

PROTOCOLO DE BIENVENIDA, ESTANCIA Y DESPEDIDA

POBLACIÓN OBJETO

Este protocolo está dirigido a todo el personal interdisciplinar (médicos, jefes de enfermería, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas, auxiliares de enfermería, camilleros y personal de la salud) que labora en la E.S.E. Hospital San Antonio de Padua de La Plata-Huila

Ámbito de aplicación:	Está dirigido a todo el personal interdisciplinar (médicos, jefes de enfermería, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas, auxiliares de enfermería, bacteriológicos, técnico en radiología, radiólogos, camilleros y personal en general) que labora en la E.S.E. Hospital San Antonio de Padua de La Plata-Huila
Sencillo y fácil de usar	Es accesible para todos los funcionarios de la Institución
Específico	Adaptado a las situaciones específicas de cada funcionario, lugar y puesto de trabajo.
Coordinado	Implica la actuación de todos los actores implicados en la atención de forma coordinada (administrativos, asistenciales)
Medidas de información y formación	Prever medidas de información y formación para todo el personal, incluidos los mandos intermedios y dirección.
Entorno seguro	Pretende garantizar un entorno confiable y humanizado al servicio de la vida y de la dignidad de la persona, donde se brinden cuidados con calidad y donde prime la atención integral y personalizada, al individuo y su familia en un entorno amigable y cálido.
Colaboración y participación	Promueve la colaboración y participación del personal de la Institución a través de todo el personal asistencial (médicos, jefes de enfermería, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas, auxiliares de enfermería, camilleros y personal de la salud) y administrativo, que labora en la E.S.E. Hospital San Antonio de Padua de La Plata-Huila

USUARIOS DEL PROTOCOLO

Personal asistencial y/o administrativo de la oficina de atención al usuario, recepción, servicio de admisiones, urgencias, observación, hospitalización, facturación y servicios ambulatorios y otros que desarrollen actividades durante el ingreso, estancia y egreso de los usuarios de la E.S.E. Hospital San Antonio de Padua de La Plata-Huila

OBJETIVOS

Lograr la adaptación del usuario y su familia al medio hospitalario en el menor tiempo posible, garantizando un trato personalizado y humano.

Proporcionar una información completa, ágil y veraz, un trato amable, digno y respetuoso para facilitar la adaptación al medio hospitalario del usuario y su familia.

DEFINICIONES

BIENVENIDA

Es una acogida, aceptación, recepción y admisión de manera amable, educado y cortés en que se da a una persona y por haber llegado con alegría, regocijo, agrado, contento y felicidad.

¿Qué Se Entiende Por Acogida?: Tomando como base la definición de la XXII edición del diccionario de la Lengua Española, el término acogida incorpora tres conceptos fundamentales:

Recibimiento, aportando la información básica necesaria para que el ingreso en el Hospital no le plantee, por desconocimiento, angustia añadida a la que deriva del propio proceso asistencial, así como mejorar la percepción subjetiva de la calidad en la atención y facilitar la relación con el personal sanitario que le atenderá.

Aceptación y aprobación, tanto del paciente como del centro hospitalario de los derechos deberes y particularidades que la estancia en nuestro establecimiento le puede deparar.

Protección, no solo física sino en el ámbito de todas las esferas del paciente (confidencialidad, intimidad, respeto, seguridad...) desde el

momento que es recibido el paciente hasta que comienza el proceso asistencial.

INGRESO DEL PACIENTE

Es la admisión del paciente quien requiere los servicios del Hospital por diferentes situaciones de salud. Es responsabilidad compartida con la Oficina de Admisión, el personal administrativo y el personal médico. Puede darse a través del Servicio de Urgencias o por Consulta Externa.

Objetivos del ingreso hospitalario:

- Brindar atención interdisciplinaria al paciente y familia cuando por cualquier causa ingresa al servicio o la Institución.
- Diligenciar y completar los registros establecidos por la Institución para llevar a cabo el ingreso eficiente del paciente.

