



E.S.E.

RAFAEL TOVAR POVEDA

NIT. 900211477-1

PROCEDIMIENTO INGRESO Y EGRESO DE HOSPITALIZACIÓN

1. OBJETIVO:

Estandarizar el proceso de ingreso, atención y egreso del paciente al servicio de hospitalización con el fin de garantizar una adecuada ubicación, atención inicial, completa, oportuna, confiable y una salida del paciente en forma ordenada y efectiva para mejorar la atención, calidad del servicio y permitir una continuidad al tratamiento encaminado a la evolución satisfactoria de su enfermedad.

2. ALCANCE

Inicia cuando se realiza la admisión del paciente, se ubica el paciente en la cama hospitalaria, se genera orden de tratamiento, se planean cuidados y termina cuando el paciente cumple criterios para el alta y sale del área hospitalaria.

3. DEFINICIONES

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN: Documento legal en el cual se certifica el fallecimiento de una persona.

CRITERIOS DE INGRESO: Condiciones médicas o clínicas que justifican la hospitalización del paciente.

ENTREGA DE TURNO: La entrega de turnos es un procedimiento inherente al trabajo clínico en las unidades de urgencias, mediante el cual se produce el relevo de los profesionales, y tiene lugar la transferencia, en forma clara, completa, organizada y veraz, de información relacionada con las funciones asistenciales y administrativas, incluyendo situación clínica, plan de cuidados, tratamientos y/o exámenes realizados a los pacientes y los que han quedado pendientes, dejando además registro escrito de ello. La entrega de turnos tiene por objetivo alertar a los profesionales sobre condiciones de los pacientes, que deben ser objeto de seguimiento para asegurar la continuidad y seguridad del proceso de atención y evitar desenlaces adversos.

EGRESO HOSPITALARIO: Proceso que consiste en la salida del paciente de la unidad de hospitalización, tras la finalización del tratamiento o estabilización de su condición.

EPICRISIS: Resumen de historial clínico que se le entrega al paciente donde se encuentran descritos de manera consecutiva la totalidad de actividades que y ayudas diagnósticas que se realizaron durante la estadía en la institución.

ESTADO DE SALUD: condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario.

GESTIÓN DEL RIESGO: Conjunto de actividades para prevenir, identificar y manejar riesgos clínicos.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA: las guías de manejo clínico basadas en evidencias científicas son recomendaciones desarrolladas de manera sistemática que busca ayudar al médico, al personal de enfermería, y al paciente, en decisiones sobre el cuidado apropiado en salud en circunstancias clínicas específicas. Las guías de manejo clínico han sido promovidas como una estrategia para apoyar las decisiones clínicas, buscando mejorar la efectividad y optimizar costos de los servicios de salud. Promueve una apreciación más explícita de los determinantes de la toma de decisiones clínicas y facilitan la estandarización y evaluación de la calidad de la práctica médica parámetros confiables y científicamente sólidos.

HUMANIZACION: Promueve una atención humanizada, cortés, respetuosa y oportuna, al servicio de la vida y la dignidad de la persona, en la cual se brinden cuidados con calidad y calidez, donde prime la atención integral y personalizada, en un entorno amigable, cálido, seguro y confortable, para los usuarios, familia y colaboradores.

INGRESO HOSPITALARIO: Proceso mediante el cual un paciente es admitido a una unidad de hospitalización para recibir atención médica continua.

INTERCONSULTA: Término utilizado en medicina que hace mención del acto de remitir a algún usuario a otra especialidad médica con experiencia en un área determinada de la medicina.

ORDEN DE HOSPITALIZACIÓN: Solicitud en forma escrita de hospitalización.

REFERENCIA: es él envío de usuarios o elementos de ayuda diagnostica por parte de las unidades prestadoras de servicios de salud, a otras instituciones de salud para atención o complementación diagnostica, que de acuerdo con el grado de complejidad den respuesta a las necesidades de salud.

