

SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

**MANUAL DE
PROCEDIMIENTO DEL
ÁREA DE GESTIÓN DE
PACIENTES:
ADMISIÓN URGENCIAS
Y PROGRAMADA**

Revisado en octubre de 2024

Elaborado por:

- Dra. Soledad Sañudo García. *Jefe de Servicio de admisión y Documentación Clínica.*
- Dra. Inés Fernandez-Labandera Ramos. *Responsable de Iss Unidades de admisión de urgencias y programada.*
- Dña. Ana M^a Pilar Cuéllar. *Jefe de Grupo de Admisión de Urgencias.*
- D.David Fernández Caramazana. *Jefe de Grupo de Admisión de Hospitalización Programada.*

VERSIONES:

1ª versión. Manual de Procedimientos del Area de Gestión de pacientes. Area de admisión de urgencias y programada.	19 de Septiembre de 2018
1º REVISION	Agosto 2019
3ª REVISION	Septiembre 2023
4ª REVISION	Octubre 2024

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
ORGANIGRAMA Y DEPENDENCIA FUNCIONAL.....	6
OBJETIVO	6
A- GESTIÓN DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL.....	8
DEPENDENCIA FUNCIONAL	8
RECURSOS.....	8
FUNCIONES.....	8
PROCEDIMIENTOS DE ACTUACIÓN.....	9
1. Identificación del Paciente.....	9
2. Registro de la Atención	10
3. Registro de pacientes con partos extrahospitalarios.....	10
4. Registro de pacientes de identificación imposible (desconocidos).....	11
5. Registro del alta de urgencias.....	11
6. Solicitud de Transporte Sanitario	11
7. Tramitación de Partes Judiciales	12
8. Gestión de altas de urgencias con paso a consultas externas.....	12
9. Registro de exitus	12
10. Información General.....	13
B- GESTIÓN DE INGRESOS Y DE CAMAS DE HOSPITALIZACIÓN. 14	
DEPENDENCIA FUNCIONAL	14
INGRESOS URGENTES	14
INGRESOS PROGRAMADOS	15
RECURSOS.....	15
FUNCIONES.....	15
PROCEDIMIENTOS DE ACTUACIÓN:	16
1. Identificación del Paciente.....	16
2. Registro de ingreso	16
3. Registro de movimientos	18
4. Registro de altas.....	19
5. Habilitar e inhabilitar camas (Aislamiento de pacientes).....	19

6.	Cierre y apertura de camas:.....	20
7.	Solicitudes de Transporte Sanitario.	20
8.	Ingresos de pacientes en Hospital de Día Pediátrico.	21
9.	Gestión de pacientes sometidos a Hemodinámica diagnóstica y/o terapéutica programada.	22
10.	Gestión de pacientes en la Unidad del Dolor Edificio Rondilla.	22
C- GESTIÓN DE CAMAS EN UNIDADES CON CAMAS "NO OFICIALES"		23
ANEXOS		26
ANEXO 1: CRITERIOS PARA LA ASIGNACIÓN DE CAMAS APROBADOS POR LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL.		26
ANEXO 2: MAPA DE PROCESOS DE GESTIÓN DE PACIENTES EN HOSPITALIZACIÓN.....		29
ANEXO 3: DISTRIBUCIÓN DE CAMAS ENTRE UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN Y SERVICIOS		30
ANEXO 4: PARTE DE CAMAS. SITUACIÓN EN 2023. EN REVISIÓN.....		31
ANEXO 5: LOCALIZACIÓN DE LAS CAMAS Y PUESTOS ASISTENCIALES CON PRESIÓN POSITIVA Y NEGATIVA.....		32
ANEXO 6: CORRELACIÓN DE UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PARA ASIGNAR INGRESOS ECTÓPICOS, SEGÚN EL SERVICIO DE INGRESO ASIGNADO. (Situación 2023. En revisión)		33
ANEXO 7: DISTRIBUCIÓN DE CAMAS NO OFICIALES GESTIONADAS POR EL SADC. SITUACIÓN EN 2023. EN REVISIÓN.		34
ANEXO 8: CIRCUITO DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS...		35

INTRODUCCIÓN

Entre las funciones del Servicio de Admisión y Documentación Clínica (SADC), **la gestión de pacientes** es una de las fundamentales. Supone integrar los contactos y movimientos asistenciales de todos los pacientes en el hospital y en el área de atención especializada que le corresponde, coordinando las acciones y recursos alrededor de la asistencia de cada paciente.

Desempeña un papel fundamental en la gestión y organización del flujo de pacientes en este ámbito asistencial. Es el primer punto de contacto para los pacientes que ingresan al hospital, y su función va más allá de simplemente registrar la información ya que implica una serie de responsabilidades críticas que facilitan que todo el equipo asistencial realice una atención adecuada y eficiente.

En concreto, esta sección funcional del SADC se ocupa de la gestión de los pacientes en el área de urgencias, y de hospitalización (programada, a domicilio, hospital de día y CMA).

Así, sus tareas principales están dirigidas a:

- Identificar de manera correcta a los pacientes en estos ámbitos asistenciales.
- Gestión y organización de la hospitalización de agudos y de las camas hospitalarias disponibles para ello.
- Gestión y organización de otras modalidades de hospitalización; crónicos, paliativos, etc.
- Gestión de las derivaciones de asistencia intercentros para pacientes hospitalizados.
- Gestión de la demanda de atención en la Unidad de Urgencias.
- Colaboración con el área de gestión económica.

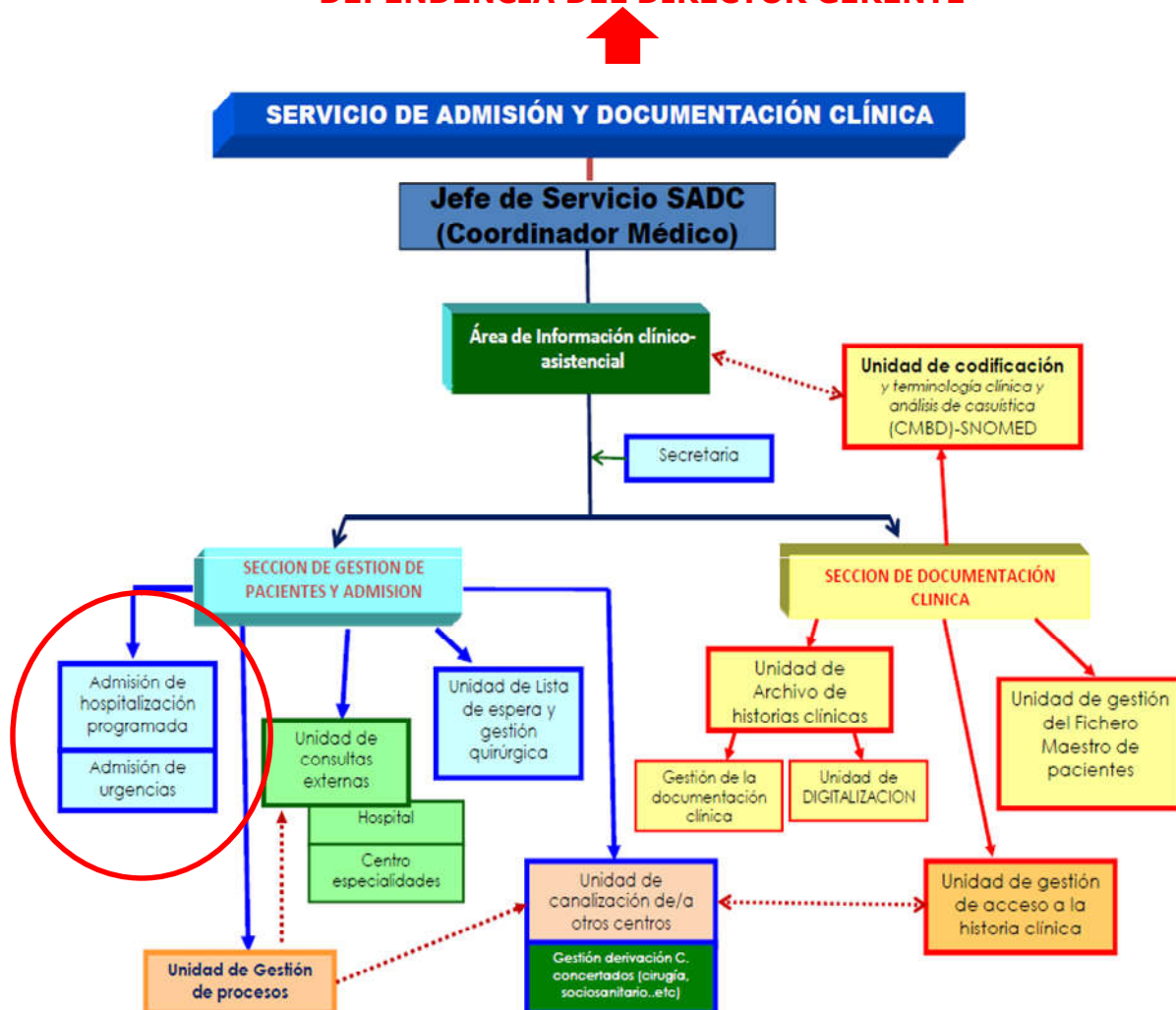
La gestión de pacientes en las unidades de urgencias y hospitalización programada del SADC, integra los contactos y movimientos asistenciales que se generan dentro del hospital, coordinando las acciones y recursos alrededor de la asistencia, facilitando la tarea de los servicios clínicos. Ambas unidades se encuentran bajo la responsabilidad de un Médico de Admisión y Documentación Clínica que supervisa las funciones, valida las solicitudes, gestiona el proceso de hospitalización, asegura el cumplimiento de los criterios de asignación de camas, analiza la situación de camas de manera global, toma decisiones para facilitar el movimiento y la atención de los pacientes y siendo interlocutor con los servicios médicos, la Dirección Médica y la Dirección de Enfermería.