ESTANCIA HOSPITALARIA

Es la permanencia de una persona en un lugar determinado durante un cierto tiempo; es la acción de permanecer en un mismo lugar, estado, condición o situación. Es un indicador de eficiencia hospitalaria, en un hospital de tercer nivel se considera estancia prolongada aquella que sobre pasa el estándar de nueve días. El tiempo de estancia hospitalaria de un paciente responde a múltiples factores institucionales, patológicos, personales, entre otros.

Objetivos de la Estancia hospitalaria:

- Garantizar un manejo integral de la enfermedad.
- Explicar al paciente y a la familia las condiciones de salud y los cuidados a durante su proceso de estancia en la institución.
- Proporcionar un ambiente en el cual las necesidades e inquietudes del paciente y su familia sean satisfechas.

EGRESO DEL PACIENTE

Es la salida del paciente del servicio de hospitalización a cualquiera de los siguientes destinos: casa, otra Institución de salud, otro servicio, anfiteatro, alta voluntaria, permiso o fuga.

Brindar atención de enfermería al paciente cuando por cualquier causa egresa del servicio o de la Institución

Explicar al paciente y a la familia las condiciones de salud y los cuidados a realizar en su nuevo destino

Objetivos del egreso hospitalario:

- Diligenciar y completar los registros establecidos por la Institución para llevar a cabo el egreso del paciente
- Manifieste la bienvenida al usuario y su familia, salude de forma cordial y respetuosa, utilizando la identificación redundante e información sobre el servicio al que ingresa.
- Recuerde siempre presentarse ante el paciente y acompañantes con nombre, apellido, cargo y adoptar una actitud de servicio.
- No olvide siempre permanecer con la identificación visible.

CONSIDERACIONES GENERALES

- ✓ Este protocolo aplica a todas las capacitaciones, socializaciones y actividades relacionadas con la promoción de una atención humanizada, cortes, 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, en los diferentes momentos de la atención: ingreso, estancia y egreso de la institución.
- ✓ Identificar los pacientes de difícil manejo y reportarlos al equipo psicosocial. Estar 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 informe la situación para realizar su debido reporte y manejo.

- ✓ Recuerde en todo momento atender a los pacientes y acompañantes con respeto.
- ✓ Recuerde que, de una atención oportuna, segura, humanizada y continua, se ven reflejados los resultados de la recuperación del paciente.
- ✓ Brinde instrucciones claras, precisas y comprensibles al paciente sobre aspectos tales como: su condición de salud, riesgos y complicaciones de procedimientos médicos y quirúrgicos; recuerde que hace parte de uno de los derechos del usuario.

CONTRAINDICACIONES

El presente protocolo no aplica para actividades que no estén relacionadas con el Ingreso, estancia y egreso de los usuarios de la Institución.

MATERIALES Y EQUIPOS

Infraestructura: Las actividades de socialización e implementación se desarrollarán en todos los servicios en los que se recepciona al usuario y su familia.

Mobiliario, equipo y otros: Está conformado por los siguientes elementos: computadores, video beam, televisores y ventilación adecuada.

Documentos: Lista de asistencia, lista de cheque, ayudas didácticas y rotafolio.

DETALLE DE ACTIVIDADES

Ingreso

No	QUE HACER	DONDE	QUIEN	COMO LO HACE	CUANDO	RECURSOS
1	Ingreso al servicio	Servicio Receptor	Personal de salud	Saludar de manera amable y cálida al usuario y su familia. El personal ingresa al servicio en compañía del personal de salud para hacer entrega del paciente al personal que los recibe en cada servicio	Inicio del procedimiento	Recurso humano, historia clínica, registros
2	Ubicar y acomodar al paciente en el cubículo, en la cama asignada	Servicio asignado	Auxiliar de enfermería	Saludar de manera amable y cálida al usuario y su familia. El personal de enfermería (según necesidad) equipado con los elementos de protección individual (EPI), procede a ubicar el paciente en el cubículo, en la cama asignada ajustando la posición o inclinación según la necesidad, se procede a tomar signos vitales y monitorizar si el paciente lo requiere. Diligenciar el tablero de identificación y activar medidas de prevención de riesgos.	Durante el procedimiento	Recurso humano, cama, monitor, elementos de protección (EPI)
3	Presentación del personal	Todos los servicios	Todo el personal del servicio	Saludar de manera amable y cálida al usuario y su familia.	Procedimiento	Humano

