intervención y les solicita la cumplimentación del consentimiento informado necesario para realizar la intervención. Con posterioridad el Anestésista realizará lo mismo para el ámbito de su competencia. o El médico especialista coordina con el anestésista la solicitud de la pruebas complementarias necesarias para la realización de la intervención (la gestión la realiza el personal de Enfermería). En caso de que la intervención sea <u>urgente</u> cirujano y anestésista se coordinan para realizar la valoración del preoperatorio, facilitando una rápida realización de la posterior intervención. En el caso de intervenciones <u>no urgentes sobrevenidas</u>, el cirujano solicita el preoperatorio y una interconsulta con el anestésista (para su valoración), y gestiona con su jefe de servicio su inclusión en la programación quirúrgica ordinaria. o Si el médico especialista considera que el paciente puede necesitar sangre suplementaria para la intervención que le van a realizar, lo solicita a Hematología. o La coordinación de pruebas y/o banco de sangre es realizada por la enfermera y en colaboración con la auxiliar de enfermería prepara al paciente para la intervención, según protocolo de preparación quirúrgica. 		
Personal implicado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médico especialista ▪ Personal de Enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Celadores ▪ Anestésista 	
Personal responsable	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médico especialista 		
Registro documental	<p>Hoja de interconsulta</p> <p>Consentimiento informado para la anestesia</p> <p>Consentimiento informado para intervenciones quirúrgicas</p>		
Sistema de Información	Siclínica, Hp HCIS, Gacela Care		
Conexión con otros procesos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bloque Quirúrgico 		

1.4- Proceso Hospitalización Convencional:

Ficha individual por trámite

Proceso al que pertenece	Hospitalización Convencional	Trámite 8	Tratamiento y Seguimiento y servicios soporte
Objetivo del Trámite	Prestar un tratamiento oportuno y realizar un seguimiento del estado de salud del paciente en su estancia en el hospital		
Descripción de las actividades a realizar	<ul style="list-style-type: none"> o La enfermera realiza el seguimiento continuo de los pacientes y asegura el cumplimiento de los protocolos clínicos establecidos al efecto (tanto el plan de cuidados como el plan terapéutico prescrito por el médico de referencia o de guardia). o El personal médico pasa visita médica diariamente en horario de mañana entre 9:30 y 11:30 (salvo limitaciones propias de su horario en otras áreas del hospital). Los profesionales médicos deberán intentar, en la medida de sus posibilidades, realizar la visita lo antes posible con el fin de ayudar al orden y buen funcionamiento de las zonas de hospitalización. Es recomendable que el paciente esté aseado y desayunado una vez llegue el médico a hacer la visita. Siempre se procurará que la enfermera responsable del paciente realice el pase de visita con el médico. o La evolución del paciente se registra en la Hoja de Evolución clínica por el médico de referencia o de guardia y en la Hoja de Evolución de enfermería, según corresponda. o El personal de enfermería se encarga de enviar (actualmente por fax) la Orden de tratamiento a Farmacia para su preparación (desde Farmacia sale un envío diario de unidosis a las 16:00*; además, se realizan envíos por tubo neumático a las horas establecidas para cubrir las órdenes de tratamiento recibidas después de la subida del carro, las reclamaciones y las urgencias. Existen casos especiales, como fórmulas magistrales prescritos por el médico de referencia o de guardia, en los que el celador, avisado por la enfermera, debe ir a Farmacia y recogerlo; para el caso de estupefacientes, será el personal no sanitario quien irá a Farmacia a recogerlo, en planta este material estará bajo llave custodiado por la enfermera de planta. Posteriormente, además, enfermería deberá dejar constancia en el Libro de estupefacientes de las entradas y salidas de éstos. o El personal farmacéutico tiene que revisar y validar el tratamiento farmacológico prescrito por el profesional médico. Además, cuando proceda, propondrá modificaciones al mismo (ajustar dosis , evitar interacciones, proponer equivalentes terapéuticos, evitar duplicidades,...) para evitar problemas relacionados con el medicamento (PRM) y conseguir que el tratamiento sea lo más eficaz, seguro y eficiente para el paciente; estas modificaciones deberán ser consensuadas con el médico de referencia y actualizadas por dicho médico en la Hoja de tratamiento. o La enfermera revisa que la medicación enviada por Farmacia coincida con la orden de tratamiento para cada paciente, y lo administra de acuerdo a las indicaciones de la orden médica y la ficha técnica del fármaco. 		

(*) El Comité de seguimiento propone otra distribución de unidosis antes de las 7:00 am

1.4- Proceso Hospitalización Convencional:

Ficha individual por trámite

Proceso al que pertenece	Hospitalización Convencional	Trámite 8	Tratamiento y Seguimiento y servicios soporte
<p>Descripción de las actividades a realizar</p>	<ul style="list-style-type: none"> o El médico de referencia, previa identificación, informa diariamente al paciente (o en su caso al acompañante habitual) y a aquellos a quienes el paciente autorice, en un horario regularmente establecido (a ser posible sobre las 13.00 horas) y conocido por la familia del paciente; en los despachos de información asignados al efecto; en situaciones de urgencia imprevista a lo largo del día, será el médico de guardia quien ofrezca a los familiares la información requerida. o Los familiares tiene un horario limitado de visita al paciente comprendido entre las 15:00 y las 21:00. Excepcionalmente el acompañante habitual, podrá acompañar las 24 horas del día al paciente o El inicio del horario de comidas para el paciente, incluido diabéticos, será: 8,30-9:00-desayuno; 13,30-14:00-comida; 16,30-17:00-merienda; 20,30-21:00-cena, de 22:00 a 24:00 comidas especiales. La comida será llevada a las plantas por plataformas robotizadas. En cuanto llegue la plataforma robotizada a planta, y previa validación por enfermería de las dietas enviadas, se debe de iniciar por parte de la auxiliar de enfermería el reparto de las bandejas, con el objeto de mantener las condiciones óptimas de los alimentos (temperatura). o En el caso de ser prescrita por el médico de referencia o de guardia nutrición enteral, enfermería se encarga de gestionar con Nutrición y Dietética su preparación y adecuada administración. o Además, el personal de enfermería se comunica con Nutrición y Dietética a las 8:00 todos los días para comunicar las dietas del día y los nuevos ingresos (existirá una nueva comunicación a las 11:00, en la que se detallarán las correcciones existentes para la comida por modificaciones de las dietas prescritas por el médico de referencia o de guardia, y otras dos comunicaciones a las 15:00 y a las 19:00, en la que se detallarán las correcciones existentes para la merienda y cena por modificaciones de las dietas prescritas por el médico de referencia o de guardia). El envío diario de Nutrición y Dietética incluirá dos “menús comodines” por planta con el fin de dar solución a alguna dieta prescrita por el médico fuera del horario señalado. o El personal de enfermería se encarga de la relación con Lencería. Se realiza un reparto (carro/armario) de limpio por la noche y cada Planta se abastece del mismo. El traslado del carro de la ropa limpia desde los ascensores hasta la zona de limpio de la planta se encarga de realizarlo un celador. La ropa sucia se lleva a la sala de la tolva compartida, a las siguientes horas:12:00, y 21:00. El personal de lencería es el encargado de remitir esta ropa a raves de la tolva a lavandería. o Los justificantes de ingreso y cirugía con ingreso se gestionarán desde Admisión. 		
<p>Personal implicado</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médico de referencia ▪ Médico de guardia ▪ Personal de hostelería 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personal farmacéutico ▪ Personal de enfermería ▪ Personal de lencería

1.4- Proceso Hospitalización Convencional:

Ficha individual por trámite

Proceso al que pertenece	Hospitalización Convencional	Trámite 8	Tratamiento y Seguimiento y servicios soporte
Personal responsable	Médico de referencia o de guardia		
Registro documental	Evolución clínica Hoja de Evolución de enfermería Libro de estupefacientes		
Sistema de Información	Siclínica, Hp HCIS, Gacela Care, Software de farmacia Dominion		
Conexión con otros procesos	▪ Farmacia, Nutrición y Dietética, Transporte robotizado, Bloque Quirúrgico, Lencería		

1.4- Proceso Hospitalización Convencional:

Ficha individual por trámite

Proceso al que pertenece	Hospitalización Convencional	Trámite 9	Alta domiciliaria
Objetivo del Trámite	Alta del paciente		
Descripción de las actividades a realizar	<p>En el caso de tratarse de un alta sin vínculo posterior con hospitalización a domicilio:</p> <ul style="list-style-type: none"> o El médico de referencia decide el alta médica, y elabora un informe de alta para ser entregado al paciente y/o a los familiares. o El médico de referencia realiza una adecuada información al paciente de los pasos a seguir y le entrega el informe de alta, junto con la primera receta, deseablemente por D.O.E. (Denominación Oficial Española). o La enfermera realiza el “informe de continuidad de cuidados de enfermería al alta” a todos los pacientes que lo precisen y gestiona su envío al Centro de Salud correspondiente. o La enfermera entrega las “recomendaciones de cuidados de enfermería” que precise el paciente o La enfermera informa a admisión del alta del paciente, y admisión lo recoge en el SSII correspondiente. o El paciente deberá abandonar la habitación antes de la 13:00, tal y como se recoge en la guía de acogida del paciente. o El paciente o en su caso el responsable legal en caso de incapacidad, también pueden solicitar el alta voluntaria (Parte de terminación de asistencia en institución cerrada); En este caso se debe cumplimentar un documento específico, que debe de ser firmado por el paciente y el facultativo, el original se le entrega al paciente y la copia es para el hospital. El alta voluntaria debe de recogerse, además, en la hoja de evolución médica y en la Hoja de Evolución de enfermería. Todas las anteriores se incluirán en la Hª Clínica del paciente. o En el caso de que el personal de enfermería detecte el abandono por propia voluntad del paciente sin recibir ni firmar ningún tipo de alta, comunicará a seguridad esta cuestión para su búsqueda dentro de las instalaciones del hospital, en el caso de que no se encuentre al paciente ni se tengan noticias de él, enfermería informará al médico responsable esta cuestión quedando recogido tanto en la Hoja de evolución como en la enfermería al abandono voluntario y a admisión para liberar la cama. En determinados casos (niños, presos, infecciosos, ...) el médico de referencia o de guardia activará el procedimiento correspondiente derivado de las implicaciones legales de la cuestión. o Si el paciente necesita transporte sanitario tras el alta, el facultativo cumplimenta la solicitud de ambulancia. El personal de enfermería debe reflejar en la solicitud si el paciente necesita apoyo de silla de rueda o camilla en el traslado y lo envía a Admisión para su trámite. Desde el S. de Admisión (Relaciones Externas) realizan los trámites oportunos con las empresas de ambulancias. Un celador de planta trasladará al paciente vestido con ropa de calle a la zona de intercambio en el nivel 0, mientras que el personal de la ambulancia recoge en admisión la solicitud de traslado y recoge al paciente en la zona de intercambio. 		

1.4- Proceso Hospitalización Convencional:

Ficha individual por trámite

Proceso al que pertenece	Hospitalización Convencional	Trámite 9	Alta domiciliaria
Descripción de las actividades a realizar	<p>En el caso de tratarse de un alta a domicilio con posterior seguimiento por hospitalización a domicilio:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Se procede a la hospitalización a domicilio cuando la situación clínica del paciente así lo aconseje y esté dentro de las indicaciones de dicha hospitalización recogidas en el protocolo de la unidad de hospitalización domiciliaria. o El médico de referencia informa al paciente y/o familiares de la posibilidad de hospitalización domiciliaria y tras la adecuada información y aceptación del paciente y/o familiares se procede a tramitar la misma. o El médico de referencia solicita electrónicamente una interconsulta a la unidad de hospitalización domiciliaria (*), en el caso de ser urgente además de esto se pone en contacto telefónicamente con el médico de hospitalización a domicilio. o La enfermera gestiona la hoja de interconsulta según el protocolo interno del servicio. o El médico responsable de la unidad de hospitalización a domicilio y la enfermera de su unidad visita al paciente y acepta o no hacerse cargo del paciente. o El médico de referencia cumplimenta el informe de alta y se registra la indicación y acuerdo de hospitalización domiciliaria. o La enfermera informa a admisión del alta del paciente, y admisión lo recoge en el SSII correspondiente. 		
Personal implicado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médico de referencia ▪ Personal de admisión 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médico responsable de la unidad de hospitalización a domicilio ▪ Enfermera 	
Personal responsable	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médico de referencia 		
Registro documental	<p>Informe de alta Informe de continuidad/ Recomendaciones de cuidados Parte de terminación de asistencia en institución cerrada Interconsulta a hospitalización a domicilio</p>		
Sistema de Información	<p>Siclínica, Hp HCIS, Gacela Care</p>		
Conexión con otros procesos	<p>Hospitalización a Domicilio</p>		

(*) *Pendiente de desarrollar el mecanismo de solicitud electrónica que, actualmente, no está habilitado.*

1.4- Proceso Hospitalización Convencional:

Ficha individual por trámite

Proceso al que pertenece	Hospitalización Convencional	Trámite 10	Traslado interhospitalario
Objetivo del Trámite	Derivación a otro Centro hospitalario		
Descripción de las actividades a realizar	<ul style="list-style-type: none"> o En el caso de ser indicado por el médico de referencia o de guardia la derivación del paciente a otro centro, debe de prepararse un informe para entregar en el otro centro junto con la información de relevancia que se considere de la Hª clínica. o En el caso de que sea urgente, el facultativo se pone en contacto con un facultativo del hospital receptor para comunicarle la necesidad del traslado. Tras la aceptación de éste, cumplimenta la solicitud de ambulancia y la enfermera lo envía a Admisión para su trámite urgente. o En el caso de que no sea urgente, el facultativo debe de cumplimentar una Propuesta de Canalización a través de la Solicitud de estudio inter-hospitalario, siendo la secretaria del servicio quien los envía a Admisión adjuntando el informe médico previamente elaborado por el facultativo recogiendo la situación clínica del paciente. El Servicio de Admisión confirmará con posterioridad la aceptación del traslado por parte del centro receptor, momento en el cual el facultativo cumplimenta la solicitud de ambulancia. o La enfermera debe reflejar en la solicitud de ambulancia si el paciente necesita apoyo de silla de rueda o camilla en el traslado. Además es quién prepara al paciente previamente al traslado. o Un celador de planta trasladará al paciente a la zona de intercambio en el nivel 0, mientras que el personal de la ambulancia recoge en admisión la solicitud de traslado y recoge al paciente en la zona de intercambio. 		
Personal implicado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médico de referencia o de guardia ▪ Enfermera 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personal de Relaciones Externas ▪ Personal de Admisión ▪ Personal de transporte sanitario 	
Personal responsable	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médico de referencia o de guardia 		
Registro documental	Copia de la historia del paciente y de las pruebas realizadas, informe del paciente, Solicitud de estudio inter-hospitalario		
Sistema de Información	Siclínica, Hp HCIS, Gacela Care		
Conexión con otros procesos	-		

1.4- Proceso Hospitalización Convencional:

Ficha individual por trámite

Proceso al que pertenece	Hospitalización Convencional	Trámite 11	Traslado intrahospitalario (*)
Objetivo del Trámite	Traslado a otra Unidad del Hospital		
Descripción de las actividades a realizar	<ul style="list-style-type: none"> o El médico responsable que está atendiendo al paciente se comunica con el especialista del otro servicio y le trasmite la conveniencia de que el paciente sea tratado por ese servicio, mediante un pase de servicio. Este documento debe de ser cumplimentado por ambos facultativos. o El médico especialista del servicio destino accede a la unidad donde esta hospitalizado el paciente y valora la posibilidad de atención al paciente en su servicio y, si lo considera adecuado, acepta el pase y lo refleja en el pase de servicio. o En caso de aceptar el pase de servicio del paciente, cualquiera de los dos facultativos informa a la enfermera de la Planta "origen", la cual actualiza el pase de servicio, donde recoge el nuevo médico y el nuevo servicio asignado, y se lo comunica al Servicio de Admisión solicitando la asignación de una nueva cama. o La supervisora de la planta "origen" se pone en contacto con la de la planta receptora para concretar el momento del traslado. Una vez decidido, el personal de enfermería de la planta "origen" comunica al celador de su planta que acuda a trasladar al paciente. El paciente es trasladado por un celador a la Planta "destino" donde va a quedar ingresado. o Una vez que el paciente llega a la nueva Planta, la enfermera de dicha Planta avisa a Admisión la realización efectiva del traslado. 		
Personal implicado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médico de referencia o de guardia ▪ Médico especialista nuevo servicio 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermera ▪ Personal de Admisión 	
Personal responsable	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médico especialista nuevo servicio asignado 		
Registro documental	Pase de servicio		
Sistema de Información	Siclínica, Hp HCIS, Gacela Care		
Conexión con otros procesos	-		