SEGURIDAD DEL PACIENTE: Conjunto de acciones que buscan minimizar riesgos y prevenir eventos adversos durante la atención hospitalaria.

TRASLADO DE CUENTA: Proceso administrativo mediante el cual se realiza el corte de cuenta y se libera la unidad en el sistema.

4. RESPONSABLES

Coordinador de la IPS (enfermero(a) jefe) auxiliares de enfermería, médicos, y auxiliar administrativa del servicio.

5. ENFOQUE DIFERENCIAL

LA ESE Rafael Tovar Poveda, reconoce que hay poblaciones particulares debido a su edad, género, orientación sexual, pertinencia étnica, embarazadas y en situación de discapacidad y ubicación geográfica. Basado en esto, la prestación de los servicios de salud de nuestra entidad responde a las necesidades de cada uno de estos grupos cerrando las brechas existentes, enfocando las atenciones de acuerdo con las características de los usuarios y sus familias.

Los lineamientos a seguir para la atención se encuentran descritos en el PROTOCOLO DE ATENCIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL.

6. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

| PROVEEDOR | ENTRADAS | CONDICIONES DE ENTRADAS |
|--------------------------------------|---|--|
| Usuario que requiere hospitalización | <p>Requisitos generales para la asignación de cama:</p> <p>El paciente debe tener registrado en la historia clínica la orden de Hospitalización realizada por el Médico.</p> <p>La asignación de cama hospitalaria se deberá realizar de acuerdo con el orden de prioridad del paciente.</p> <p>Otros criterios para asignación de cama:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico: Se debe incluir la necesidad de oxígeno, monitorización e incluso bombas de infusión, entre otros. • Necesidad de aislamiento. <ul style="list-style-type: none"> • Sexo. | <ul style="list-style-type: none"> • Que los pacientes se encuentren hemodinámicamente estables. • Que el paciente no se encuentre en un estado de deterioro neurológico progresivo. • El registro del mapeo debe estar completo. (verificar que los dispositivos, sondas sean funcionales, accesos venosos sin signos de infección y permeables). • Que la historia clínica se encuentre completa: Consentimientos informados firmados conforme a las necesidades actuales del paciente, Interconsultas y procedimientos solicitados, Kardex de medicamentos e insumos actualizados, que se haya administrado al paciente la última dosis de medicamentos (oportunamente). • El traslado del paciente a hospitalización estará a cargo de la |



| | | |
|--|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none">Seguridad social.<ul style="list-style-type: none">Edad | <p>Auxiliar de enfermería de del servicio de urgencias.</p> <ul style="list-style-type: none">El traslado se debe realizar cumpliendo las condiciones de seguridad del paciente. |
| | | <p>Criterio de ingreso al servicio de Hospitalización:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Estabilidad clínica: El paciente debe estar clínicamente estable, sin signos de deterioro que requieran monitoreo intensivo.2. Diagnósticos controlables: Condiciones que pueden ser tratadas con terapia médica, como infecciones leves, deshidratación moderada, o exacerbaciones de enfermedades crónicas (ej. asma).3. Necesidad de tratamiento: Pacientes que requieren tratamientos intravenosos, administración de medicamentos que no pueden ser dados en casa o procedimientos menores.4. Observación: Pacientes que necesitan un periodo de observación para evaluar su respuesta al tratamiento, pero que no requieren cuidados críticos.5. Capacidad para el autocuidado: Pacientes que, tras la evaluación, tienen la capacidad de participar en su propio cuidado y no requieren un entorno hospitalario intensivo. <p>Los diagnósticos que se tendrán en cuenta se mencionan a continuación según la complejidad del servicio, los estándares del sistema único de habilitación para los servicios de internación de baja complejidad.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Infecciones leves a moderadas:<ul style="list-style-type: none">• Neumonía no complicada• Infecciones del tracto urinario• Celulitis2. Exacerbaciones de enfermedades crónicas:<ul style="list-style-type: none">• Asma |