				El personal médico, enfermería, terapia, psicología, trabajo social, auxiliar de enfermería y en general todo el personal asistencial que tenga contacto con el paciente hace su presentación (nombre y cargo) y se ponen al servicio del paciente.		
4	Presentación del servicio	Servicio asignado	Personal de enfermería	Saludar de manera amable y cálida al usuario y su familia. El enfermero (a) hace la presentación del servicio, dando a conocer al usuario y/o a su familia la generalidad del servicio; números de camas, especialidad tratante, uso del baño, segregación de desechos, lavado de manos, rutas evacuación, riesgos, horarios de alimentación, horarios de visita, derechos y deberes de los usuarios, oficina de atención al usuario (SIAU; Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencia, Denuncia, Agradecimiento, Felicitaciones), estrategia programa de humanización,	Durante el procedimiento	Recurso humano, cama, monitor, elementos de protección individual.

				programa de seguridad del paciente, etc.		
5	Colocar la manilla de identificación al paciente	Servicio asignado	Personal de enfermería	Saludar de manera amable y cálida al usuario y su familia. El jefe de enfermería y/o auxiliar de enfermería asignara a cada paciente una manilla de identificación la cual es impresa con código de barra por el servicio de admisiones en ella se registran nombre y apellidos, número de identificación, en esta manilla el personal asistencial al identificar los riesgos de evento adverso en el paciente fijara un estiker alusivo al colore de riesgo así: -Rojo= alergia -Violeta= caída -Azul= aislado -Verde=paciente psiquiátrico -Amarillo= homónimo -Naranja= paciente en ayuno -Café= ulcera por presión	Durante el procedimiento	Recurso humano, manilla, stiker, de color acorde al riesgo de evento identificado y documento de identidad del paciente
6	Casos especiales	Servicio asignado	Personal de enfermería	Saludar de manera amable y cálida al usuario y su familia. Si	Durante el procedimiento	Recurso humano, plegable,

				el usuario ingresa inconsciente, la información que se registra al ingreso será la referida por la familia y/o acompañante en caso de tenerla.		folleto manilla según el riesgo y documento de identificación.
7	Registro en la historia clínica	Servicio asignado	Personal de enfermería	Saludar de manera amable y cálida al usuario y su familia. Tanto el jefe, como el personal de auxiliar de enfermería realizarán los registros de ingresos pertinentes en la historia clínica (subjetivo, objetivo, actividades propias de enfermería e indicadores de riesgo identificadas al ingreso del paciente.	Durante el procedimiento	Recurso humano, historia clínica
8	Registro en el censo del servicio	Servicio asignado	Personal de enfermería	Saludar de manera amable y cálida al usuario y su familia. El jefe de enfermería hace el registro del paciente en el libro de estadística o censo del respectivo servicio.	Durante el procedimiento	Libro de estadística
9	Dar informe al usuario y familia	Servicio asignado	Médico especialista personal de enfermería y auxiliar de enfermería	Saludar de manera amable y cálida al usuario y su familia. El médico tratante, brinda al usuario y familia la información concerniente a su condición de salud,	Durante el procedimiento y/o diariamente	Recurso humano

				una vez concluida la valoración inicial del paciente. De igual manera, solicita información acerca de los antecedentes de salud o historias clínica del usuario y/o su familia para identificar factores de riesgo. Personales y familiares que puedan incidir en el estado de salud del paciente.		
--	--	--	--	--	--	--

Estancia

N o	QUE HACER	DONDE	QUIEN	COMO LO HACE	CUANDO	RECURSOS
1	Estancia	Unidades de servicios	Todo el personal del servicio	Saludar de manera amable y cálida al usuario y su familia durante toda la estancia hospitalaria	Durante la estancia	Recurso humano
2	Necesidades básicas	Servicios asignados	Todo el personal del servicio	Saludar de manera amable y cálida al usuario y su familia, mirarlos a los ojos y dirigirse siempre por su nombre	Durante el procedimiento	Recurso humano
3	Educación al paciente y su familia	Servicios asignados	Personal de enfermería	Saludar de manera amable al usuario y su familia, resolver de manera cálida las dudas que tenga el	Durante el procedimiento	Recurso humano