(*) Protocolo recogido en los anexos de este documento

1.4- Proceso Hospitalización Convencional:

Ficha individual por trámite

Proceso al que pertenece	Hospitalización Convencional	Trámite 12	Servicios sociosanitarios
Objetivo del Trámite	Derivación del paciente a un centro sociosanitario		
Descripción de las actividades a realizar	<ul style="list-style-type: none"> o En el caso de ser indicado por el médico de referencia la derivación del paciente a un centro sociosanitario, éste prepara un informe médico detallado para entregar en el centro destino y lo adjunta a una hoja de consulta para el trabajador social. o El trabajador social visita al paciente para realizar la evaluación necesaria, realizando con posterioridad las gestiones necesarias para la búsqueda de plaza en un centro sociosanitario. o Cuando desde el centro sociosanitario se informa al trabajador social la disponibilidad de la plaza, éste se pone en contacto con el facultativo solicitante y la enfermera de la planta donde está, asimismo también se encarga de informar al paciente y a sus familiares de este tema. o Cuando se realice el traslado, el médico de referencia cumplimentará al solicitud de traslado en ambulancia. La enfermera se encarga de gestionarla y de informar a admisión del traslado efectivo del paciente para que quede recogido en los SSII. o La enfermera debe de reflejar en la solicitud de ambulancia si el paciente necesita apoyo de silla de rueda o camilla en el traslado. Además es quién prepara al paciente previamente al traslado. o Un celador de planta trasladará al paciente a la zona de intercambio en el nivel 0, mientras que el personal de la ambulancia recoge en admisión la solicitud de traslado y recoge al paciente en la zona de intercambio. 		
Personal implicado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médico de referencia ▪ Enfermera ▪ Trabajador social 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personal de Relaciones Externas ▪ Personal de admisión ▪ Personal de transporte sanitario 	
Personal responsable	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médico de referencia / trabajador social 		
Registro documental	Informe médico , Hoja de Consulta		
Sistema de Información	Siclínica, Hp HCIS, Gacela Care		
Conexión con otros procesos	-		

1.4- Proceso Hospitalización Convencional:

Ficha individual por trámite

Proceso al que pertenece	Hospitalización Convencional	Trámite 13	Exitus
Objetivo del Trámite	Gestionar los trámites necesarios en caso de exitus		
Descripción de las actividades a realizar	<ul style="list-style-type: none"> ○ En caso de fallecimiento del paciente (o si se espera tal desenlace en un período breve de tiempo), el médico de referencia o de guardia indica a la enfermera de planta que se pongan en contacto con la familia del paciente. ○ La enfermera recibe a los familiares y los traslada a la sala de información. ○ El médico de referencia o de guardia comunica a los familiares en la sala de información el estado de agonía o fallecimiento del paciente. ○ Los familiares son preguntados por la enfermera en ese momento si desean contar con el servicio religioso. En caso afirmativo, el personal de enfermería de planta se pone en contacto con el mismo. ○ La enfermera de planta prepara al difunto según protocolo de cuidados post-mortem (Anexo II). ○ La enfermera de planta acompaña a la habitación del paciente a los familiares, los cuales permanecen allí el tiempo que consideren oportuno, dentro de unos límites razonables. Es en este espacio donde se realiza el servicio religioso en el caso de que éste se haya solicitado. ○ El médico de referencia o de guardia certifica la defunción, posteriormente realizará el informe médico completo y la hoja de alta. ○ La enfermera comunica al Servicio de Admisión el alta producida con la hora del fallecimiento. ○ El personal de enfermería, avisa al celador para que proceda al traslado del cadáver al mortuario y se asegura de que el cadáver dispone de un elemento identificativo, reflejando este hecho, junto con la fecha, la hora del traslado y su firma en el libro de registro de defunciones que hay en cada planta. Una vez en la planta el celador debe comprobar la identificación del fallecido y previamente al traslado, el celador debe de cumplimentar el libro de registro de defunciones. ○ En caso de ser necesaria la realización de una necropsia el médico de referencia o de guardia solicita a los familiares la autorización (tras su aceptación, el celador que realiza el traslado del fallecido baja también la solicitud y la entrega en el Servicio de Anatomía Patológica). ○ Si fuera preciso, el médico de referencia o de guardia notifica el fallecimiento al juzgado de guardia por los cauces establecidos. 		

1.4- Proceso Hospitalización Convencional:

Ficha individual por trámite

Proceso al que pertenece	Hospitalización Convencional	Trámite 13	Exitus
Personal implicado	<ul style="list-style-type: none">▪ Médico de referencia o de guardia▪ Personal de Enfermería		<ul style="list-style-type: none">▪ Celador
Personal responsable	<ul style="list-style-type: none">▪ Médico de referencia o de guardia		
Registro documental	Certificado de defunción, Hª Clínica (documentación), libro de registro de defunciones, identificación del cadáver, Solicitud de examen post-mortem		
Sistema de Información	Siclínica, Hp HCIS, Gacela Care		
Conexión con otros procesos	-		

1.5- Proceso Hospitalización Convencional:

Indicadores del proceso

Indicadores de evaluación del Proceso de Hospitalización Convencional

Nº	Objetivo	Acción a controlar	Tramite	Personal implicado	Indicadores de medición de cumplimiento	Formula	Responsable de la Medición	Objetivo	Método de Medición	Periodicidad de la Medición	Recogida de información
1)	Mejora de la percepción de los pacientes	Acogida y acompañamiento por parte del Servicio de Atención al paciente de los ingresos programados (médico/quirúrgico); actualmente, son acompañados hasta las plantas en grupos	Tramite 1	Servicio de Atención al Paciente	% de grupos de pacientes con ingreso programado de 3 o menos pacientes acompañados por el Servicio de Atención al Paciente hasta su planta de ingreso	Grupos de 3 o menos pacientes / grupos totales por planta	Enfermería unidad	>90%	Manual	Trimestral	Registro manual (3 días en semana seleccionada)
2)	Mejora de la calidad de la asistencia	Identificación correcta del paciente a su llegada a planta para el ingreso	Tramite 1	Servicio de Admisión Servicio de Atención al Paciente	% de pacientes que llegan a la planta asignada para su ingreso (distinguiendo ingresos urgentes y programados) con la pulsera de identificación	Pacientes que ingresan con pulsera identificativa / pacientes totales por planta	Enfermería unidad	> 95%	Manual	Trimestral	Registro manual (3 días en semana seleccionada)
3)	Optimización de recursos	Correcta asignación del paciente en servicio de ingreso, de acuerdo al Protocolo de Criterios de Asignación de Camas	Tramite 1	Servicio de Admisión	% de traslados interservicios que se han realizado en las 24 horas siguientes al ingreso	Traslado interservicios <24H / total ingresos por servicio	Admisión	<5%	SSII	Trimestral	Datos de un trimestre
4.1)	Optimización de recursos	Adjudicación de cama a un paciente cuya solicitud de ingreso es realizada desde Urgencias	Tramite 1	Servicio de Admisión	% de pacientes cuyo tiempo transcurrido desde la solicitud de cama a Admisión (con cita programada) hasta la confirmación del ingreso en planta a la llegada del paciente es inferior a 3 horas	% pacientes con tiempo transcurrido desde solicitud ingreso programado por admisión hasta confirmación efectiva de la enfermería de planta a admisión del ingreso menor a 3 horas / total de ingresos por servicio	Admisión	>90%	SSII	Trimestral	Datos de un trimestre
4.2)					% de pacientes cuyo tiempo transcurrido desde la solicitud de cama a Admisión (desde Urgencias) hasta la confirmación del ingreso en planta a la llegada del paciente es inferior a 3 horas	% pacientes con tiempo transcurrido desde solicitud ingreso por admisión urgencias hasta confirmación efectiva de la enfermería de planta a admisión del ingreso menor a 3 horas / total de ingresos por servicio	Admisión	>90%	SSII	Trimestral	Datos de un trimestre

1.5- Proceso Hospitalización Convencional:

Indicadores del proceso

Nº	Objetivo	Acción a controlar	Tramite	Personal implicado	Indicadores de medición de cumplimiento	Formula	Responsable de la Medición	Objetivo	Método de Medición	Periodicidad de la Medición	Recogida de información
5.1)	Mejora de la calidad de la asistencia	Gestión, al ingreso del paciente, de las citas que tenía programadas para pruebas y consultas de otras especialidades	Tramite 2	Servicio de Admisión	% de pacientes con cita programada para consultas de otra especialidad a los que se les gestiona adecuadamente ésta y la sustitución por una interconsulta	Pacientes con cita programada de consultas a los que se le gestiona adecuadamente esta / Pacientes totales con cita programada por planta	Enfermería unidad	> 80%	Manual	Trimestral	Registro manual (3 días en semana seleccionada)
5.2)				Enfermería de Planta	% de pacientes con cita programada para pruebas de otra especialidad a los que se les gestiona adecuadamente la realización de ésta con los medios requeridos	Pacientes con cita programada de pruebas a los que se le gestiona adecuadamente esta / Pacientes totales con cita programada por planta	Enfermería unidad	> 80%	Manual	Trimestral	Registro manual (3 días en semana seleccionada)
6.1)	Mejora de la calidad de la asistencia	Delimitación del médico de referencia de cada paciente	Tramite 3	Servicio de Admisión	% de pacientes con médico de referencia asignado en ingreso programado	Pacientes en ingreso programado con medico de referencia asignado en el ingreso / Total pacientes con ingreso programado por servicio	Admisión	100%	SSII	Trimestral	Datos de un trimestre
6.2)				Servicios Medicos	% de pacientes con médico de referencia asignado en ingreso urgente (0 / < 24 h)	Pacientes en ingreso urgente con medico de referencia asignado en el ingreso / Total pacientes con ingreso urgente por servicio	Admisión	60% / 80%	SSII	Trimestral	Datos de un trimestre
7.1)	Mejora tiempos de asistencia	Optimización de la realización de pruebas diagnósticas a pacientes ingresados	Trámite 4	Enfermería de planta	% pacientes con cita programada con un tiempo transcurrido desde la solicitud de la prueba de imagen hasta la realización de la misma inferior a 48 h	Pacientes con prescripción ordinaria de imagen a los que se les realiza esta antes de las 48 horas / Pacientes totales con prescripción ordinaria de imagen por servicio	Mixta (enfermería unidad y admisión) (SSII)	> 70%	SSII	Trimestral	Registro manual (3 días en semana seleccionada) solicitud y, de SSII la realización
7.2)				Servicio de Diagnóstico por la Imagen	% pacientes de urgencias con un tiempo transcurrido desde la solicitud de la prueba de imagen hasta la realización de la misma inferior a 24 h	Pacientes con prescripción urgente de imagen a los que se les realiza esta antes de las 24 horas / Pacientes totales con prescripción programada de imagen por servicio	Mixta (enfermería unidad y admisión)	> 95%	SSII	Trimestral	Registro manual (3 días en semana seleccionada) solicitud y, de SSII la realización

1.5- Proceso Hospitalización Convencional:

Indicadores del proceso

Nº	Objetivo	Acción a controlar	Tramite	Personal implicado	Indicadores de medición de cumplimiento	Formula	Responsable de la Medición	Objetivo	Método de Medición	Periodicidad de la Medición	Recogida de información
8.1)	Mejora tiempos de asistencia	Normalización de las interconsultas	Trámite 5	Servicios Medicos	% de interconsultas preferentes realizadas en menos de 24 horas después de su solicitud	Interconsultas preferentes realizadas en menos 24 horas / interconsultas totales preferentes solicitadas por servicio	Enfermería planta	>95%	Manual	Trimestral	Registro manual (3 días en semana seleccionada)
8.2)				Servicio de Informática	% de interconsultas, de prioridad normal, realizadas en menos de 48 horas después de su solicitud	Interconsultas ordinarias realizadas en menos 48 horas / interconsultas totales ordinarias solicitadas por servicio	Enfermería de planta	>80%	Manual	Trimestral	Registro manual (3 días en semana seleccionada)
9)	Mejora de la calidad de la asistencia	Adecuada realización de las extracciones en planta por parte de las enfermeras de laboratorio y las enfermeras de la propia planta	Trámite 4	Servicio de Laboratorio	% de muestras que han llegado al laboratorio antes de las 9:30 de la mañana	Muestras recibidas en laboratorio antes de la 9.30 / muestras totales enviadas por planta	Laboratorio	>95%	SSII	Trimestral	Datos de un trimestre
10)	Mejora de la calidad de la asistencia	Pase de visita médico en el horario recomendado	Trámite 8	Servicios Medicos	% de facultativos que pasan visita médica antes de las 11,30	Facultativos pase de visita antes de las 11,30 / total facultativos por servicio	Enfermería unidad	> 70%	Manual	Trimestral	Registro manual (3 días en semana seleccionada)
					% de facultativos que pasan visita médica entre las 11,30 - 13:00	Facultativos pase de visita entre las 11,30 y 13 h. / total facultativos por servicio	Enfermería unidad	< 20%	Manual	Trimestral	Registro manual (3 días en semana seleccionada)
					% de facultativos que pasan visita médica pasadas las 13,00	Facultativos pase de visita después de las 13 h. / total facultativos por servicio	Enfermería unidad	< 10%	Manual	Trimestral	Registro manual (3 días en semana seleccionada)
11)	Mejora de la percepción de los pacientes	Información médica diaria a paciente/familiares en el lugar adecuado y a la hora convenida	Trámite 8	Servicios Medicos	% de pacientes/familiares por planta que reciben la información médica diaria en la sala adecuada al efecto	Paciente/familiar informado adecuadamente en lugar y hora / pacientes totales ingresados por planta	Enfermería unidad	> 90%	Manual	Trimestral	Registro manual (3 días en semana seleccionada)
12)	Mejora de la calidad de la asistencia	Conocimiento por parte del medico y enfermería de planta, de las correcciones al tratamiento propuestas por el farmacéutico	Trámite 8	Servicio de Farmacia Servicios medicos Enfermería de Planta	% de tratamientos para un paciente cambiados y notificados por el farmacéutico a planta	Tratamientos cambiados y notificados / total tratamientos cambiados por planta	Enfermería unidad / farmacia	>90%	Mixto	Trimestral	Registro manual (3 días en semana seleccionada) cambios notificados y, de SSII cambios realizados

1.5- Proceso Hospitalización Convencional: Indicadores del proceso

Nº	Objetivo	Acción a controlar	Trámite	Personal implicado	Indicadores de medición de cumplimiento	Formula	Responsable de la Medición	Objetivo	Método de Medición	Periodicidad de la Medición	Recogida de información
13.	Mejora tiempos de asistencia	Horarios de visitas de familiares en franja establecida	Trámite 8	Enfermería de planta	% de familiares por planta que visitan a los pacientes fuera del horario establecido (de 8 a 15 horas, excluyendo a los acompañantes habituales)	Pacientes que son visitados en horario 8 a 15 horas / pacientes totales ingresados por planta	Enfermería unidad	> 90%	Manual	Trimestral	Registro manual (3 días en semana seleccionada)
14.	Mejora de la calidad de la asistencia	Comunicación en las horas previstas entre el personal de enfermería de planta y el Servicio de Nutrición y Dietética	Trámite 8	Servicio de Nutrición y Dietética / Enfermería de planta	% solicitudes de dieta dentro del horario establecido que cada planta realiza a Nutrición y Dietética en cada una de las 4 comunicaciones diarias (8, 11, 15, 19)	Solicitudes de dieta en horario establecido / total solicitud de dieta por planta	Dietética	> 95%	Manual (SSII)	Trimestral	Registro manual (3 días en semana seleccionada)
15.	Mejora de la percepción de los pacientes	Horarios de comidas en tiempos establecidos	Trámite 8	Servicio de Nutrición y Dietética / Enfermería de planta	% de plantas que reciben el carro de comidas en el horario establecido (distinción entre desayunos, comidas, meriendas, cenas, y comidas especiales)	Llegada de carros en horario adecuado a zona de recogida / total llegada de carros por planta	Logística	> 95%	SSII	Trimestral	Datos de un trimestre
16.	Mejora de la percepción de los pacientes	Recepción y distribución adecuada de la comida para pacientes enviada a las plantas de Hospitalización	Trámite 8	Servicio de Nutrición y Dietética / Enfermería de planta	Tiempo de entrega de la comida desde que el carro es recibido en la bahía hasta que se realiza el reparto completo	Tiempo desde llegada de carro a zona de recogida hasta la finalización de la entrega de la última comida en planta por enfermería por planta	Logística y Enfermería unidad	< 20min	Mixto	Trimestral	Registro SSII llegada a zona de recogida y registro manual (1 semana seleccionada)