| | | |
|--|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) <p>3. Trastornos gastrointestinales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deshidratación por gastroenteritis <p>4. Problemas metabólicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipoglucemia que requiere observación <p>5. Trastornos musculoesqueléticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolores agudos que requieren manejo en el hospital <p>6. Crisis hipertensivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión que requiere ajuste de medicamentos y monitoreo <p>7. Alergias y reacciones adversas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reacciones alérgicas que requieren manejo y observación. |
|--|--|--|

| CONTENIDO | | | |
|---|--|------------------------------|---|
| ACTIVIDAD / COMO | RESPONSABLE | DOCUMENTO | CONTROL |
| 1. Bienvenida al usuario. El usuario llega al servicio de hospitalización procedente del servicio de urgencias en compañía del familiar y/o acompañante, auxiliar de enfermería bien sea en silla de ruedas o camilla. Cuando el paciente llega al servicio debe ser saludado por todos con el fin de que sienta que es bienvenido y para que conozca con cuales personas se va a relacionar durante su estadía: auxiliares de enfermería y médico. | Personal auxiliar de enfermería y enfermería | N/A | N/A |
| 2. Entregar al usuario de servicio a servicio. De servicio a servicio se entregan los documentos del paciente: Historia Clínica, exámenes, dispositivos médicos, medicamentos y demás elementos que requiera el paciente para su atención. | Personal auxiliar de enfermería | Lista de chequeo de ingreso. | Aplicación Lista de chequeo de ingreso. |



| | | | |
|---|---|---|---|
| <p>Se realiza entrega verbalmente del paciente haciendo énfasis en el diagnóstico, procedimientos y exámenes pendientes. Para desarrollar esta actividad se cuenta con una lista de verificación que permite corroborar que la documentación y condiciones de entrega son correctas.</p> | | | |
| <p>3. Ubicación del usuario en la habitación.</p> <p>Se ubica al paciente en la cama y se dota la habitación. De acuerdo al riesgo (caídas o alérgico) se identifican los pacientes con una manila (protocolo de Identificación de pacientes).</p> <p>Se hará entrega del formato consentimiento informado de hospitalización, explicando por parte de la enfermera o auxiliar sobre todas las actividades inherentes de enfermería que se pueden dar durante su estancia y los posibles riesgos del mismo. De igual forma se aplica lista de chequeo de, ingreso a hospitalización y/o certificado si se requiere de acompañante.</p> <p>En caso de que el paciente no pueda formar se le dará explicación al familiar o responsable para su firma</p> | <p>Personal auxiliar de enfermería</p> | <p>Manilla de identificación. Formato de paciente hospitalizado con acompañante permanente.</p> | <p>Protocolo de identificación de paciente.</p> |
| <p>4. Educación al usuario y acompañantes.</p> <p>Se da información acerca de las normas establecidas en la Institución y en servicio de hospitalización como: derechos y deberes del paciente, rutas de evacuación, ubicación de servicios sanitarios, horarios de alimentación, precauciones de aislamiento, restricciones del servicio, residuos</p> | <p>Personal auxiliar de enfermería y/o enfermería, médico</p> | <p>Lista de chequeo de Ingreso.</p> | <p>Aplicación Lista de chequeo de ingreso.</p> |