				paciente y/o acompañante, informar al paciente y a la familia sobre el buzón de quejas, reclamos, denuncias Agradecimiento, Felicitaciones, informar sobre la administración de medicamentos, brindar información sobre		
4	Informar al paciente y familia sobre procedimientos	Servicio asignado	Todo el personal de salud	Saludar de manera amable al usuario y su familia. Cada vez que realice un procedimiento o valoración, explicar al paciente y/o a su familia en qué consiste e indicar el nombre y cargo del profesional que lo realiza.	Durante el procedimiento	Recurso Humano
5	Informar al paciente y familia sobre las condiciones de salud	Servicio asignado	Equipo Médico y Especialista	Saludar de manera amable al usuario y su familia, brindarle toda la información sobre el curso de la enfermedad y conducta por seguir. Informar sobre procedimientos quirúrgicos y NO quirúrgicos	Durante el procedimiento	Recurso humano. Formato consentimiento o informado

				Diligenciamiento de formato de consentimiento informado		
--	--	--	--	---	--	--

Egreso

No	QUÉ HACER	DÓNDE	QUIÉN	CÓMO LO HACE	CUÁNDO	RECURSOS
1	Egreso	Servicio asignado	personal de salud	Saludar de manera amable y cálida al usuario y su familia. Gestiona el Egreso del usuario coordinado con los servicios encargados de este proceso, verifica que los requisitos del egreso estén completos y tengan las indicaciones claras.	Durante el procedimiento	Recurso Humano, Historia clínica
2	Orientar sobre el Egreso del paciente	Servicio asignado	Personal de enfermería.	Saludar de manera amable y cálida al usuario y su familia. Asegurar que el paciente y/o su familia han quedado conformes con la atención recibida en la institución. Entregar plan de egreso, ordenes extramurales y epicrisis con la respectiva educación al paciente y su familia, dejar constancia o registro de dicha actividad.	Durante el procedimiento	Recurso Humano. Plan de egreso
3	Orientar en el proceso de	Todos los servicios	Personal de enfermería	Saludar de manera amable	Cuando termina su	Recurso Humano,

	facturación			y cálida al usuario y su familia. Previa orden médica de egreso del paciente junto con el plan de egreso. Se le informa a la familia que debe acercarse a la oficina de facturación para que le indique si tiene que pagar copago.	estancia hospitalaria.	Historia clínica.
4	Orientar en la salida del paciente	Portería principal	Personal de Seguridad	Saludar de manera amable y cálida al usuario y su familia. El personal de salud acompañará al paciente y su familia a la salida principal donde el vigilante solicita y recibe del paciente la boleta de egreso y le retira la manilla de identificación.	Salida de la institución.	Recurso humano, silla de ruedas, boleta de salida.

Objetivos específicos

Garantizar continuidad en el proceso asistencial y administrativo de Enfermería.

Identificar con oportunidad las necesidades del paciente y su familia.

Brindar un trato humanizado desde el primer contacto con el paciente y su familia.

CONSIDERACIONES PRELIMINARES

— Salud Integral, Impacto Real —

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital"

Tenga en cuenta que la información incompleta, distracciones y errores en la comunicación durante el cambio de turno son las principales causas de los eventos adversos y demás sucesos de seguridad, tales como errores de medicación, hospitalizaciones prolongadas, con las pruebas diagnósticas innecesarias, y la insatisfacción del paciente.

Involucrar al paciente y a la familia en el autocuidado, garantizando efectividad y resolución oportuna de las necesidades del paciente y su familia.

Recuerde siempre presentarse ante el paciente y acompañantes con nombre, apellido, cargo y adopte una actitud de servicio.

Tenga presente que debe verificar la identificación del paciente durante toda la atención (nombre y apellidos completos y documento de identificación).

Informe en la entrega de turno al personal que recibe los pacientes con necesidades especiales, ya sea de tipo personal, social y/o administrativa, para ser notificados a psicología y trabajo social según el caso.

MATERIALES Y EQUIPOS

- Kárdex de Enfermería.
- Tarjetas de medicamentos.
- Tablas con escalas de medición de riesgos.
- Historias clínicas de los pacientes.
- Alcohol glicerinado.
- Formato de entrega de turno nocturno

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Entregue turno de acuerdo con horarios de trabajo preestablecidos (Turno de la mañana 7:00 hs, Turno de la tarde 13:00 hs, Turno de la noche 19:00 hs).