ORGANIGRAMA Y DEPENDENCIA FUNCIONAL

En el Servicio de Admisión y Documentación Clínica, la gestión de las atenciones de los pacientes que acuden a urgencias y de las camas hospitalarias y todos los procesos de gestión asociados a estos, los realizan en este ámbito, la Unidad de Admisión de Urgencias y la de Admisión programada, con la colaboración de otras unidades del SADC, como son la de lista de espera, fichero de pacientes, unidad de canalización a otros centros, etc. como se identifica en el organigrama adjunto.

EL SERVICIO DE ADMISION Y DOCUMENTACION CLÍNICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO RIO HORTEGA

DEPENDENCIA DEL DIRECTOR GERENTE



El objetivo del presente Manual de procedimientos es detallar las funciones, actividades y tareas que se realizan en las unidades identificadas del SADC, (**urgencias y hospitalización programada**), así como su interrelación con el resto de unidades del SADC: lista de espera, citaciones,

coordinación y derivación intercentros, fichero maestro de pacientes, documentación clínica, sistemas de información, codificación y con otras del hospital entre ellas fundamentalmente con la Dirección Médica, de enfermería, cargos a terceros y facturación o incluso de fuera del hospital; otros hospitales, empresa de transporte sanitario, Juzgados de guardia, FCSE, etc.

El proceso de la gestión de camas y de la hospitalización de los pacientes, bien procedentes de la urgencia hospitalaria, bien procedentes de la programación quirúrgica o médica o de otros ámbitos, es uno de los más complejos que se realiza en el SADC, y donde la necesidad de coordinación primero entre las unidades de admisión de urgencias y programada y después entre el resto, es una de las complejas de las que se realizan en este ámbito del SADC.

El principal objetivo de la gestión de camas es garantizar la optimización en el uso de cada cama, en el que el SADC está implicado en las siguientes funciones:

- Programar y priorizar la asistencia: en base a la demanda a tiempo real, con criterios y prioridades claros. Evaluar e informar de la demanda asistencial prevista y comprometida.
- Gestionar las camas: procurar en base a las normas dadas en el hospital, la distribución favorable y razonable de camas, su asignación al servicio y unidad de hospitalización adecuado, según la situación de ocupación del hospital, situación clínica del paciente, sexo y edad, nivel de cuidados, recomendaciones médicas y priorización.
- Realizar el registro adecuado del episodio de hospitalización.
- Conocer la ubicación del paciente en tiempo y forma.
- Generar indicadores que evalúen la actividad de hospitalización y urgencias y permitan al hospital y a sus servicios clínico tras su análisis, una mejor gestión en este ámbito de atención en el hospital.
- Coordinar los traslados de pacientes hospitalizados entre hospitales, tanto de la comunidad como de otras.

A- GESTIÓN DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL

La Unidad de Admisión de Urgencias es la encargada de dar soporte organizativo a la demanda de atención en el Servicio de Urgencias. Esta Unidad del SADC es el primer punto de encuentro entre el paciente y el hospital en este ámbito.

Este es uno de los puntos del SADC, donde la adecuada atención a los usuarios es más relevante. Es deber del personal de esta unidad del SADC atender a los usuarios con educación, amabilidad, y agilidad, garantizando además una adecuada identificación y registro de los datos, para facilitar el inicio de la atención.

DEPENDENCIA FUNCIONAL

La Unidad de Admisión Urgencias del SADC, tiene como responsable a un Médico de Admisión y Documentación Clínica que depende a su vez de la Jefatura del Servicio de Admisión y Documentación Clínica.

RECURSOS

Compartidos también para la gestión de camas e ingresos

- 1 jefe de grupo
- 14 auxiliares administrativos, que trabajen de lunes a domingo en tres turnos.
- Programa de gestión de pacientes HP-HCIS
- 4 PC + 3 teléfonos + 3 impresoras + 3 impresoras de pulseras identificativas para adultos y una para niños.
- Una dirección de correo interno y otra de correo externo.
- Acceso a los programas de solicitud de ambulancias, de limpieza de camas y para comunicación con los Juzgados de guardia (Hermes).
- Acceso a la información de las atenciones y altas de urgencias en JIMENA IV.

FUNCIONES

1. Registro del episodio de urgencias

- Registrar los datos de identificación del paciente, actualizando los datos variables del Fichero Maestro de Pacientes según las directrices y en coordinación con esta Unidad del SADC.
- Registrar los datos de entrada básicos que identifican el episodio de urgencias: fecha y hora de solicitud de asistencia, procedencia, motivo de asistencia.
- Clasificar el episodio asistencial según el tipo de financiación.
- Elaborar las pulseras identificativas y etiquetas de identificación.
- Entregar la identificación de acompañante

- Capturar y registrar los datos del alta del paciente con el fin de cerrar el episodio asistencial: fecha y hora del alta, diagnóstico y destino del alta.
- Entregar al paciente/familiar en los episodios facturables y en coordinación con la Unidad de Cargos del hospital, la Nota Informativa.

2. Coordinación organizativa del proceso asistencial en el área de urgencias

- Establecer los procedimientos de verificación necesarios para conocer el momento de llegada del paciente a urgencias, si ha pasado o no por traje y el momento del alta y su destino.
- Proporcionar el soporte operativo preciso a los servicios que actúan en el área de urgencias para la solicitud de transporte sanitario y la gestión del alta según destino.
- Identificar y priorizar problemas en relación con la gestión de los procesos en el área de urgencias, impulsando estrategias de mejora en cooperación con los servicios implicados.
- Actuar, con carácter general y en coordinación con el personal sanitario del Servicio de Urgencias, como punto de información y de referencia de pacientes y familiares para aquellos aspectos relacionados con la ubicación de los pacientes en urgencias.
- Igualmente actuar como punto de información y de referencia de familiares o terceros autorizados sobre la ubicación de los pacientes ingresados en hospitalización dentro de las primeras 24 horas del ingreso y solo en el caso de ingresos urgentes.
- Facilitar los justificantes de atención de urgencias en el momento del alta, cuando se soliciten.
- Gestión en coordinación con la Unidad de Citaciones del SADC, de las altas de urgencias con destino a consultas externas, incluyendo los procesos clínicos coordinados con diferentes servicios y hospitales; diverticulitis, tromboembolismo pulmonar, etc.
- Gestión tras el alta de urgencias para la derivación a la UPAC, a través de la Dirección de Atención Primaria.
- Gestión de las atenciones de los pacientes que acuden a urgencias procedentes de hospitalización a domicilio, Paliativos, Benito Menni, Residencias Públicas, etc.

PROCEDIMIENTOS DE ACTUACIÓN

1. Identificación del Paciente

Mediante la solicitud al paciente de su **tarjeta sanitaria, DNI o Pasaporte**. Se hace verificación verbal de los datos y filiación. Esta información se coteja con la que exista en el fichero de pacientes. En los casos que no aporten documentación, se hace cotejo verbal de los datos según el procedimiento de identificación de pacientes establecido en el SADC.

Si no existe ningún número de historia clínica, una vez valorada que la información y documentación facilitada es fiable, se identifica al paciente y se crea un número de historia clínica provisional.

Si hubiera dudas en la identificación o la información no es concluyente y no se aporta ninguna documentación, se crea un nuevo nº de historia clínica, como paciente privado, comunicándolo tanto a cargos como a la unidad de fichero maestro de pacientes del SADC, para valorar y validar el caso, según el protocolo de la Unidad de Fichero de Pacientes del SADC y el protocolo de Comunicación del SADC.