| | | | |
|--|--|-----------------------------------|---|
| hospitalarios, horarios de visita, lavado de manos y riesgos de caídas y prevención de Ulceras por presión. | | | |
| 5. Realizar inventario de habitación. Se realiza una entrega de los elementos y equipos que componen la habitación a través del inventario de la habitación para corroborar el buen funcionamiento de los mismos durante la estancia del paciente para evitar daño o pérdida. | Personal auxiliar de enfermería | Formato inventario de habitación. | N/A |
| 6. Elaborar Kárdex (plan de cuidados). De acuerdo al plan de cuidados elaborado en la atención inicial, se elabora el kárdex que contiene: el horario para la administración de medicamentos, realización de exámenes de laboratorio, dieta especial para el paciente. Se gestiona consecución de dispositivos médicos; procedimientos, imágenes diagnósticas, solicitud de ambulancia. Se asigna al personal auxiliar de enfermería las responsabilidades y cuidados especiales que tiene con cada paciente. Dentro de los cuidados de enfermería están: tomar signos vitales, toma de exámenes, baño del paciente, registro de las alteraciones de salud del paciente, realización de curaciones, preparación para procedimientos. Estas actividades son constantes durante el tiempo de hospitalización. El kárdex se actualiza cada vez que hay una orden médica nueva o cuando la condición del paciente cambia. | Personal auxiliar de enfermería y/o enfermería | Kárdex | N/A |
| 7. Realizar ronda médica. | Médico | Historia Clínica | Software institucional Plataforma SUROS |



| | | | |
|---|--|---------------------------------------|--|
| <p>Se hace una evaluación del usuario a través de anamnesis y examen físico y se analizan los resultados de imágenes diagnósticas, exámenes de laboratorio y otros. De aquí sale un diagnóstico que puede ser igual o diferente a la inicial.</p> <p>La evaluación del paciente (ronda médica) debe realizarse en las horas de la mañana. El médico debe explicar el diagnóstico, pronóstico, tratamiento al paciente al igual que las dudas que en este surjan ante el manejo de su patología.</p> <p>Se toman signos vitales, se revisan los registros de enfermería y de acuerdo con esta información se formulan los tratamientos adecuados que pueden ser:</p> <ul style="list-style-type: none">• Administración de medicamentos.• Ayudas diagnósticas.• Interconsultas.• Referencia (REMISIÓN).• Realización de procedimientos menores.• Oxígeno domiciliario.• Alta | | | (Fórmulas para medicamentos, procedimientos, interconsultas), acta de defunción. |
| 8. Realizar ronda de enfermería. Se realiza la ronda en las horas de la mañana para saludo a los pacientes y presentación por parte del personal que estará de turno. A las 08 am las auxiliares de enfermería hacen ronda asistencial: Cambio de camas, baño de pacientes, toma de signos vitales y curaciones menores. Los procedimientos como: curaciones pequeñas. | Personal auxiliar de enfermería y/o enfermería | Historia Clínica: Notas de enfermería | Software institucional Plataforma SUROS |



| | | | |
|---|---------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <p>A las 13:00 horas se realiza segunda ronda para saludo a los pacientes y presentación por parte del personal que estará de turno.</p> <p>A las 16:00 horas se realiza nuevamente ronda para toma de signos vitales.</p> <p>Y a las 11:00 y 18:00 horas se inicia descarte de eliminación de drenaje para cuantificación de líquidos por turno.</p> <p>A las 19:00 horas se realiza otra ronda del turno noche para saludar al paciente y toma de signos vitales.</p> <p>A las 6:00 de día siguiente se realiza última ronda del turno de la noche para control de signos vitales y descarte de drenajes de la noche para la cuantificación de ingresos.</p> <p>Durante las rondas además de lo anterior se realiza: Control de oxígeno, control de deposiciones, escala de Glasgow, control de líquidos administrados y eliminados, cambios de posición, tolerancia al destete de oxígeno, traslado de pacientes, altas, verificación y preparación de ayudas diagnósticas, se debe realizar registro de todo procedimiento realizado en la historia clínica.</p> <p>En el turno de la noche el personal auxiliar verifica consentimientos firmados de los pacientes que al día siguiente tengan pendiente un procedimiento.</p> | | | |
| | 9. Realizar trámite de órdenes. | Auxiliar administrativo y/o Personal | Historia Clínica: Notas de enfermería |
| | | | Correos electrónicos |