Informe sobre:

Número de ingresos.

Disponibilidad de camas.

Usuarios fallecidos.

Novedades con el personal, los usuarios y el servicio.

Informar de forma oportuna y pertinente los usuarios que requieran una atención inmediata, continua y especial.

Realice lavado de manos antes de iniciar la revista por cada una de las unidades hospitalarias.

Tenga en cuenta los 5 momentos de higienización de manos de la Organización Mundial de la Salud.

Entregue turno en la unidad funcional del paciente, con la documentación y todos los registros de información.

Salude cordial y respetuosamente al usuario por su nombre.

Preséntese e informe que se iniciará la entrega de turno por parte del personal presente. (Nombres completos y cargo).

Socialice los deberes y derechos del usuario, horarios de entrega de alimentos por parte de nutrición y horarios de visita.

Corrobore la información recibida con la manilla de identificación del usuario y el tablero de identificación.

Recuerde realizar la priorización de pacientes en el Kárdex de enfermería según la valoración del riesgo en el turno de la mañana.

Diligencia de manera veraz y oportuna el formato de Informe de turno Nocturno y envíelo al correo de subgerencia técnico-científica (subgerencia.asistencial@esesanantoniodepadua.gov.co)

El personal que entrega turno: Ofrezca un informe verbal y claro de los siguientes aspectos en relación con el usuario (Nombre completo del paciente, Edad, Especialidad tratante, Diagnóstico médico – quirúrgicos, tiempo de permanencia en el servicio, antecedentes de alergias). Tenga en cuenta que diagnósticos especiales como VIH, Cáncer, etc., pueden ser omitidos por privacidad del paciente.

Comunique las condiciones clínicas de cada usuario de acuerdo lo consignado en el Kardex de enfermería: signos vitales, balance de líquidos

y datos relevantes de la evolución, como el tratamiento médico o quirúrgico, tratamiento farmacológico y reacciones al mismo, dieta ordenada y aceptación de la misma, cuidados específicos como terapias y aplique la estrategia "Escalas de seguridad" realizando valoración del riesgo de caídas (Escala Downton), Riesgo de úlceras de presión (Escala Braden), escala de valoración visual de flebitis (MADDOX), alergias y demás complicaciones y riesgos que se presenten durante el turno.

El personal de enfermería que recibe turno: Preste atención y registre los datos relevantes del estado actual del usuario, para dar continuidad al proceso de atención y verifique la información recibida.

Realice valoración cefalocaudal (estado del sitio de venopunción, sondas, catéter, curaciones, zonas de presión, preparación de área quirúrgica, estado de higiene corporal, limpieza y aseo del entorno, fecha de vencimiento de dispositivos).

Adopte medidas de seguridad según el riesgo. (Remitirse a programa de seguridad del paciente).

Recuerde realizar la priorización de pacientes en el Kárdex de enfermería según la valoración del riesgo en el turno de la mañana.

Notifique a las personas responsables las fallas detectadas y proponga medidas correctivas que deben estar registradas en el informe de turno.

Verifique integridad del carro de paro, diligenciamiento de actas, realice test del desfibrilador y deje registro en formato para tal fin.

Verifique orden, limpieza y existencia de la sala de procedimientos, carros de medicamentos, fórmulas de control, certificados de defunción etc., de acuerdo con el formato establecido e informe oportunamente sobre pérdidas o daños.

El Enfermero (a) de turno nocturno, deben registrar y entregar en el correo electrónico

de subgerencia técnico-científica
(subgerencia.asistencial@esasanantonidepadua.gov.co) los siguientes

criterios: Número de camas (ocupadas, disponibles, solicitadas, reservadas, inhabilitadas o bloqueadas), ingresos, traslados, salidas (efectivas y represadas), registre nombre completo del usuario y el motivo de la salida represada, fallecidos, códigos azules, novedades con medicamentos, procedimientos, eventos adversos, cancelación de procedimientos, personal a cargo entre otros, fallas en la oportunidad de procesos,

medicamentos entre otros, de acuerdo a herramienta de Informe de entrega de turno diseñada por la coordinadora de Enfermería.