2. Registro de la Atención

Una vez completada la identificación del paciente se procede al *registro de la atención* en el módulo de atención de urgencias del HP-HIS. Para ello, se solicita al paciente o acompañante, la información imprescindible (y ninguna otra más) que permita cumplimentar los datos y que son:

- Motivo de llegada: Enfermedad común (**en ningún caso se preguntará por patologías, ni se permitirá que el paciente lo exprese en este momento**), accidente, lesión, motivo obstétrico u otros.
- Procedencia: Procedencia domiciliaria, derivado desde Atención Primaria, derivado desde otro centro hospitalario, derivado desde un servicio del propio hospital, etc.
- En los casos en que acudan contratransporte sanitario: identificar tipo de ambulancia, convencional, helicóptero, unidad medicalizada de emergencia, unidad de soporte vital avanzado, unidad de soporte vital básico.
- Financiador y garante: se ha de identificar si es un proceso a cargo del SNS o en los casos en los que procede, se ha de identificar si es accidente de tráfico, accidente de tráfico sin UNESPA, accidente de trabajo, convenios internacionales, empresas colaboradoras, entes territoriales, estado, mutualidades, sanidad privada, particulares o desconocido.
- Documentación identificativa aportada: D.N.I. o N.I.F., pasaporte, permiso de residencia trabajo, tarjeta de residencia comunitaria, carnet de conducir, tarjeta sanitaria, N.I.E., cartilla de la seguridad social u otros documentos.
- Una vez recogidos los datos, se imprimen las etiquetas y la pulsera identificativa con el nombre y apellidos, número de historia clínica y episodio del paciente, que se adjuntan a la documentación que el paciente aporta (Interconsulta de Medora, informe del 112, electrocardiogramas, ecografías, etc.) se incluye todo en el sobre de historia clínica, que se entrega para su recogida en la sala de triaje.

3. Registro de pacientes con partos extrahospitalarios

Como se indica en los Criterios de Asignación de Camas aprobados en Comisión de Dirección, los recién nacidos en partos extrahospitalarios deben registrarse como atenciones e ingresos urgentes, tanto la atención de la madre, como la del recién nacido por lo que **no** se registrarán en el libro de

partos. El ingreso del recién nacido lo debe firmar el pediatra. En caso de no contar con datos del recién nacido (nombre, sexo) se registra como RECIEN NACIDO DESCONOCIDO hasta que se consiga la información.

4. Registro de pacientes de identificación imposible (desconocidos)

Cuando se atiende un paciente y no existe seguridad de que los datos que se aporten sean correctos o fiables o del que no se tenga ninguna identificación, se registra en el fichero de pacientes como Apellido 1 DESCONOCIDO, nombre DESCONOCIDO.

Posteriormente y en cuanto sea posible, se harán las correcciones (fusión de historias e identificación) en coordinación con la Unidad de Documentación Clínica del SADC.

5. Registro del alta de urgencias.

Cuando en el Servicio de Urgencias, se completa la atención del paciente, y el médico responsable le da el alta en el programa JIMENA, se puede consultar esta situación en JIMENA, lo que permite registrar:

- Fecha y hora del alta: deber ser coincidentes con la que figure en el informe de alta de urgencias de JIMENA.
- Médico y servicio de alta: Si no se especifica, se registra como "Médico sin codificar", Jefe del servicio correspondiente o especialista de guardia según el cuadrante.
- Motivo de alta: domicilio, alta voluntaria, paso a consultas externas, paso a hospitalización, exitus, traslado a otro Hospital u otros.
- Hospital de destino, si procede.
- Medio de transporte, si procede.
- Diagnóstico: Con código y LITERAL que figure en el informe de alta de urgencias de JIMENA.
- Observaciones: En caso de **urgencia vital, Código ICTUS, críticos de Cardiología o ingreso en UVI**, el alta de urgencias y posterior ingreso se puede realizar sin notificación del alta en Jimena. Normalmente esto sucede cuando se recibe una llamada de UVI avisando del ingreso. En este caso es necesario dar el alta de urgencias y el ingreso a la unidad. Aunque no exista orden de ingreso por escrito, se actuará así dada la urgencia de estos casos.

Se deben enviar para la hospitalización con los siguientes documentos: hoja clínico estadística, etiquetas y pulseras identificativas. Se entrega esta documentación a los celadores que lo llevan al control de urgencias donde se coordina el traslado a la Unidad de Hospitalización.

6. Solicitud de Transporte Sanitario

El médico del servicio de Urgencias responsable del paciente, generará desde JIMENA la solicitud de ambulancia convencional o rellenará el modelo de Solicitud de UVI móvil, con todos los datos del paciente, destino y fecha

y hora de solicitud, que hará llegar a Admisión de Urgencias, junto con la notificación del alta y de su destino (domicilio, otro hospital etc.).

Las ambulancias convencionales se solicitan a la empresa de transporte sanitario a través de la aplicación PAU, implementada el 4 de abril de 2022. Las UVI móviles se solicitan al 112.

En los casos de accidente de tráfico o trabajo con financiador distinto a SACYL o privado, la gestión del transporte sanitario será responsabilidad del garante, a menos que se trate de una **urgencia vital**, que se solicitará y gestionará la ambulancia con la empresa de transporte sanitario del Sacyl, en el tiempo y al destino que indique el médico responsable.

7. Tramitación de Partes Judiciales

Cuando el médico del servicio de Urgencias responsable del paciente, emite un parte judicial en JIMENA, este ha de imprimirse y hacerse llegar a Admisión de Urgencias, que a través del programa HERMES en menos de 24 horas, ha de enviar al Juzgado. Se tratan de los Partes de Lesiones en de los casos de accidentes de tráfico y trabajo graves, mordeduras de perro, taurinos y las agresiones.

El SADC, antes de enviarlos, revisará si los datos están completos y correctos (diagnóstico, pronóstico, nº de colegiado, etc.). En caso de no estarlo se entregan al Jefe de Servicio de Urgencias.

8. Gestión de altas de urgencias con paso a consultas externas

El alta del episodio de urgencias, con paso a *Consultas Externas* se registra cuando en el informe de alta de urgencias (aviso de alta de Jimena) así lo especifique o cuando indique "Seguimiento por Especialista Hospitalario" con servicio de seguimiento o alguna anotación relativa a citas en el campo de Observaciones.

En estos casos se imprimirá el aviso de alta de Jimena y se pasará a la Unidad de Consultas Externas del SADC, que será la que contacte con el paciente para notificarle su cita., o bien al hospital al que ha de acudir cuando se trata de pacientes de otras áreas, o la especialidad solicitada es de otro hospital.

Se aplicarán los protocolos consensuados para la revisión de consultas de ciertos procesos, como diverticulitis aguda, UFAC, etc.

9. Registro de exitus

Si un paciente fallece antes o durante la atención Servicio de Urgencias se procederá de la siguiente manera:

- a) Se dará el alta con la hora que registre el médico en el informe, guardando toda la documentación generada.
- b) Se llamará, si así lo indica el médico responsable, al Juzgado, en los casos en los que proceda.

- c) Una vez por semana, se coteja el libro de defunciones (que guardan los celadores) con el fin de comprobar si hay errores. En caso de ser necesario se modificará el registro del alta con los datos correctos.

10. Información General

La Unidad de Admisión en Urgencias, tiene el deber de proporcionar información de manera presencial o telefónica a pacientes, familiares, órganos de seguridad, compañías de seguros y ambulancias, acerca de la identificación básica de pacientes atendidos en urgencias y su ubicación, indicando sólo si se encuentran o no en este Servicio hospitalario y remitiendo para más detalles al control de enfermería o al médico responsable e incluso en algunos casos al Jefe de la Guardia (atención a los FCSE, jueces, prensa, etc.)

En todo caso ha de cumplir escrupulosamente la legislación en materia de protección de datos y las normas al efecto que rigen en el hospital.

B- GESTIÓN DE INGRESOS Y DE CAMAS DE HOSPITALIZACIÓN

La gestión de los ingresos urgentes y programados, la realiza el SADC coordinadamente con dos equipos de trabajo, uno ubicado en Admisión de Urgencias, que realiza los ingresos urgentes y la gestión de camas del hospital durante el turno de noche y el otro en Admisión Programada.

DEPENDENCIA FUNCIONAL

Para estos procedimientos, tanto la Unidad de Admisión Programada como la de Admisión de Urgencias, cuentan con una Jefatura de Grupo bajo la supervisión de un Médico de Admisión y Clínica responsable de la gestión de camas, que depende directamente del Jefe del Servicio de Admisión y Documentación Clínica.