| | | | |
|--|---------------------------------|------------------|--|
| Se solicita códigos de autorización para procedimientos, exámenes y ambulancias según orden médica. | auxiliar de enfermería | | |
| 10. Actualizar Kardex. Se actualiza el kardex de acuerdo a las nuevas órdenes médicas. | Personal auxiliar de enfermería | Kardex | N/A |
| 11. Administrar el tratamiento. En las horas estipuladas en el kardex se realiza administración de medicamentos según ordenamiento. <ul style="list-style-type: none"> Se realiza la preparación del paciente para las ayudas diagnósticas si lo requiere, antes, durante y después de la administración del tratamiento se debe dar información al usuario y sus acompañantes sobre beneficios, riesgos y posibles complicaciones buscando la participación activa de los mismos. Realización de glucometrías. Si al paciente se le realiza una ayuda diagnóstica o interconsulta por fuera de la institución se diligencia el formato de autorización para retirar pacientes temporalmente de la institución y se entrega al personal de ambulancia copia de la historia clínica, además se debe consignar el libro de traslado los datos correspondientes para dejar soporte del traslado y sus responsables. | Personal auxiliar de enfermería | Historia Clínica | Software institucional Plataforma SUROS (control de oxígeno, escala de Glasgow, control de deposiciones, consentimientos informados para procedimientos) |
| 12. Realizar interconsultas De acuerdo a su necesidad. Nutrición, Psicología, Odontología, entre otras. | Médico | Historia Clínica | Software institucional Plataforma SUROS |



| | | | |
|--|--|------------------------------------|--|
| <p>Si es necesaria una interconsulta esta se deberá solicitar mediante la historia clínica, durante la revisión para actualizar ordenes médicas y tratamiento, estas se deberán informar al área de agendamiento para la asignación del profesional. Durante el fin de semana médico de turno informara a la coordinación de la IPS para notificar al personal disponible para la realización de la misma.</p> | | | |
| <p>13. Ronda Médica. Dependiendo de la valoración médica se define alta o remisión del paciente.</p> <p>El paciente que no acepta la hospitalización firma el formato de declaración de retiro voluntario.</p> <p>Cuando el paciente fallece se realiza el certificado de defunción y se procede avisar a la familiar para llamado a la funeraria. Se hace manejo de cadáver según protocolo. Cuando el paciente se fuga se notifica a la coordinación de la IPS para activar las medidas pertinentes.</p> | Médicos | Historia clínica | Software institucional Plataforma SUROS |
| <p>14. Verificar condiciones del alta</p> <p>Realización de procedimientos pendientes, tolerancia a la vía oral, curaciones, retiro de sondas, aplicación del último medicamento antes del alta.</p> | Personal auxiliar de enfermería | Historia clínica | Software institucional Plataforma SUROS |
| <p>14. Preparar documentación a entregar.</p> <p>De acuerdo a las ordenes médicas se verifica instructivos de cuidado en casa, ayudas diagnósticas que el paciente haya traído, certificado de defunción, fórmula médica incapacidad, orden de salida, y</p> | Personal auxiliar de enfermería Auxiliar administrativa | Historia clínica (orden de salida) | Software institucional Plataforma SUROS |

| | | | |
|---|--|---------------------------|---|
| cancelación de copago (facturación). | | | |
| 15. Dar documentación es y reclamar encuestas de satisfacción Se entrega por escrito y en forma verbal las instrucciones de cuidado en casa, entregar al paciente y acompañante la documentación, se deja constancia en la hoja de ingreso-egreso de enfermería sobre la información, documentación y medicamentos entregados. Solicitar al usuario la entrega de la encuesta de satisfacción diligenciada. | Personal auxiliar de enfermería SIAU | Historia clínica | Software institucional Plataforma SUROS |
| 16. Entregar orden de salida. Se recibe la orden de salida con sello de cancelado de la caja, se entrega la documentación, se procede a retirar el catéter y manilla de identificación del paciente. | Personal auxiliar de enfermería | Historia clínica (Cierre) | Software institucional Plataforma SUROS |
| 17. Realización inventario de habitación Se verifica a través del inventario de la habitación las condiciones y buen funcionamiento de la dotación entregada inicialmente. | Personal auxiliar de enfermería | N/A | N/A |
| 18. Despedir al paciente y a su acompañante El personal de enfermería despide al paciente y el acompañante (recomendaciones) y el personal de seguridad que se encuentra en la portería verifica con orden de salida que el usuario puede egresar de la institución. | Personal auxiliar de enfermería Personal de Celaduría | N/A | N/A |