RESPONSABLES

Enfermero (a)
Auxiliar de Enfermería

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA VALORACIÓN CLÍNICA DEL USUARIO Y PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS

DEFINICIONES

Valoración clínica: Es un proceso dinámico de coordinación, comunicación y observación mediante el cual se obtiene información veraz, completa y ordenada acerca del comportamiento fisiológico, psicológico y limitaciones funcionales del usuario que orientan al personal de enfermería para establecer el diagnóstico, priorizar los problemas y planear la atención.

Historia clínica: Un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley" Siendo el registro de Enfermería uno de los documentos que conforma la Historia clínica de un paciente. (Res. 1995 de 1999, p. 02).

La historia clínica debe dar cumplimiento a las siguientes características: integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, disponibilidad y oportunidad.

Registros de Enfermería: El conjunto de documentos específicos que hacen parte de la historia clínica, en los cuales se describe cronológicamente la situación, evolución y seguimiento del estado de salud e intervenciones de promoción de la vida, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación que el Enfermero (a) brinda a los sujetos de cuidado, a la

familia y a la comunidad. Siendo el registro de Enfermería uno de los documentos que conforma la Historia clínica. (Ley 911 de 2004, cap. V, art. 35).

SOAP: Es un método para el registro e interpretación de los problemas y necesidades del paciente, así como las intervenciones y observaciones que realiza el Enfermero (a). Conocida también como la estructura o siglas con las cuales se realizan los registros de Enfermería.

Planeación de los cuidados de enfermería: Es la definición de medidas terapéuticas (independientes de las órdenes médicas) que, basadas en evidencia científica, prioriza las situaciones problema, las interviene y valora los resultados para garantizar la continuidad a la atención.

OBJETIVOS

Objetivo general

Identificar las necesidades del usuario que surgen a partir de la valoración del paciente con el fin de establecer una relación terapéutica, intervenir y evaluar los resultados de cada intervención.

Objetivos específicos

Individualizar la atención de enfermería mediante el conocimiento del problema, su etiología o causas, signos y síntomas presentes.

Establecer relación terapéutica con el usuario y la familia desde el ingreso hasta el egreso.

Realizar descripciones y registros objetivos de las condiciones clínicas y funcionales del paciente.

CONSIDERACIONES PRELIMINARES

La valoración clínica del usuario es un procedimiento inherente al cuidado que se debe garantizar en cada recibo de turno, con el fin de establecer el plan de cuidados para el turno, priorizar la atención de los pacientes y contar con registros clínicos reales, oportunos, coherentes y pertinentes.

Los cuidados no documentados son cuidados no proporcionados.

Nunca registre actividades o valoraciones que no fueron ejecutadas, ni las que no son competencia de enfermería.

Las escalas de medición deben ser actualizadas y registradas en el Kárdex de enfermería y las notas de Enfermería, con la periodicidad que determina el Programa de Seguridad del Paciente.

Los signos vitales hacen parte esencial de las notas de Enfermería, pues determinan las condiciones clínicas del paciente, estos deben ser medidos no copiados de registros anteriores.

Haga partícipe al paciente y a la familia de su cuidado, educando sobre la notificación inmediata de alteraciones clínicas y registre los hallazgos. Los registros de Enfermería constituyen: Conocimiento de enfermería, evidencia del cuidado brindado a los pacientes y son un elemento de defensa legal.

Manejar el lenguaje adecuado al nivel cultural del paciente.

Asegurar privacidad durante la entrevista al paciente o a la familia.

Articular la atención en salud de manera interdisciplinaria.

Incluya la fecha y hora en formato hora militar para evitar confusiones.

Recuerde que el registro se hace después de la atención o intervención del paciente, no antes.

Tenga en cuenta que cuando se realizan soportes manuales de historia clínica estos deben contener información completa, clara, concisa, coherente, legible en forma secuencial a la atención y evitando dejar espacios en blanco.

Las descripciones deben ser basadas en hechos no en opiniones y debe evitarse los juicios de valor.