INGRESOS URGENTES

En el caso de ingresos urgentes con paso a hospitalización, se identifica el destino del ingreso y todas las condiciones que procedan a través del aviso electrónico del programa Jimena. **En ese mismo momento y sin demoras**, se revisa la disponibilidad de camas en el HP-HIS a través del módulo de mapa de camas, buscando las camas libres disponibles en cada momento.

Para valorar la disponibilidad de cama se deben revisar también los avisos de "cama limpia" y su correspondencia con las altas de hospitalización.

Si no hubiera camas libres adecuadas en ese momento para el paciente concreto en la unidad y servicio correspondiente, se aplicarán los criterios indicados en el Protocolo de Asignación de Camas aprobado por la Dirección del Hospital, en orden de prioridad de asignación de cama como paciente ectópico.

Durante el turno de mañana, este proceso estará siempre supervisado por el Jefe de Grupo de Admisión de Urgencias.

Si es necesario y previa valoración o del médico responsable del SADCo de la supervisora de guardia, según el momento del día, se informará y gestionarán los traslados y cambios de camas necesarios para la ubicación de los ingresos urgentes.

En las situaciones más complejas en turno de mañana, se contará con la valoración del facultativo del SADC.

No es necesario contactar con el personal de enfermería de la unidad o servicio del ingreso urgente, si no hay camas libres en ese momento. Solo procede ese contacto, en caso de existir varias camas libres en una unidad, para que la Supervisión de Enfermería o su personal, asignen de entre las disponibles, la cama que consideren más adecuada.

En el resto de casos, se asigna al paciente ectópico en la cama correspondiente y se informa a la planta el ingreso.

Al mismo tiempo, se imprime la documentación correspondiente y se envía a Control de Urgencias para que el paciente sea trasladado a planta.

INGRESOS PROGRAMADOS

Esta tarea en el SADC, se realiza fundamentalmente en la Unidad de Admisión Programada ubicada en el Nivel 1, junto a Atención al Paciente, y la Unidad de Lista de espera y programación del SADC, con quienes se coordina.

Es la encargada de dar soporte organizativo a la demanda de ingresos procedentes de lista de espera para hospitalización de agudos y CMA, además de dar este mismo soporte al resto de modalidades de gestión de camas como hospitales de día, hospitalización a domicilio de diferentes especialidades, sociosanitarias, etc. y también coordina y registra todos los cambios, traslados de camas, altas temporales con reserva de cama, etc, de los pacientes en el área de hospitalización de todos los servicios del hospital, **siendo su responsabilidad conseguir que la información sobre la ubicación de los pacientes en este area sea correcta y esté constantemente actualizada.**

RECURSOS

- 1 jefe de grupo
- 5 Auxiliares administrativos de lunes a domingo, en dos turnos de 7 horas (8:00-15:00 y 15:00-22:00h)
- Programa de Gestión de pacientes HP-HCIS
- 3 PC + 2 teléfonos + 1 impresora + 2 impresoras de pulseras identificativas.
- Una dirección de correo interno y otra de correo externo.
- Acceso al programa PAU de gestión de ambulancias

FUNCIONES

1. Registro del episodio de hospitalización programada, desde el inicio hasta el alta incluyendo, de estar indicada, la solicitud de transporte sanitario.
 - Registrar los datos de identificación del paciente, actualizando los datos variables del Fichero Maestro de Pacientes.
 - Identificar cada asistencia través de un número de episodio secuencial, único y constante.
 - Registrar los datos de entrada básicos que identifican el episodio de hospitalización: fecha y hora, procedencia, diagnóstico, servicio y médico responsable.
 - Clasificar el episodio asistencial según el tipo de financiación.
 - Elaborar la documentación administrativa precisa para el ingreso del paciente.

- Registrar los datos de alta o finalización del episodio de hospitalización: fecha y hora, motivo de alta, diagnóstico, servicio y médico responsable, destino del paciente.
- Gestionar y registrar las solicitudes de transporte sanitario de pacientes del área de salud de Valladolid Oeste.

2. Coordinación organizativa del proceso asistencial de los pacientes con ingreso programado procedentes de lista de espera, intervención programada, cirugía mayor ambulatoria y consultas externas.

Un ingreso programado es aquel que se realiza cuando el SADC conoce con antelación el día y la hora a la que el paciente tiene que acudir al hospital. Los ingresos programados pueden ser para: intervenciones quirúrgicas, pruebas, tratamientos o estudios.

También son ingresos programados todos los traslados interhospitalarios llevados a cabo a través de Orden de Asistencia gestionadas por la Unidad de Relaciones Externas del SADC, una vez aceptados por el servicio receptor de nuestro hospital, a través de una orden de ingreso.

Para la realización de estos ingresos programados se necesita una orden de ingreso, donde se indica la identificación del paciente con su nº de historia, el diagnóstico y procedimiento que motiva su ingreso, el servicio asignado para ese ingreso, si el paciente está avisado o no previamente y cualquier otro aspecto relevante para su ingreso, debiendo estar firmado por el médico responsable, que puede ser o no el responsable final de paciente cuando ya esté ubicado en su cama.

Normalmente esta orden de ingreso, se cumplimenta en el momento de inclusión en lista de espera del paciente, siendo registrada y gestionada por la Unidad de Lista de Espera del SADC.

PROCEDIMIENTOS DE ACTUACIÓN:

1. Identificación del Paciente

Todos los ingresos gestionados por Admisión Programada han sido identificados previamente a dicho ingreso por Lista de Espera o Relaciones Externas, salvo casos excepcionales que suelen darse en ingresos en centros sociosanitarios gestionados en el mapa de camas del hospital.

2. Registro de ingreso

Todos los pacientes que ingresan de manera programada son incluidos en solicitud de ingreso por Lista de Espera con fecha y hora prevista, episodio (agudo o CMA), unidad de hospitalización, médico responsable y observaciones de preferencia (unidad, tipo de habitación, etc.).

Estos ingresos llegan a Lista de Espera a través del parte quirúrgico (que se recibe diariamente), de Relaciones Externas (ingresos autorizados procedentes de otros hospitales) o directamente con el protocolo de ingreso en los pocos casos de ingresos inmediatos desde consultas, en los que si el paciente está en muy malas condiciones debe ser remitido al Servicio de Urgencias y su ingreso se gestionará desde Admisión de Urgencias.

Procedimiento:

- a) Cada día se identifican el programa de Gestión de Pacientes HP-HCIS, el listado de los pacientes pendientes de ingreso, donde se diferencian por tipo de episodio, los de Hospitalización de agudos médicos y quirúrgicos y los de Hospital de Día.
- b) Los ingresos la CMA de primera hora de la mañana (antes de las 9:00h) se registran en la unidad de Admisión de urgencias, para que así toda la gestión y documentación este preparada y a disposición de Atención al Paciente, antes de las 8:00 horas, evitando retrasos en su intervención por este motivo.
- c) Los ingresos de la mañana se realizarán entre 8:00h y 12:00h, procurando seguir el orden de su hora de ingreso.
- d) Los ingresos programados de la tarde se registran entre las 12:00h y las 15:00h, en coordinación con Admisión de Urgencias, ajustando la gestión de las camas que van quedando libres por altas hospitalarias y después de haber ubicado a los pacientes pendientes de ingresar desde urgencias hasta ese momento.
- e) Las horas de aviso a los pacientes para sus ingresos programados, son las consensuadas entre la Unidad de Lista de espera del SADC y las secretarías de los servicios quirúrgicos, para evitar acumulación de pacientes en la sala de espera de Atención al Paciente y espera elevadas innecesarias.
- f) La unidad de Admisión programada del SADC, junto a su médico responsable, detectará en colaboración con Atención al Paciente, las situaciones de congestión o esperas elevadas de los pacientes, para intentar corregirlas.**
- g) El personal de Admisión Programada en coordinación con los supervisores de enfermería de las unidades de hospitalización asigna las camas de los pacientes en orden, según la hora de ingreso y el servicio, en la unidad de hospitalización correspondiente, respetando las prioridades de los Criterios de Asignación de Camas aprobados por la Dirección del Hospital. Mismo criterio para los hospitales de día.
- h) Cada ingreso se identifica en el programa de gestión de pacientes HP-HIS, a través de un número único, secuencial y constante, de forma que ese número identifica inequívocamente un episodio de hospitalización concreto ligado a un paciente determinado. Los datos que se registran en el episodio de ingreso (sea urgente o programado) son al menos: fecha y hora de ingreso, origen, procedencia, motivo, tipo de financiación, diagnóstico, servicio de ingreso y cama.
- i) Todos los ingresos programados se hacen sin confirmar (hasta la llegada del paciente al hospital) y se emitirá la documentación correspondiente que consta de: Hoja estadístico-clínica, pegatinas y

pulsera identificativa. Esta documentación se incluye en un sobre individual para cada paciente, y se entrega al Servicio de Atención al Paciente, responsables de recibir al paciente, comprobar la identificación, colocarles la pulsera idetificativa, confirmar el ingreso y acompañarlo hasta la Unidad correspondiente.