1.5- Proceso Hospitalización Convencional:

Indicadores del proceso

Nº	Objetivo	Acción a controlar	Trámite	Personal implicado	Indicadores de medición de cumplimiento	Formula	Responsable de la Medición	Objetivo	Método de Medición	Periodicidad de la Medición	Recogida de información
17.1)	Mejora de la calidad de la asistencia	Emisión adecuada de los informes de profesionales al alta del paciente	Trámite 9	Servicios Medicos	% de informes de alta emitidos	Total informes de alta emitidos en la fecha de alta del paciente / total altas por servicio	Admisión (SSII)	100%	SSII	Trimestral	Datos de un trimestre
17.2)					%de informes de continuidad de cuidados al alta emitidos	Total informes de continuidad de cuidados en la fecha de alta del paciente / total altas con necesidad de informe de cuidados por servicio	Enfermería unidad	100%	manual	Trimestral	Registro manual (1 semana selaccionada)
18)	Optimizacion de recursos	Comunicación en tiempo adecuado de la liberación efectiva de la cama al alta del paciente	Trámite 9	Servicio de Admisión	Alta con un tiempo transcurrido entre el alta del paciente y la comunicación a Admisión de la liberación de la cama <1 h	Altas con tiempo entre emision informe y alta de admision en el SSUU < 1h / total altas	Admisión (SSII)	>90%	SSII	Trimestral	Datos de un trimestre
19.1)	Optimizacion de recursos	Traslado en tiempo adecuado a centro sociosanitario	Trámite 12	Servicio de Admisión	% de camas a la espera salida a centro sociosanitario y/o media o larga estancia	Camas con canalizacion derivacion a centro m/l estancia o sociosanitario / total camas por planta	Admisión y Asistente Social	< 1%	Manual	Trimestral	Datos de un trimestre
19.2)				Asistente Social	Estancias totales de espera para el traslado al centro sociosanitario o m/l estancia desde la solicitud del mismo	(el mismo)	Admisión	< 2 pacientes	SSII	Trimestral	Datos de un trimestre

Indice

1. Proceso Hospitalización Convencional

2. Circuito de pacientes

3. Anexos

2.1- Circuito de pacientes

Introducción

A continuación se exponen la distribución de espacios planteada y los circuitos de pacientes definidos de la siguiente manera:

- Distribución de espacios Hospitalización Convencional
- Circuitos de acceso para pacientes y familiares
- Circuito de ingresos programados
- Circuito de ingresos urgentes
- Circuito interno plataforma robotizada



2.2- Circuito de pacientes

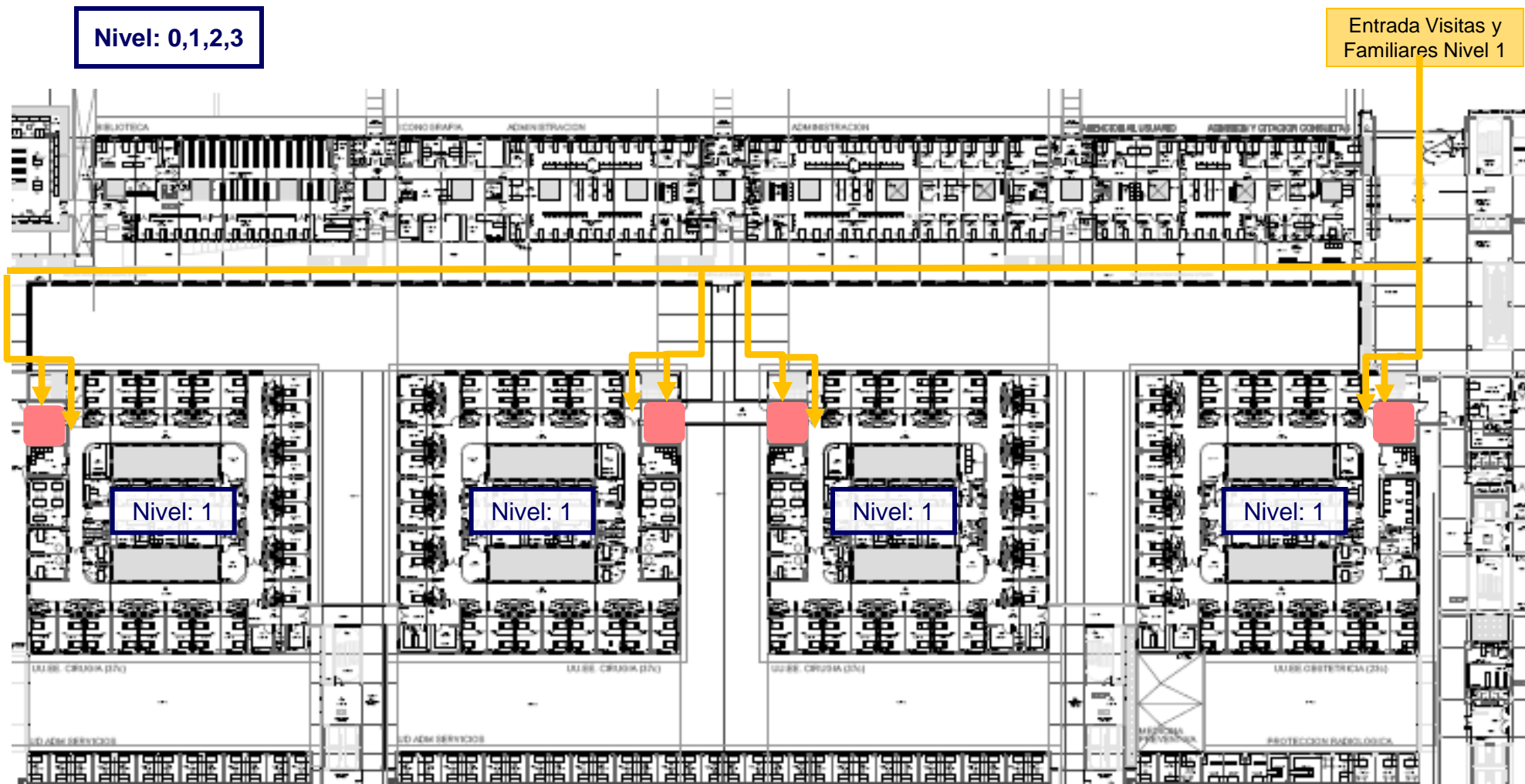
Distribución de espacios: Hospitalización Convencional

VISIÓN DE 2 BLOQUES TIPO



2.3- Circuito de pacientes

Circuito de acceso para visitas y familiares (Nivel 0,1,2,3)