CONSIDERACIONES ESPECIALES

- Recuerde siempre presentarse ante el paciente y acompañantes con nombre, apellido y cargo y adopte una actitud de servicio.
- No olvide siempre permanecer con la identificación visible.



- Recuerde aplicar la técnica y los cinco (5) momentos del lavado de manos según lo establecido por la OMS.
- Recuerde aplicar medidas de aislamientos en los pacientes que lo requieran.
- Recuerde que usted hace parte de la imagen de la institución por lo tanto siempre debe adoptar una actitud de servicio y amabilidad y brindar un trato digno, amable y cortés al usuario que está atendiendo, tenga en cuenta que lo anterior hace parte de los derechos del usuario y por lo tanto hay que respetarlos.
- Tenga presente las normas de cortesía como: saludar, pedir el favor, agradecer, mirar a los ojos al usuario, durante cualquier contacto con el paciente o sus acompañantes.
- Recuerde en todo momento atender a los pacientes y acompañantes, respetando su dignidad y privacidad.
- Tenga presente aplicar los criterios de priorización para la asignación de camas en los servicios hospitalarios, en especial para los grupos de interés como gestantes, ancianos y discapacitados entre otros.
- No olvide que debe prestar especial atención sobre la información brindada a los familiares cuando se trate de usuarios menores de edad, discapacitados mentales, por lo que la información de todo tipo (Derechos y Deberes - DyD, clínica, administrativa y demás) debe dársele a una persona responsable.
- Tenga presente que debe garantizar los derechos de privacidad y confidencialidad del usuario durante su proceso de atención: al momento de solicitar información o dar información de su patología, al momento de realizar la evaluación u otro momento de la atención que se vea afectado este derecho.
- Recuerde que de una atención oportuna, segura, humanizada y continua depende una buena atención.
- Insista al paciente y sus acompañantes sobre la importancia de cuidar sus pertenencias durante la estancia en la institución.
- No olvide reforzar en los adultos que acompañan a menores, el cuidado de los mismos para evitar posibles incidentes y riesgos.
- Durante la atención, oriente al paciente y acompañantes sobre manejo de residuos y comportamiento en caso de emergencias y motívelo a ampliar la información en los canales disponibles propios de la institución.
- Si el paciente requiere algún tipo de aislamiento durante la estancia en el servicio, bríndele la mayor comodidad posible para lograr el cumplimiento de este procedimiento, sin vulnerar su dignidad.
- Tenga presente que debe verificar la identificación del paciente durante toda la atención (nombre y apellidos completos y documento de identificación), especialmente en los momentos más críticos como por ejemplo al momento de administrar un medicamento, al realizar un procedimiento, al trasladar a un usuario hacia otro servicio y en fin en todos los momentos críticos; para lo cual debe tomar como referente la manilla y la información consignada en la cabecera de la cama, historia clínica y demás mecanismos de identificación.
- Brinde instrucciones claras, precisas y comprensibles al paciente, de acuerdo con su nivel socio cultural y nivel de escolaridad, teniendo en cuenta su estado emocional y su nivel de educación, sobre aspectos tales como: su condición de salud, riesgos y complicaciones del procedimientos médicos y quirúrgicos; recuerde que hace parte de un derecho del usuario.
- Esté atento a identificar factores de riesgo, así como signos y síntomas de maltrato o de violencia sexual, infantil o a la mujer, y en caso afirmativo activar las rutas.
- Cuando sea necesario en la atención del paciente, utilice los elementos de protección personal y tenga en cuenta las medidas de bioseguridad.