- j) Los pacientes procedentes de consulta con ingreso inmediato, no pasarán por Atención al Paciente, sino que su documentación se hará llegar a través de los celadores que lo trasladarán hasta la unidad de hospitalización. También se puede hacer llegar a la planta a través del tubo neumático, salvo que la situación del paciente aconseje enviarle al Servicio de Urgencias.
- k) Los pacientes trasladados desde otro hospital o que por su situación clínica lleguen en transporte sanitario, no serán recibidos en Atención al Paciente, sino que entrarán por el nivel 0 del hospital, desde donde se les trasladará a la Unidad de Hospitalización asignada que ha sido comunicada por el SADC a los celadores de este puesto. La documentación se hará llegar a la planta a través del tubo neumático.
- l) Para los pacientes que ingresan desde CMA en planta por alguna complicación o problema, no se reclama una orden de ingreso. Desde la CMA se les da de alta como "Alta a hospitalización" y el ingreso hospitalario tiene la procedencia "CMA".

3. Registro de movimientos

Una vez el paciente está ingresado admision(SADC) registrará todos los movimientos que tengan lugar durante el episodio de hospitalización, conociendo en tiempo real la ubicación de los pacientes, el servicio y el médico responsable del mismo. Para ello se establecerán los procedimientos de comunicación entre las unidades de hospitalización y admisión que garanticen en todo momento la realidad de la información disponible; **de preferencia la información ha de ser escrita:** fax o tubo neumático, evitando la comunicación telefónica como forma única.

Los movimientos se registran en el Hp-HIS desde la pantalla de Agenda de Hospitalización o desde el Mapa de Camas, y pueden ser: traslados o intercambios para realizar un cambio de cama, salida de UVI, salida de REA, reubicación de ectópicos, cambios de servicio, asignación de médico responsable, altas médicas, etc.

En los cambios de servicio, que obligatoriamente han de ser por escrito, se solicitará siempre el nombre del médico que ha aceptado el pase. Si no se indica, se preguntará al personal de enfermería de la Unidad de Hospitalización, y en el caso de que nadie lo sepa, el paciente quedará registrado como médico responsable "sin codificar".

4. Registro de altas

Al finalizar el episodio asistencial o por circunstancias médico/sociales se registra el ALTA.

El alta se registra, mediante la información recibida por fax, desde las diferentes unidades de hospitalización, anotándose como hora de alta, la de ese fax.

Es por ello, que el SADC, continuamente solicita al personal de enfermería esta información, tanto por la necesidad de conocer con la máxima agilidad las camas que quedan libres en el hospital, como por el valor legal de dar de alta al paciente en el momento que este abandona el centro hospitalario e identificar cuando el paciente ya no está en el centro.

El SADC cuenta también con información de la situación de limpieza de las camas.

En el caso de los fallecidos, se recibe también la información de los celadores que los trasladan al mortuorio.

Los tipos de alta que se pueden registrar son:

- Alta: se registra cuando termina el episodio asistencial con la fecha y hora de salida, el servicio y médico responsable y el motivo de alta. Se indica el destino; domicilio, otro hospital, centrosociosanitario, etc.
- Exitus: se coteja la información de la hora real, con los datos del traslado del paciente al mortuorio por los celadores.
- Alta médica: cuando el episodio asistencial ha terminado y el paciente permanece en el hospital a la espera de un traslado a otro hospital o centro de atención sociosanitaria.
- Alta temporal: cuando el paciente se ausenta del hospital, para procedimientos, pruebas o tratamientos en otros centros, pero su episodio asistencial no ha terminado. Se debe registrar la fecha estimada de ingreso y el ingreso cuando el paciente vuelve al hospital.
Ya no se tramitan altas temporales como permiso de fin de semana. Si los médicos autorizan a un paciente a, por ejemplo, irse un viernes por la tarde y regresar un lunes por la mañana hay que tramitarlo como alta a domicilio y nuevo ingreso.
- Fuga: en este caso se aplica el protocolo específico aprobado por la Dirección, antes de registrar el alta.

5. Habilitar e inhabilitar camas (Aislamiento de pacientes).

El personal de Admisión Programada tiene la función inhabilitar y habilitar camas en caso de que sea necesario y solicitado por las supervisoras de enfermería de las Unidades de Hospitalización, la Dirección Médica y el jefe de la guardia, y solo en las siguientes circunstancias:

- Avería o mantenimiento de habitaciones: Temporalmente Cerrada.

- Cierre de camas programado por el Hospital: Reserva Estructural.
- Reserva no Estructural.
- Otros.

El SADC debe conocer y especificar el motivo de los aislamientos de los pacientes, que si no estan en camas individuales implican además la inhabilitación de la otra cama en la habitación, por lo que esta información es critica, para en colaboración con el Servicio de Medicina Preventiva y el personal sanitario de la unidad se gestionen estas situaciones:

- Tipos de aislamientos
 - Enfermo terminal
 - Prevención
 - Infeccioso
 - Covid
 - Gripe A
 - VRS (Virus respiratorio sincitial)
- Tipos de inhabilitación de camas
 - Reserva no estructural
 - Estructural
 - Temporalmente cerrada
 - Otros

Según los criterios de asignación de camas aprobados por la Comisión de hospitalización, no se inhabilitan camas como reserva especial para ningún tipo de paciente, ni por motivos médicos distintos al aislamiento.

El SADC gestionará cuando proceda y en **coordinación con el Servicio de Medicina Preventiva**, la posibilidad de habilitar en una habitación doble, la cama cerrada para juntar a dos pacientes aislados con la misma patología.

6. Cierre y apertura de camas:

Esta función sólo puede ser ejecutada por el Jefe de Grupo de Admisión Programada, el Médico de admisión responsable de la gestión de camas o la Jefatura del Servicio de Admisión y Documentación Clínica y bajo la orden escrita de la Dirección Médica del Hospital ante situaciones de contingencias.

7. Solicitudes de Transporte Sanitario.

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica es el responsable de gestionar todas las solicitudes de transporte sanitario de los pacientes con tarjeta sanitaria definitiva en nuestra área de salud en relación a su hospitalización, tanto para ir como para venir al hospital desde otros centros hospitalarios y todos los traslados a domicilio y centros sociosanitarios.

Las solicitudes de transporte sanitario son realizadas por los médicos responsables que, a través de sus secretarías, que las hacen llegar a Admisión Programada por correo electrónico.

Las ambulancias convencionales se solicitan a través del programa PAU y las UVI móviles se solicitan llamando al 112.

De lunes a viernes de 11:00 a 18:00 en el nivel 0 del hospital se ubica un coordinador de la empresa del transporte sanitario encargado de organizar el flujo de vehículos y al que los responsables del SADC, pueden recurrir para cualquier incidencia con las ambulancias (peticiones, anulaciones, modificaciones, etc.). El personal de enfermería del SADC cuando está disponible, revisa en las unidades de hospitalización la corrección del destino del paciente y de su forma de traslado (silla o camilla), coordinando lo que proceda con la empresa de transporte sanitario.

Los celadores del Nivel 0, colaboran en este momento, pues son los que recogen al paciente desde su cama y lo trasladan al Nivel 0.

8. Ingresos de pacientes en Hospital de Día Pediátrico.

El Hospital de Día Pediátrico es una unidad con funcionamiento ambulatorio, es decir de ingresos sin estancias, destinada a la realización de programada de pruebas diagnósticas, tratamientos, procedimientos y CMA en pacientes pediátricos.

Admisión programada tiene la función de gestionar estos ingresos en el Hospital de Día Pediátrico.

Las solicitudes de ingreso se registrarán en la pantalla de Hospital de Día y se identifican por la edad por la edad del paciente, ya que el programa HP-HIS, no permite otra cosa.

Estos ingresos se coordinan entre el SADC y el personal de enfermería de la unidad 10, el día anterior para adelantarse a los problemas que puedan surgir como, por ejemplo, más niños a ingresar que camas disponibles. En este caso, se pondrá en conocimiento de esta situación al médico responsable del SADC, para en coordinación con el Servicio de Pediatría, evitar anular ingresos o que se asignen camas de planta de Pediatría tratándolos como un ingreso agudo más o esperas elevadas de los menores para asignar cama en hospital de día.