Nivel: 0,1,2,3

Entrada Visitas y Familiares Nivel 1

Nivel: 1

Nivel: 1

Nivel: 1

Nivel: 1

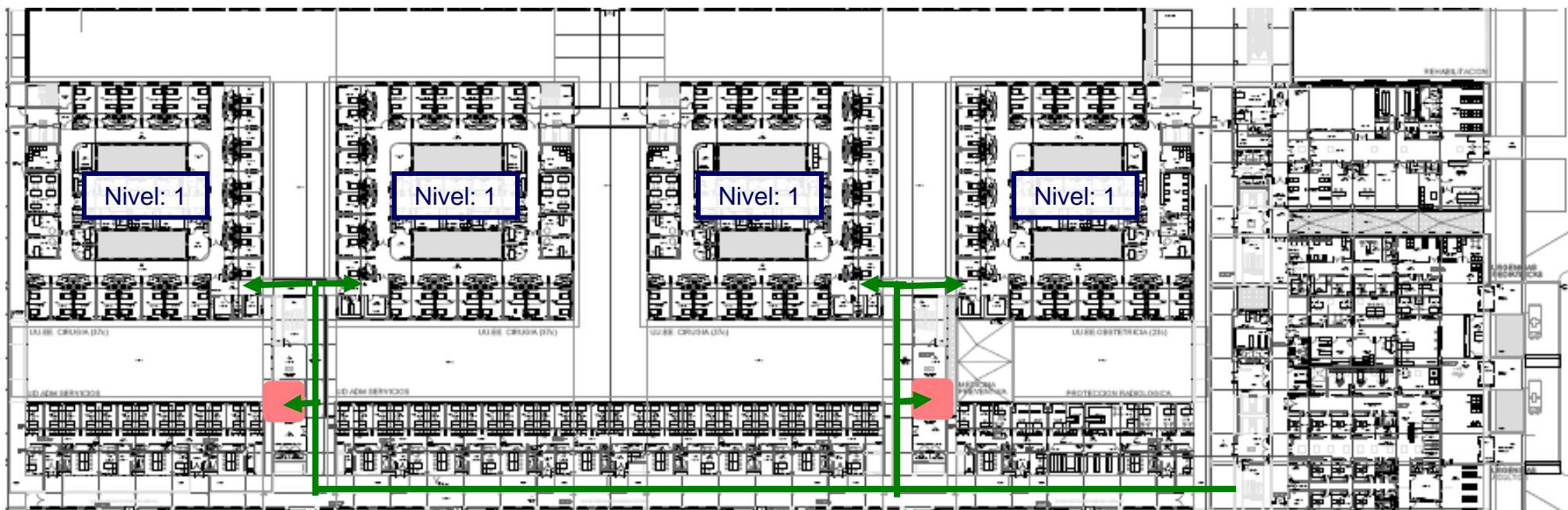
Ascensores a Niveles 0, 2 y 3

2.6- Circuito de pacientes

Circuito ingresos urgentes

Nivel: 0,1,2,3

Flujo ingresos desde Urgencias

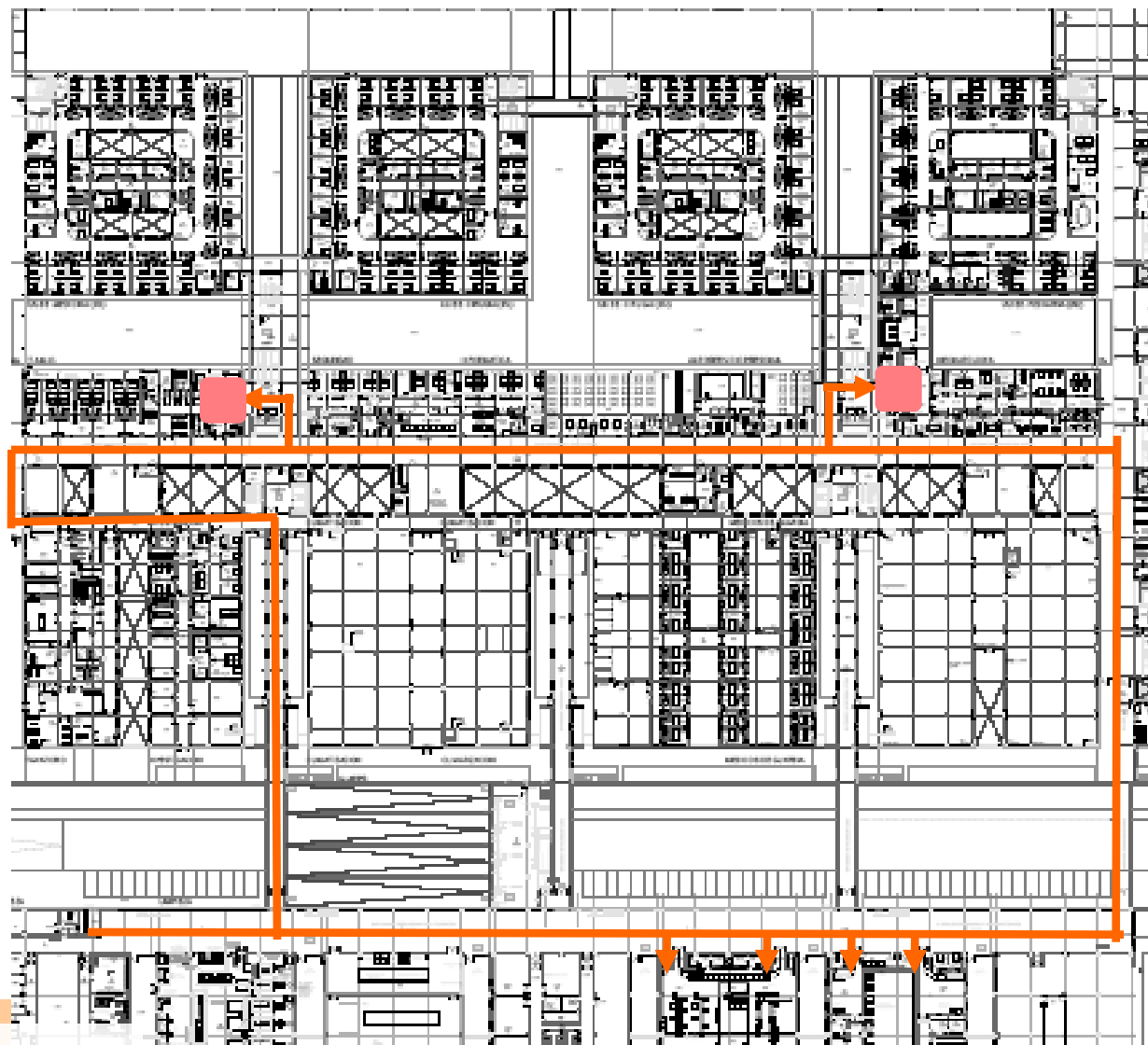


Ascensores a Niveles 0, 2 y 3

2.7- Circuito de pacientes

Circuito interno plataforma robotizada

Nivel: 0



Ascensores a Niveles 1, 2 y 3

Indice

1. Proceso Hospitalización Convencional

2. Circuito de pacientes

3. Anexos

A continuación, se presentan los siguientes Anexos

- **Anexo I.** Protocolo para la solicitud y realización de interconsultas en formato electrónico
- **Anexo II.** Protocolo de Acogida del paciente en la Unidad de Hospitalización.
- **Anexo III.** Protocolos de cuidados post-mortem
- **Anexo IV.** Protocolo de traslado intrahospitalario de pacientes.
- **Anexo V.** Distribución de extracciones

Anexo I:

Protocolo para la solicitud y realización de interconsultas en formato electrónico

1) Definición del procedimiento

Establecer un sistema de interconsultas hospitalarias en formato electrónico entre servicios del Hospital para la atención médica de pacientes ingresados con cita programada, por urgencias y procedentes del Hospital de día por otros médicos especialistas.

2) Objetivo

- El Establecimiento de un sistema de interconsultas hospitalarias en formato electrónico entre servicios del Hospital para pacientes ingresados con cita programada, por urgencias y procedentes del Hospital de día requiere la definición de los procesos para la solicitud de interconsultas, su recepción y asignación, su realización y su seguimiento o cierre.

3) Personal implicado

Personal facultativo y secretarías de todos los servicios del Hospital

4) Personal responsable

Médico especialista requerido

5) Sistema de Información

HPHCIS, SICLINICA

6) Acciones a llevar a cabo

- o **Solicitud** de una interconsulta entre servicios del Hospital:
 - Para cada paciente ingresado o desde el hospital de día existe la posibilidad de solicitar una interconsulta entre servicios. La solicitud debe de ser realizada por el facultativo del servicio origen al servicio que desea que realice la interconsulta (nunca habrá una solicitud a un facultativo específico).
 - La interconsulta contiene una serie de campos a cumplimentar por el facultativo que desea solicitar la consulta. Los campos a rellenar incluyen un título que explica a modo de resumen, la causa de la solicitud de la interconsulta, el servicio al que se solicita la interconsulta, el motivo de la consulta y el tipo de consulta según su nivel de importancia, indicada como normal, en e día o urgente.