- Cambiar los equipos de líquidos endovenosos, según protocolo Institucional. Revisar en cada administración de medicamentos los sitios de venopunción.
- Valorar el estado de la piel para detectar zonas de presión o úlceras por decúbito, consignarlo en la Historia Clínica.
- Aplicar correctamente la administración de medicamentos y el protocolo de administración de medicamentos para evitar eventos adversos relacionados con su aplicación; así como informar al paciente sobre los riesgos y signos de alarma.
- Identificar los signos predictivos de deterioro del estado del paciente, e informar oportunamente al médico del servicio.
- Identificar el uso de medicamentos de manera habitual por los pacientes (reconciliación medicamentosa) y que deban ser administrados durante su estancia en el servicio como parte del tratamiento, por lo tanto, usted debe verificar que se encuentran ordenados para continuar con su administración.
- Recuerde que si llega a detectar en el paciente fiebre, ardor o molestia para orinar, acompañado de dolor en hipogastrio; o tos, esputo purulento, RX de tórax infiltrado que sugiere infección; o inflamación, edema, calor rubor en sitio de la venopunción; sospeche que está en presencia de un caso de infección intrahospitalaria el cual debe informarlo al médico tratante y al responsable de infectología y reportarlo como un suceso de seguridad para descartar un evento adverso.
- Recuerde que en caso de identificar que la atención solicitada es producto de un evento adverso ocurrido en el hospital o se trata de un Reingreso por la misma causa antes de las 72 horas debe reportarlo a la Oficina de calidad.
- Tenga presente que está prohibido aplicar medicamentos o realizar procedimientos que no estén ordenados por escrito en la historia clínica, salvo durante un código azul o código rojo.
- No olvide registrar en la historia clínica todos los procedimientos realizados, tratamientos aplicados, valoraciones realizadas y diligencias todos los registros establecidos para el paciente.
- Recuerde la importancia de una comunicación asertiva entre los integrantes del equipo de salud.
- No olvide registrar siempre en la historia clínica y en el formato los posibles eventos de seguridad identificadas durante la atención, y reportarlo a través de los canales establecidos.
- Recuerde siempre aplicar los respectivos protocolos y guías.
- Garantice la privacidad y la cadena de custodia de la Historia Clínica y los registros asistenciales.
- Tenga en cuenta que en caso de negarse un proceso de atención que sea prestado por la institución debe diligenciar el reporte de no aceptación de servicios.
- Recuerde que, por respeto al paciente o sus acompañantes en caso de demoras en la atención, se deben presentar disculpas. Asegúrese de depositar en la bolsa roja todos los elementos contaminados que hayan estado en contacto con el usuario y elementos cortopunzantes en el guardián; tenga en cuenta los lineamientos establecidos en el manual de gestión residuos hospitalarios.
- Recuerde que, en caso de enviar un equipo biomédico, de sistemas o mobiliario a mantenimiento, debe realizar previa limpieza o desinfección a fin de garantizar que el mantenimiento preventivo o correctivo pueda realizarse sin generar riesgos para el personal que los realiza.
- En el caso de usuario que fallece la copia del certificado de defunción se entregará exclusivamente al familiar.



- Si es el usuario quien solicita retiro voluntario, realizar el reporte a los entes de control. En caso que corresponda a eventos de interés en salud pública, se debe notificar a la EAPB y la secretaría de salud Municipal y Departamental respectiva.
- Para los casos en que la condición clínica, física y/o mental lo amerite, la información se brindará a un acompañante con capacidad de comprensión y el egreso será dado en compañía de un adulto responsable, previa valoración por el médico tratante.
- En caso de atención a usuarios extranjeros o usuarios indígenas, que solo tengan la posibilidad de comunicación a través de su propio idioma o dialecto, y con el fin de garantizar una comunicación efectiva en protección a sus derechos, se hace necesario comunicarse con el área de SIAU, quienes realizarán el contacto con una persona, o contacto con la oficina de la defensoría del pueblo o la organización indígena, en busca del acompañamiento de un interlocutor para dialectos indígenas.
- Es obligación del Médico expedir el certificado de incapacidad en el que debe constar, como mínimo, la inutilidad, el riesgo que la origina y el tiempo de duración. Esta certificación debe realizarse independientemente del tipo de afiliación que tenga el usuario.