La documentación se deja en Atención al Paciente hasta la llegada del paciente, intentando agilizar al máximo su ubicación en la Unidad.

Las altas se registrarán previa comunicación de la unidad de hospital de día pediátrico.

9. Gestión de pacientes sometidos a Hemodinámica diagnóstica y/o terapéutica programada.

Los cateterismos se realizan en la Unidad de Hemodinámica del Hospital Clínico Universitario (HCU). Los pacientes pueden requerir el cateterismo de manera urgente o programada y pueden estar ingresados en nuestro hospital o incluidos en lista de espera para ingresar de manera programada.

En el caso de pacientes ingresados en el hospital y su traslado al servicio de Hemodinámica del HCU el procedimiento es el siguiente:

- El día anterior a la realización de la prueba, la Unidad de Hospitalización donde está ingresado el paciente envía la solicitud de transporte sanitario, la hora en la cual está citado el paciente en el HCU. Una vez realizada la prueba, desde la Unidad de Hemodinámica se comunica a Admisión el regreso del paciente. Admisión solicita una UVI móvil para el retorno del paciente.
- Admisión registrará un alta temporal durante el tiempo que el paciente permanezca en el HCU.
- Si por alguna complicación el paciente no pudiera retornar, la Unidad de Hospitalización lo comunica al SADC y se registra el alta con traslado a otro hospital.

Cuando los pacientes acuden al HCU directamente desde su domicilio para la realización del cateterismo programado, el procedimiento es el siguiente:

- Admisión debe saber por indicación de la Secretaría del Servicio de Cardiología la programación de cateterismos con el día y la hora de la realización de la prueba.
- El paciente desde su domicilio acudirá a la hora indicada al HCU y una vez realizada la prueba el personal de la Unidad de Hemodinámica llama a Admisión para solicitar su traslado. Admisión solicita una UVI móvil para el traslado del paciente.
- Admisión tendrá previsto el retorno del paciente desde el Clínico y hará un ingreso sin confirmar hasta su llegada al hospital.
- Debe coordinarse con la Unidad de lista de espera, para proceder al registro de su baja en lista.

10. Gestión de pacientes en la Unidad del Dolor Edificio Rondilla.

La Unidad del Dolor del HURH depende del Servicio de Anestesia y Reanimación y funciona en el Edificio Rondilla (Antiguo Río Hortega). Allí se realiza actividad de consulta externa y procedimientos ambulatorios que se gestionan en hospital de día bajo el siguiente procedimiento:

- Los pacientes son incluidos en lista de espera, con Protocolo o Solicitud de Ingreso, en coordinación con la Unidad de lista de espera.
- La hora de ingreso real y la hora de alta real, serán comunicadas telefónicamente por la enfermera de la Unidad del Dolor en tiempo, de forma que antes de las 15:00 esta unidad quede sin pacientes.

- En caso de complicación o necesidad de ingreso en hospitalización de algún paciente, la enfermera de la Unidad del Dolor se comunicará con el SADC y se pondrá en marcha el **Protocolo de Traslado de Paciente Complicado desde la Unidad del Dolor** aprobado por la Dirección del HURH.

C- GESTIÓN DE CAMAS EN UNIDADES CON CAMAS "NO OFICIALES"

El SADC, en coordinación con los servicios implicados, gestiona y registra la ubicación, ingreso y alta de los pacientes que son atendidos en estas modalidades y unidades. Esto implica en los casos de estancias prolongadas, que cuando los pacientes acuden a urgencias o ingresan en el hospital, se pueda identificar de donde proceden y se les de de alta en ese recurso asistencial, mientras dure su asistencia en urgencias u hospitalización.

La gestión de estas unidades implica al SADC, tener en consideración, que cuando el paciente pasa de una de ellas a hospitalización, no se pueden considerar traslados, sino altas con nuevo ingreso en el hospital de agudos.

Las unidades gestionadas son:

HOSPITAL DE DÍA QUIRÚRGICO (23 camas actualmente). Pacientes que acuden a intervenciones de cirugía mayor ambulatoria y de otros procedimientos que requieren menos de 1 día de estancia. Hay ingresos de mañana y de tarde todos los días laborables.

HOSPITAL DE DÍA EDIFICIO RONDILLA (4 CAMAS). Pacientes incluidos con protocolo de ingreso en Lista de Espera. Desde la Unidad comunican al SADC cada día de todos los movimientos: ingresos y altas o en ocasiones traslados al hospital de agudos por complicaciones.

REA QUIRURGICA(10 camas). Pacientes intervenidos quirúrgicamente que necesitan un tiempo de observación antes de pasar a su unidad.**No producen reserva de cama, por lo que su reubicación implica ser gestionada por el SADC.**

DIÁLISIS (25 puestos): registro de pacientes que se dializan en el hospital. Hemodiálisis (22 puestos): 12 crónicos + 6 infecciosos + 4 agudos. La secretaría de nefrología registra los ingresos de lunes a viernes. Desde Admisión Programada se gestionan todos y se registran el resto de días.

HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (150 camas). Son pacientes que reciben en su domicilio cuidados de rango hospitalario, cuando ya no precisan la infraestructura hospitalaria, pero todavía necesitan vigilancia activa y asistencia compleja. La gestión de estos "puestos de atención" de sus

ingresos y altas, se hace en coordinación con el personal medico y de enfermería de la Unidad.

HOSPITAL DE DÍA PEDIÁTRICO(8 puestos actualmente). Para niños (menores de 14 años o edad superior pero del servicio de Pediatría) que acuden para situaciones que no requieren estancia de hospitalización, se incluyen casos para intervenciones quirúrgicas, tratamientos alérgicos y de inmunoterapia o resonancias con sedación entre otros tratamientos. Se realizan ingresos solo por la mañana todos los días laborables

HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO PSIQUIÁTRICO (167 camas: 127 UFAC + 40 pisos tutelados). La Unidad nos envía los protocolos de ingreso y todo se gestiona en Admisión Programada (inclusión, ingresos, altas, traslados y anulaciones). La UFAC o Unidad Funcional Asertivo Comunitaria, es para pacientes con patología psiquiátrica con seguimiento en domicilio o pisos tutelados.

HOSPITAL DE DÍA UCA(16 camas actualmente). Desde la Unidad se envían diariamente las ordenes de ingreso normalmente programados, gestionando ingresos, altas y anulaciones. También se incluyen en esta unidad los ingresos de Nefrología (pacientes de este servicio que no requieren estancia de un día o más). Hay ingresos todos los días laborables.

UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS (120 camas). Unidad de Atención Especializada destinada a la atención de pacientes con una enfermedad, que independientemente de la causa que la origine, no responde al tratamiento curativo, con complicaciones agudas, síntomas de difícil control, imposibilidad de manejo en domicilio y en general con un pronóstico de supervivencia inferior a seis meses. Los profesionales sanitarios de la unidad se coordinan con el SADC a través de correo electrónico informando de todos los movimientos de los pacientes en esta unidad.

En algunos casos, si se precisa ingreso hospitalario **(normalmente por claudicación familiar), se programa el ingreso, con reserva de cama en la mas adecuada y intentándose habitación individual, en la unidad de hospitalización aciente acudirá al nivel 0, e inmediatamente tiene que ser ingresado, no admitiéndose ninguna demora en estos casos, por lo que se ha de asegurar que a la llegada del paciente la cama esta libre y limpia.**

CENTROS SOCIO SANITARIOS: Además están registrados todos los residentes que ocupan plazas en las residencias asistidas dependientes de la Junta de Castilla y León, que son:

- RESISTENCIA ASISTIDA CARRETERA RUEDA (314 CAMAS).
- RESIDENCIA PARQUESOL (213 CAMAS).

- HOSPITAL BENITO MENNI (80 camas). En este centro los ingresos son por diversos motivos:
 - Para convalecencia
 - Rehabilitación
 - Paliativos
 - Neurorehabilitación

Dicho ingreso se gestiona desde el SADC y trabajadores sociales, y son ingresos a cargo de nuestro centro. El facultativo que trata al paciente solicita la derivación que tramitan los trabajadoras sociales, una vez que es aceptado por la Dirección Médica y posteriormente la Gerencia de las Areas, esta aceptación es comunicada al SADC por la gerencia y confirmada por los trabajadores sociales. En este momento es cuando el médico responsable del SADC registra el alta medica en el programa HCIS y su personal del SADC coordina el transporte sanitario.

La ocupación de camas en el Hospital Benito Menni se actualiza cada día, realizando el ingreso en el Hp-HCIS, en la unidad de hospitalización creada para ese centro, con los pacientes que son dados de alta con ese destino.