Anexo I:

Protocolo para la solicitud y realización de interconsultas en formato electrónico

6) Acciones a llevar a cabo (continuación)

- o **Solicitud** de una interconsulta entre servicios del Hospital (continuación):
 - Al enviar la interconsulta queda registrado la persona que solicita la interconsulta, la fecha, la hora y el servicio receptor de la consulta. En este momento se considera que la interconsulta está en estado abierto.
 - Podrán estar abiertas más de una interconsulta por cada paciente ingresado del Hospital.
 - El plazo para la realización de la interconsulta por el correspondiente facultativo dependerá del nivel asignado para dicha consulta, pudiendo ser normal (<48 horas), en el día (<24 horas) o urgente (<2 horas).
- o **Recepción y asignación** de la interconsulta:
 - La solicitud de la interconsulta es enviada al correspondiente servicio en estado pendiente de asignación. Si la interconsulta es urgente además se contactará telefónicamente.
 - La interconsulta podrá ser leída por el personal de secretaría o facultativos del servicio correspondiente.
 - La asignación de la interconsulta para su realización por un facultativo dependerá en cada caso del procedimiento adoptado por cada servicio del Hospital en este aspecto.
 - En el momento en que la interconsulta esté asignada a un facultativo quedará reflejado en el historial del paciente ,y en la lista de avisos del correspondiente servicio lo siguiente: la persona que hace la asignación, la persona asignada para la realización de la consulta, la fecha y la hora de asignación.
 - En este momento se considera que la interconsulta está pendiente de resolución y así queda reflejado.
- o **Realización** de la interconsulta:
 - La realización de interconsultas con nivel urgente debe prevalecer sobre el resto de interconsultas pendientes de responder por un servicio determinado.
 - Una vez realizada la interconsulta el facultativo deberá completar el campo del informe de la interconsulta destinado a valorar el tratamiento a seguir o comentar sus recomendaciones sobre el mismo.

Anexo I:

Protocolo para la solicitud y realización de interconsultas en formato electrónico

6) Acciones a llevar a cabo (continuación)

o **Seguimiento o cierre** de la interconsulta:

- Una vez realizada la interconsulta y escrito el informe de tratamiento al servicio que solicitó la interconsulta existen dos opciones a seguir:
 - 1) cerrar la interconsulta por parte del facultativo que ha realizado la interconsulta (y por tanto el procedimiento se da por finalizado);
 - 2) El facultativo que ha realizado la interconsulta puede solicitar un seguimiento de la misma de forma que ésta continúe aún abierta y así queda reflejado en el historial del paciente y en la lista de avisos del correspondiente servicio , hasta su cierre definitivo.

Anexo II:

Protocolo de Acogida del paciente en la Unidad de Hospitalización

1) Definición del procedimiento

Conjunto de actividades realizadas cuando el paciente ingresa en una Unidad de Hospitalización, que permitan proporcionarle los cuidados necesarios para lograr una adaptación al entorno del Hospital y a su normativa, tanto para él como para su familiar.

2) Objetivo

- Recibir al paciente y sus familiares
- Disminuir la ansiedad del paciente proporcionando la correcta y suficiente información
- Instaurar los primeros cuidados de enfermería, adecuados a su nivel de salud-enfermedad
- Adaptar al paciente y sus familiares al medio hospitalario

3) Personal que lo realiza

Enfermera y Auxiliar de Enfermería

4) Material necesario

- Manual de acogida y folleto informativo de la Unidad (si lo hubiera)
- Neceser de bienvenida:
 - Productos para el aseo personal
 - Recipientes para depositar prótesis dentales (si precisa)
- Habitación:
 - Cama (con barras de seguridad)
 - Armario
 - Mesilla
 - Silla
 - Sillón
 - Cortina separadora
 - Luz y timbre
 - Toma de oxígeno y vacío con aparataje
- Ropa
 - Sábanas y colcha
 - Almohada y funda
 - Manta
 - Pijama o camisón
 - Bata
 - Toalla
- Enseres
 - Vaso
 - Pañuelos de papel
 - Orinal de caballero (botella) y/o cuña
 - Papel higiénico
 - Palangana

Anexo II:

Protocolo de Acogida del paciente en la Unidad de Hospitalización

5) Material necesario (continuación)

- Toma de constantes:
 - Aparato de tensión arterial
 - Fonendoscopio
 - Termómetro

6) Acciones a llevar a cabo

- Confirmar la identidad del paciente
- Verificar que ha realizado el trámite correspondiente en el servicio de Admisión
- Presentarse al paciente y/o familiares y ofertar disponibilidad
- Recoger la documentación aportada por el paciente y/o familiares (informe médico, teléfono de contacto, etc.)
- Acompañar y acomodar al paciente y la familia en la habitación, presentando a sus compañeros si tuviera
- Explicarle cómo hacer uso del mobiliario, lavabo, luces, teléfono, timbres, etc.
- Entregar guía informativa del hospital y de la unidad (si la hubiera), junto con el neceser de bienvenida
- Indicar que se ponga el camisón o pijama
- Ubicar sus pertenencias y objetos de valor
- Tomar constantes vitales una vez que el paciente esté en reposo y relajado
- Verificar, si es portador de algún tipo de sonda o catéter y el buen funcionamiento de los mismos
- Realizar entrevista y valoración de enfermería
- Realizar plan de cuidados
- Revisar historia médica y aplicar órdenes médicas si precisa
- Proporcionar alimentos si el ingreso se efectúa por la noche y no existe contraindicación
- Anotar en los registros de enfermería las incidencias del procedimiento

Anexo II:

Protocolo de Acogida del paciente en la Unidad de Hospitalización

7) Observaciones

- A todo paciente se le aplicará el protocolo de acogida
- A todo paciente se le realizará un plan de cuidados
- En caso de que algún elemento perteneciente al entorno del paciente se encontrara en malas condiciones o averiado, se procederá a su sustitución o reparación a la mayor brevedad posible
- Para la guarda y custodia de los objetos de valor del paciente, se entregarán (previa comprobación) al personal de seguridad
- A través de la entrevista con el paciente y/o familiares, obtendremos y daremos información adecuada para acomodarnos a la situación personal del paciente, para lo cual debemos tener en cuenta:
 - * Preservar su intimidad
 - * Dirigirnos al paciente por su nombre
 - * Presentarnos e indicar nuestro papel dentro del equipo
 - * Utilizar información y terminología que el paciente comprenda y cerciorarnos de ello
 - * No dar sobrecarga de información
 - * Evitar discrepancias entre la información de familia y paciente
 - * Mantener una actitud tranquila y sin prisas
- Si el paciente requiere tratamiento urgente o no está en condiciones, el protocolo se realizará cuando su estado lo permita

8) Criterios para su evaluación

Anotar en los registros de enfermería las incidencias que se salgan del protocolo o hayan impedido el desarrollo del mismo

Anexo III:

Protocolo de cuidados post-mortem

1) Definición del procedimiento

Preparación del paciente fallecido para su traslado al mortuario

2) Objetivo

- Tratar el cuerpo con la máxima intimidad y respeto
- Respetar los rasgos expresivos del paciente en la medida de lo posible
- Ayudar a conservar los tejidos corporales en el mejor estado posible
- Cubrir las necesidades emocionales y espirituales de los familiares

3) Personal que lo realiza

Enfermera, Auxiliar de Enfermería y Celador

4) Material necesario

- Batea
- Guantes desechables
- Esponja jabonosa y agua
- Apósitos
- Esparadrapo
- Venda de gasa
- Gasa
- Tijeras
- Pinzas de disección si es preciso
- Suturas si fuera necesario
- Pulsera identificativa

Anexo III:

Protocolo de cuidados post-mortem

5) Acciones a llevar a cabo

a) Preparación del paciente fallecido:

▪ Consideraciones previas:

- * Comprobar signos inequívocos de muerte, mediante un registro electrocardiográfico e inactividad respiratoria.
- * Avisar al médico para certificar la muerte e informar a la familia
- * Permitir a los familiares que permanezcan, si lo desean y es posible con la persona fallecida durante un tiempo para poder manifestar sus emociones
- * Invitar a la familia a retirarse a otra dependencia mientras se procede a la aplicación de los cuidados post-mortem de la persona fallecida
- * Explicar a los familiares los pasos a seguir una vez que se traslada al fallecido al mortuario: funeraria, parte de defunción...

▪ Preparación del cuerpo.

- * Preparar el material necesario
- * Retirar vías, sondas, sistemas de ayuda para la respiración y alimentos si los hubiera, colocando apósitos para evitar la salida de sangre en puntos de acceso venosos
- * Realizar higiene del difunto si fuera necesario
- * Colocar pañal absorbente para recoger posibles fluidos como consecuencia de relajación de esfínteres
- * Colocación de pulsera identificativa en la persona fallecida
- * Se retirarán y entregarán a la familia las prótesis si las tuviera (oculares, dentales o de alguna extremidad) siempre que las circunstancias lo permitan
- * Si hay lesiones en la cara , cubrir como si de una cura se tratase
- * La boca y los ojos deben cerrarse presionando suavemente
- * Colocar el cuerpo en posición supina, manteniendo las extremidades alineadas al cuerpo si es posible
- * Avisar al celador para traslado al mortuario, firmando en el libro de registro de defunciones.