RECURSOS:

Equipo de signos vitales, registros necesarios, equipos biomédicos, insumos hospitalarios, medicamentos, insumos y equipos tecnológicos (computador y red de conectividad).

RECURSO HUMANO: Auxiliares de enfermería – enfermería profesional – médicos – psicología – odontología -nutricionista.

| SALIDAS | CLIENTES | REQUISITOS DE SALIDA |
|--|---------------------------------|--|
| Egreso de pacientes y acompañantes del Servicio de Hospitalización | Usuario con egreso del servicio | <ul style="list-style-type: none"> • Usuario atendido bajo condiciones de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad, humanización, eficiencia y eficacia. • Registro en la Historia Clínica de la salida del paciente de hospitalización para continuar con su plan de cuidados en forma ambulatoria o en otra institución de mayor nivel de complejidad. • Boleta de salida (facturados los servicios a la entidad responsable del pago). • Retiro de la manilla de identificación del usuario. • Entrega de la documentación derivada de la atención (formula médica extramural, remisiones ambulatorias, plan de cuidado, recomendaciones, entre otros). <p>Criterios de egreso del servicio de Hospitalización:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mejora clínica: <ul style="list-style-type: none"> • Resolución o mejoría significativa de los síntomas. • Estabilidad de los signos vitales dentro de rangos normales. |



2. Cumplimiento del tratamiento:
 - Respuesta adecuada a la terapia médica administrada.
 - Finalización del tratamiento intravenoso o farmacológico.
3. Evaluación diagnóstica:
 - Resultados de pruebas diagnósticas que apoyen la mejoría del paciente.
 - Diagnósticos aclarados y manejados adecuadamente.
4. Capacidad para el autocuidado:
 - Paciente capaz de manejar su tratamiento en casa.
 - Comprensión de su condición y plan de cuidados.
5. Condiciones sociales y familiares
 - Existencia de un entorno familiar o de apoyo adecuado para el cuidado post alta.
 - Acceso a servicios comunitarios si es necesario (como fisioterapia o seguimiento médico).
6. Manejo en otro nivel de complejidad:
 - Evolución clínica no favorable que amerita remisión.

7. ANEXOS

INICIO

INGRESO
Usuarios que requiere hospitalización

**FLUJOGRAMA PROCESO
INGRESO Y EGRESO EN LA
HOSPITALIZACIÓN**

EGRESO

Usuarios atendidos bajo condiciones de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad, humanización, eficiencia y eficacia

0 - 4316195 - 3138769363
03; Sede Curillo Tel. 4302060 - 3138785279
llauonica@rafaeltoarpoveda.gov.co



| CONTROL DE CAMBIOS | | |
|---|--|--|
| Versión | Descripción del Cambio | Fecha de aprobación |
| 01 | Elaboración del documento por requisito para dar cumplimiento a la normatividad vigente resolución 3100 del 2019; agregando criterios de ingreso y egreso, interconsultas, recomendaciones, entrega de turno médico. | 30/11/2024 |
| Elaborado por: | Revisado por: | Aprobado por: |
| | | |
| Firma: | Firma: | Firma: |
| Nombre: Viviana Teresa Montoya Cargo: Coordinación Asistencial | Nombre: Dorys Enith Almario Estrada Cargo: Asesora Calidad | Nombre: Marlio Andrés Posada Cargo: Gerente |