Cuando los pacientes procedentes de Hospital Benito Mennison derivados desde dicho centro a urgencias o a consultas , son dados de baja en esta Unidad de Hospitalización y de alta en HURH para filiar el nuevo episodio.

Una vez a la semana el médico responsable del SADC recibe un listado de pacientes ingresados en el Hospital Benito Menni, coteja el listado con el que comprueba la corrección del censo de estos pacientes.

También el médico responsable del SADC, se reúne en **sesión clínica** en el Hospital Benito Menni, habitualmente una vez al mes, con los trabajadores sociales , la representante de la gerencia de las áreas, los trabajadores sociales del centro y un facultativo de dicho hospital para valorar los ingresos, situación clínica y evolución, las propuestas de alta y también las prorrogas en la hospitalización si las autoriza la representante de la Gerencia de las Areas.

ANEXOS

ANEXO 1: CRITERIOS PARA LA ASIGNACIÓN DE CAMAS APROBADOS POR LA DIRECCION DEL HOSPITAL.

A toda solicitud de ingreso se le asignará cama, teniendo en cuenta la distribución de camas por servicio y unidad de hospitalización, la normativa de asignación de camas del centro (Última actualización: diciembre de 2021), las indicaciones del médico solicitante del ingreso, los datos clínicos, nivel de cuidados y la priorización que se establezca en cuanto a la utilización de las camas disponibles.

La gestión de camas del hospital se realiza de forma centralizada por el equipo del Servicio de Admisión y Documentación Clínica (SADC), conformado por las unidades administrativas de Admisión de Urgencias y Admisión Programada bajo la supervisión del Médico de Admisión, que será responsable de la asignación de camas de lunes a viernes de 8:00h a 15:00h. Fuera de este horario, fines de semana y festivos el responsable será el Jefe de la Guardia.

En ausencia de los médicos de admisión, el Jefe de la Guardia es la máxima autoridad en la toma de decisiones sobre la gestión de camas, realizando las mismas funciones que realizan los médicos de admisión.

CRITERIOS PARA LA ASIGNACIÓN DE CAMAS. HURH

Priorización en la asignación de camas:

1. Paciente en urgencias.
2. Traslados internos de UVI, REA y Hospital de Día.
3. Paciente programado.
4. Reubicación de pacientes ectópicos.
5. Traslados externos

Consideraciones:

- En los casos en los que el Área de Urgencias esté saturada y previa valoración conjunta del Jefe de Servicio de Urgencias, con la Dirección Médica y la Dirección de Enfermería, se podrán ingresar pacientes ectópicos en cualquier otra Unidad de Hospitalización en turno de mañana. Solucionado el problema se intentará reubicar a los pacientes.
- Los pacientes entre 14 y 18 años de edad, ingresarán en la Unidad que les corresponda. Si en esa Unidad no hubiese camas, la Unidad

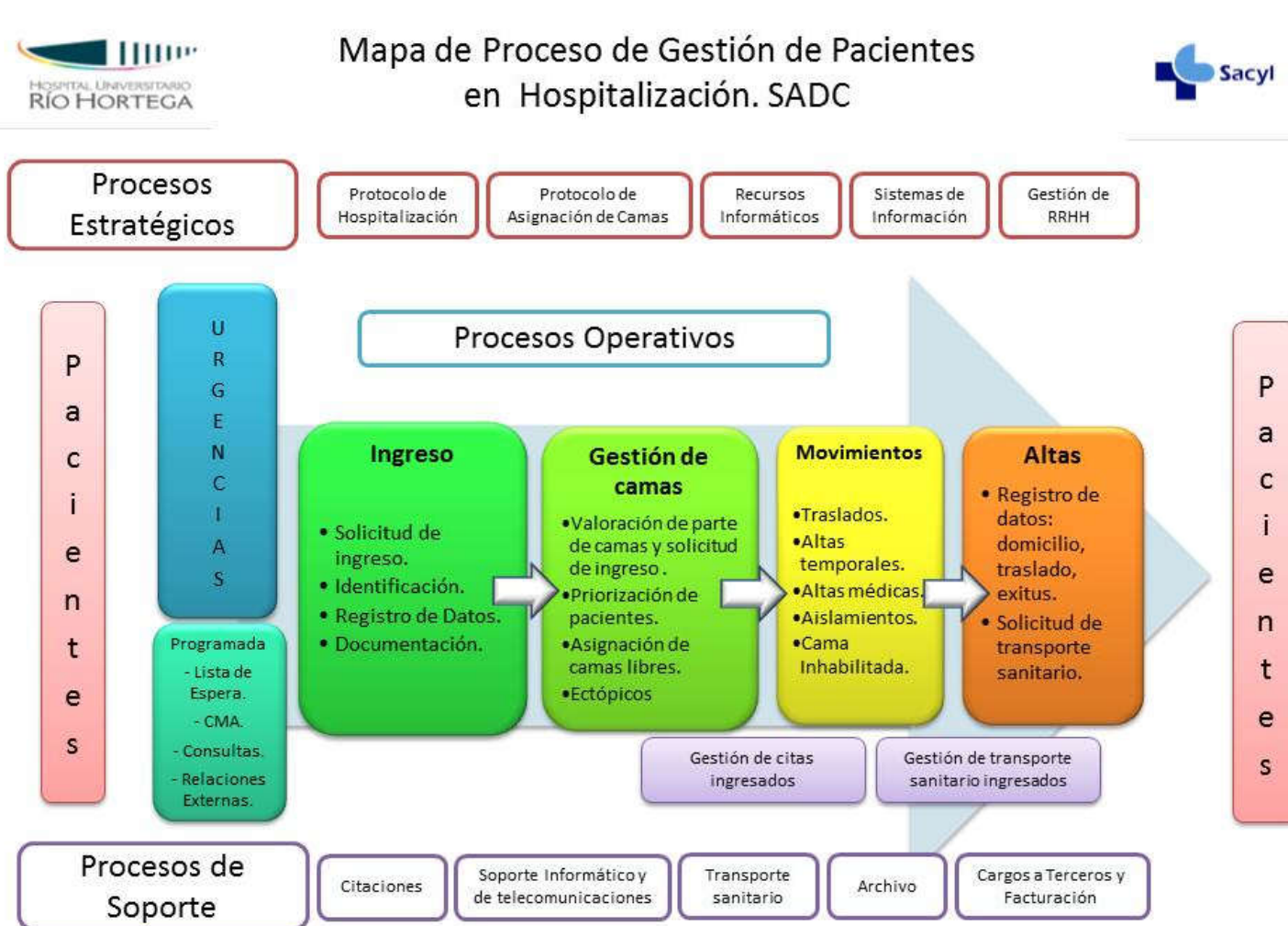
siguiente en orden de preferencia, para ingresar como ectópico, será Pediatría (1.0).

- Los ectópicos de Obstetricia, podrán ingresar en las camas de Pediatría (desde la 1007 hasta la 1010 incluidas), pues el resto no disponen de cunas.
- Los pacientes de Oncología y Hematología, ingresarán según estos criterios generales, salvo si el ingreso es para recibir tratamiento con quimioterapia y así se indique por el personal sanitario al SADC, en cuyo caso siempre ingresarán en su Unidad (4.3).
- No hay asignación de camas a médicos concretos, sólo a Servicios Clínicos. En los Servicios que tengan repartidas sus camas en varias unidades, la asignación será estrictamente según disponibilidad de camas.
- No se inhabilitan, bloquean o reservan camas para ningún paciente.
- La asignación de **HABITACIÓN INDIVIDUAL** se realiza siguiendo los criterios recogidos en el Decreto de la Junta de Castilla y León 119/2004, de 25 de noviembre, que son:
 - Aislamiento de pacientes por criterios médicos.
 - Pacientes psiquiátricos.
 - Razones de bienestar de los pacientes, buen funcionamiento y seguridad.
 - Pacientes terminales y enfermos en estado agónico o preagónico.
 - Obstetricia (si así lo solicitan o si el recién nacido tiene patología grave)
 - Especialidad de pediatría (si así lo solicitan los padres o el propio menor)
- Las altas de UVI solo irán a una cama individual si así se especifica y si cumplen los criterios de la normativa referida.
- Si el paciente necesita una habitación con baño adaptado, el personal de enfermería así lo notificará al Servicio de Admisión para que se le asigne la habitación correspondiente.
- Los pacientes podrán ser **AISLADOS** por motivos médicos que incluyen: el aislamiento por prevención en la transmisión de infecciones, el aislamiento por protección (inverso), el aislamiento paliativo y el aislamiento psicosocial.
- Se considera paciente **ECTÓPICO** aquel que está ubicado en una cama que corresponde a un servicio diferente del responsable del ingreso del paciente. Por las características de distribución de camas de nuestro hospital solo se considerarán ectópicos los pacientes

ubicados en unidades de hospitalización distintas de las que les corresponderían. Por tanto, no se consideran aquellos que figuran informáticamente como ectópicos pero están en la unidad de hospitalización que le corresponde aunque su cama sea de otro servicio.