Anexo III:

Protocolo de cuidados post-mortem

5) Acciones a llevar a cabo (continuación)

b) Documentación:

- Registro del traslado al mortuario:
 - * Colocar etiqueta identificativa en el libro de registro, junto con la fecha y hora de la defunción.
 - * Adjuntar tres etiquetas con los datos del paciente para su identificación en mortuario.
 - * Comunicación del fallecimiento al servicio de admisión del hospital:
 - * Colocar etiqueta identificativa en hoja de registro de altas, poniendo la fecha y señalizando que la causa es una defunción, enviar por fax al servicio de admisión
- Registro de enfermería:
 - * Dejar registrada la hora junto con una breve incidencia de lo ocurrido, en el registro de comentarios de enfermería correspondiente, ya sea manual o informatizado

6) Precauciones y sugerencias durante el procedimiento

- Precaución del personal con los objetos punzantes
- Identificar debidamente al paciente
- Recoger los objetos personales en bolsas etiquetándolas correctamente

7) Observaciones

- Si el caso de defunción tiene parte judicial hay que seguir las normas establecidas por el hospital:
- Avisar a través de la central de teléfonos al juzgado de guardia (lo hará el jefe de la guardia)
- Notificar el fallecimiento al juzgado y pedir autorización para bajar el cadáver al mortuario
- En la identificación del paciente tiene que figurar que tiene parte judicial
- Todas las actuaciones deben ser realizadas con suficiente discreción por respeto al resto de pacientes y familiares del difunto

8) Criterios para su evaluación

Registrar en la Hoja de Enfermería el procedimiento realizado y las incidencias si existieran

Anexo IV:

Protocolo de traslado intrahospitalario de pacientes

1) Definición del procedimiento

Conjunto de actividades encaminadas a cambiar de ubicación a un paciente ingresado bien dentro de una misma Unidad (intraunidad) o bien a otra distinta (interunidad o traslado de planta).

2) Objetivo

- Realizar un cambio de ubicación del paciente ingresado de forma segura y eficaz, incluyendo la Historia Clínica y los objetos personales.
- Acomodar al paciente según sus necesidades particulares sea cual sea su ubicación para favorecer su pronta recuperación.

3) Personal que lo realiza

- Supervisora, Enfermera y Auxiliar de la Unidad emisora del traslado.
- Supervisora, Enfermera y Auxiliar de la unidad receptora del paciente.
- Celador/a.
- Administrativo del servicio de admisión

4) Material necesario

- Enseres personales del paciente.
- Documentación clínica del paciente.
- Instrumentos o materiales ocasionales que precisa el paciente en su tratamiento y de los que no puede ser desprendido en el momento del traslado (oxígeno, soportes para suero intravenoso, sondas, etc.)
- Cama o silla de ruedas.

Anexo IV:

Protocolo de traslado intrahospitalario de pacientes

5) Acciones a llevar a cabo

- Unidad emisora:

- * La Supervisora/Enfermera de la Unidad emisora acuerda con la Supervisora/Enfermera de la Unidad receptora (mediante llamada telefónica) el momento del traslado y la nueva ubicación del paciente.
- * La enfermera informará al paciente y/o familia acerca del traslado, recomendándoles la recogida y orden de los enseres personales.
- * La enfermera prepara (recoge y ordena) la documentación clínica del paciente (Historia Clínica) y hace una valoración para determinar cómo será trasladado el paciente (caminando, en silla de ruedas, en cama).
- * La auxiliar de enfermería comprueba que el paciente está en condiciones de aseo-vestido para el traslado. Ayuda a recoger las pertenencias si fuera necesario.
- * La enfermera y/o la auxiliar comprueban que si el paciente porta sueros, sonda, oxígeno, etc. todo está adecuado con seguridad para el traslado.
- * A través de llamada telefónica o del busca, se avisa al celador de la Unidad Emisora.

- Unidad receptora:

- * El celador lleva al paciente hasta la nueva ubicación en las condiciones más adecuadas de seguridad. Comunica al personal de enfermería de la llegada del paciente y entrega la documentación del mismo.
- * La enfermera y/o auxiliar acogen al paciente en la nueva ubicación, comprobando si fuera necesario, los instrumentos o materiales que el paciente precisa para su tratamiento (oxígeno, sondas, sueros, ...).
- * La enfermera ordena y comprueba la documentación recibida del paciente.
- * La enfermera comunica mediante Fax el traslado al servicio de Admisión.
- * La enfermera o auxiliar comunica al servicio de Dietética la nueva ubicación del paciente, mediante llamada telefónica.
- * En ocasiones será necesario que la enfermera avise al facultativo correspondiente, generalmente para actuaciones en las ordenes de tratamiento (pacientes provenientes de UCI, REA quirúrgica, o cualquier otra circunstancia que así lo indicara,...)

Anexo IV:

Protocolo de traslado intrahospitalario de pacientes

6) Precauciones y sugerencias durante el procedimiento

- Se procurará el traslado en el momento más adecuado para el paciente y la mecánica de la Unidad de destino, teniendo en cuenta los horarios de comidas, de administración de medicación, de Farmacia.
- Se considerarán las circunstancias personales del paciente (acompañamiento familiar, edad, nivel de conciencia).
- En casos puntuales se precisará que el paciente sea trasladado por más de un celador, o que sea acompañado por algún miembro de enfermería (paciente intubado o portador de instrumentos o aparataje que así lo requiera)

7) Observaciones

Cuando la historia del paciente, o parte de ella, está informatizada no será necesario nada más que comunicar el cambio al servicio de admisión y pasarán todos los datos del paciente a la nueva ubicación.

8) Criterios para su evaluación

Anotar en los registros de enfermería el procedimiento realizado y las incidencias si las hubiera tanto en la unidad de partida como en la de destino.

Anexo V:

Distribución de extracciones

1) Distribución de extracciones

DISTRIBUCIÓN DE EXTRACCIONES			
BLOQUE 1	PLANTA 0	PEDIATRÍA	UNIDAD
BLOQUE 1	PLANTA 1	OBSTETRICIA	HEMATOLOGÍA
BLOQUE 1	PLANTA 2	CIRUGÍA	UNIDAD
BLOQUE 1	PLANTA 3	PSIQUIATRÍA	UNIDAD
BLOQUE 2	PLANTA 0	DIGESTIVO	A. CLÍNICOS
BLOQUE 2	PLANTA 1	GINE-PLÁSTICA	UNIDAD
BLOQUE 2	PLANTA 2	TRASPLANTE HEPÁTICO	UNIDAD
BLOQUE 2	PLANTA 3	NEUMOLOGÍA	A. CLÍNICOS
BLOQUE 3	PLANTA 0	MEDICINA INTERNA	HEMATOLOGÍA
BLOQUE 3	PLANTA 1	C. MAXIL-ORL	UNIDAD
BLOQUE 3	PLANTA 2	NEFRO-URO	UNIDAD
BLOQUE 3	PLANTA 3	CARDIO	HEMATOLOGÍA
BLOQUE 4	PLANTA 0	MEDICINA INTERNA	A. CLÍNICOS
BLOQUE 4	PLANTA 1	TRAUMA	UNIDAD
BLOQUE 4	PLANTA 2	NEURO/NEUROC	A. CLÍNICOS
BLOQUE 4	PLANTA 3	HEMATOLOGÍA/ ONCOLOGÍA	HEMATOLOGÍA

Anexo V:

Distribución de extracciones

2) Unidades que realizan las extracciones de los pacientes ingresados y que son analíticas pedidas y cursadas por vía normal

- 1-0: PEDIATRÍA
- 1-2: CIRUGÍA
- 1-3: PSIQUIATRÍA
- 2-1: GINE-PLÁSTICA
- 3-1: C-MAXILOF-ORL
- 3-2: NEFRO-UROLOGÍA
- 4-1: TRAUMATOLOGÍA

Al resto de las unidades, las extracciones las realizan las enfermeras adscritas al Servicio de Hematología y al servicio de Laboratorio



HOSPITAL UNIVERSITARIO
RÍO HORTEGA