- Se autorizarán **TRASLADOS** de pacientes por reubicación, cuando el número de pacientes ingresados sea menor que el número de camas asignadas a ese Servicio y hasta un máximo de un 50% de las altas dadas por esa especialidad en la Unidad.
- **Se pueden inhabilitar de forma temporal camas concretas**, cuando es notificado al Servicio de Admisión y Documentación Clínica (SADC) por la Dirección Médica o en quien esta delegue. Los motivos pueden ser: **por mantenimiento en las habitaciones, por indicación de Medicina Preventiva, por motivos organizativos, etc.** En tal caso, el SADC inhabilitará las camas hasta que finalice la indicación.
- **Se pueden inhabilitar de forma temporal camas en la misma Unidad de Hospitalización** en determinados periodos del año en los que se produce un conocido y constatado descenso de la frecuentación, del número de ingresos urgentes y de la actividad asistencial programada, únicamente por orden de la Dirección Médica.

ANEXO 2: MAPA DE PROCESOS DE GESTIÓN DE PACIENTES EN HOSPITALIZACIÓN



ANEXO 3: DISTRIBUCIÓN DE CAMAS ENTRE UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN Y SERVICIOS

BLOQUE 1		BLOQUE 2		BLOQUE 3		BLOQUE 4	
1.3 PSIQUIATRÍA	12	2.3 NEUMOLOGÍA	37	3.3 CARDIOLOGÍA CRÍTICOS CARDIO ENDOCRINO	29 4 4	4.3 HEMATOLOGÍA ONCOLOGÍA	12 25
1.2 CIRUGÍA GENERAL	37	2.2 CIRUGÍA GENERAL ANESTESIA CIRUGÍA PLÁSTICA OFTALMOLOGIA U. DE TRASPLANTE	11 5 8 2 7	3.2 UROLOGÍA NEFROLOGÍA TRAUMATOLOGÍA	26 6 5	4.2 MEDICINA INTERNA	37
1.1 OBSTETRICIA	23	2.1 NEUROLOGÍA MEDICINA INTERNA UCPH ICTUS	15 11 5 4	3.1 GINECOLOGÍA C. MAXILOFACIAL OTORRINO NCR/NCVH	10 8 13 6	4.1 TRAUMATOLOGÍA	37
1.0 PEDIATRÍA OBSTETRICIA CUIDADOS INTER. NEONATOS	14 5 6 16	2.0 DIGESTIVO HEPATOLOGIA	30 7	3.0 MEDICINA INTERNA	37	4.0 MEDICINA INTERNA	37

OTRAS UNIDADES:

CUIDADOS INTENSIVOS 32 (22 NORMAL +10 UVI B) TAMO: 7 QUEMADOS: 5 REA QUIRÚRGICA: 10

CAMAS INSTALADAS: 605

ANEXO 4: PARTE DE CAMAS. SITUACION EN 2023. EN REVISIÓN

DISTRIBUCIÓN DE LAS CAMAS DE HOSPITALIZACIÓN																																	
UNIDAD	SERVICIO																													CAMAS			
	ANR	CAR	Cr CAR	CGD	CMF	CPL	DIG	DIH	END	GIN	HEM	MIR	NCR	NCVH	NEF	NML	ICTUS	NRL	OBS	OFT	ONCH	ORL	PNEO	PDR	PED	PSQH	TRA	UCPH	URO	UTR	UVI	Instaladas	
HE10																			5					6	14								25
HE11																		23															23
HE12				37																													37
HE13																										12							12
HE20							30	7																									37
HE21												11						15										5					31
HE22	5			11		8														2													26
HE23																37																	37
HE30												37																					37
HE31					8					10			4	2									13										37
HE32															6													5		26			37
HE33		29							4																								33
HE40												37																					37
HE41																											37						37
HE42												37																					37
HE43										12											25												37
HEUVI																																22	22
HEUVI B																																10	10
HECA			4																														4
HEIC																	4																4
HQEM						5																											5
HTOH																															7		7
NEO1																							6										6
NEO2																							10										10
REAE	10																																10
TAMO											7																						7
Asignadas	15	29	4	48	8	13	30	7	4	10	19	122	4	2	6	37	4	15	28	2	25	13	16	6	14	12	42	5	26	7	32	605	

ANEXO 5: LOCALIZACIÓN DE LAS CAMAS Y PUESTOS ASISTENCIALES CON PRESIÓN POSITIVA Y NEGATIVA

	Nº camas/puestos	Presión positiva		
Trasplante Hepático	7 camas	Bloque 22 (22051, 22061, 22071, 22081, 22091, 22101 y 22111)	Presión negativa	
Quemados	5 camas y 2 puestos	Camas 72010 a 72050		
Quirófanos	12+4+1+1 quirófanos	BQG+CMA+Quemados+Parit.Alto Riesgo		
SPQ	2 salas quirúrgicas	SPQ 1 y 2		
TAMO	7 camas	Camas 50011 a 50071		
Pediatría	2 camas	Bloque 10 (1020 y 1021)	2 camas	1018 y 1019
UCI	2 camas	Boxes 21 y 22	1 cama	Box 20
Hospital día médico			1 puesto	Box nº 2
Endoscopias	2 puestos	CPR y Sala grande	1 puesto	Sala Bronoscopias
Ingresos pacientes Infecciosos			9 camas	Bloque 23 (De 2307 a 2315)
Urgencias	Camilla 10 de sala de Observación Urg.		2 puestos	Box 11 y 14

ANEXO 6: CORRELACIÓN DE UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PARA ASIGNAR INGRESOS ECTÓPICOS, SEGÚN EL SERVICIO DE INGRESO ASIGNADO. (Situación 2023. En revisión)

Unidad de Hospitalización	Servicio	1º Alternativa de derivación	2º Alternativa de derivación	3º Alternativa de derivación
1.0	PED	No tiene ectópicos		
1.1	Obstetricia	1.1 (1007-1010)		
1.2	CGD	2.2	Servicio Quirúrgico	
1.3	PSQ	No tiene ectópicos		
2.0	DIG-DIH	2.3	3.0	
2.1	MIR	2.1	4.2	Servicio médico
2.1	UCA	No tiene ectópicos		
2.2	ANR/CGD/CP L/OFT	1.2	Servicio Quirúrgico	
2.3	NML	2.0	3.3	Servicio médico
3.0	MIR	2.1	4.2	Servicio médico
3.1	CMF/ORL/GI N	3.2	Servicio Quirúrgico	
3.2	URO-NEF/TRA	3.1 para URO/TRA y Servicio médico para NEF	Servicio Quirúrgico	
3.3	CAR/END	3.0	Servicio médico	
4.1	TRA	3.1	Servicio Quirúrgico	
4.2	NRL/NCR/MIR	I. NCR 3.1	NRL/MIR Servicio Médico	
4.3	HEMA/ONCO	Servicio médico		

ANEXO 7: DISTRIBUCIÓN DE CAMAS NO OFICIALES GESTIONADAS POR EL SADC. SITUACION EN 2023. EN REVISION.

DISTRIBUCION DE OTRAS CAMAS O PUESTOS ASISTENCIALES										
SERVICIO										
UNIDAD/AREA	HOSPITAL DE DIA PEDIATRICO	REANIMACIÓN QUIRURGICA	URPA	HOSPITAL DE DÍA MEDICO	HOSPITAL DE DÍA QUIRÚRGICO	CUIDADOS PALIATIVOS	HOSP. DOMICILIO PSIQUIÁTRICO	HOSP. DOMICILIO	Camas Sociosanitarias	CAMAS/ PUESTOS
H10 (HDPE)	6									
H61 (REA)		10	16							
HDM				20						
HDQ					23					
EDOM								150		
EUCP						120				
EDOP							167			
Dilatación/parit.										5
Benito Menni									80	
Residencia Carretera de Rueda									315	314
Residencia Parquesol									215	213
Observación urgencias										11
Estudios del Sueño										1 NFL 2 NML
Puestos Endoscopias										5 camillas 3 sillones

ANEXO 8: CIRCUITO DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

CIRCUITO POR EL QUE PASA EL PACIENTE AL LLEGAR A ADMISIÓN DE URGENCIAS Y SU ALTA