De existir un error en el diligenciamiento de los soportes manuales de la historia clínica debe colocarse una línea sobre éste, invalidarlo y posteriormente colocar la información correcta, debe evitarse tachones y enmendaduras pues pueden ser interpretados como negligencia y objeto de falsificación.

Todos los soportes manuales de la historia clínica deben estar firmados con el responsable del registro; con número de registro profesional.

MATERIALES Y EQUIPOS

Historia clínica.

Kardex de Enfermería.

Termómetro

Fonendoscopio

Tensiómetro

Pulsioxímetro

Monitor de signos vitales

Alcohol Antiséptico.

El resto del equipo varía según el tipo de intervención que planee.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Esquema de nota de Enfermería SOAP

SUBJETIVO

Tipo de nota (Ingresa paciente - Recibo paciente - Entrego paciente - Traslado paciente, Egresa paciente)

Sexo

Edad

Días de estancia hospitalaria

Servicio asistencial

Diagnósticos médicos actualizados

Acompañamiento (En compañía de su esposa - madre - hijo etc.)

Información verbal y gesticular obtenida del paciente, familiar o acompañante en comillas ("").

OBJETIVO

Estado de conciencia + Escala Glasgow

Estado general + Signos Vitales: PA - FC - FR - SPO2 (Con o sin O2 - % FIO2) - T°.

Valoración Física:

✓ Descripción cefalocaudal de los hallazgos clínico encontrados en la valoración de Enfermería.

✓ Registro de dispositivos médicos:

Acceso venoso periférico	Drenajes	Sonda vesical	Ortesis
Ubicación	Ubicación y posicionamiento	Tipo de sonda	Ubicación
Fecha de inserción	Características y cantidad del drenaje	Fecha de inserción	Características y cantidad del drenaje (si aplica)
Signos de infección (Escala Maddox)	Estado del sitio de inserción	Fijación y cambio de esta	Signos de infección
Permeabilidad		Características y cantidad de la orina	Funcionalidad
Infusiones (cc/h)		Irrigación (cc/h) si aplica	Pulsos distales, y llenado capilar en caso de tutor externo

Valoración del estado de la piel: describa estado de la piel, escala Braden puntuación y riesgo, descripción de las lesiones de la piel, si son lesiones asociadas a dependencia (ubicación, categoría, longitud, profundidad). Describa los cuidados de Enfermería realizados durante el turno (Frecuencia de los cambios de posición, tolerancia, lubricación de la piel, educación al paciente y a la familia, etc.).

Finalice la parte objetiva describiendo los riesgos que tiene el paciente: Riesgo de caídas (Escala Downton), riesgo de UPP (Escala Braden), valoración de las venopunciones (Escala Maddox), alergias, fuga, registrando el puntaje obtenido con la aplicación de cada escala.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

Registre las intervenciones planificadas y ejecutadas durante el turno.

PENDIENTES

Registre los pendientes asistenciales y administrativos teniendo:

- ✓ Fechas (solicitud, Radicado, Autorización, Programación)
- ✓ Hora de asignación de los procedimientos.
- ✓ Gestión realizada durante el turno.

Actualice lo pendientes que ya fueron realizados y documéntelos como actividades de Enfermería.

Durante el transcurso del turno realice el registro de enfermería a partir de notas rápidas describiendo cada una de las actividades y estableciendo el nivel de importancia de acuerdo con el color que el software institucional permite clasificar.

RESPONSABLES

Enfermero (a)

Auxiliar de Enfermería

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL INGRESO A LA UNIDAD HOSPITALARIA – GESTIÓN DE CAMAS

DEFINICIONES

Solicitud de Unidad: Son las intervenciones de coordinación que realiza el (la) Enfermero (a) líder en la asignación de camas, al tener la orden médica de traslado u hospitalización de un usuario.

Cama libre: Cama que se encuentra disponible para su respectiva asignación y utilización.

Cama asignada: Cama en la que consta la presencia de un paciente.

Cama reservada: Cama que se guarda para determinado paciente

Cama bloqueada: Cama que no está dentro de la oferta ya que se encuentra inhabilitada por contingencia o por mantenimiento.

Periférico o ectópico: Paciente que ocupa una cama en un servicio distinto al servicio por el que ha sido ingresado y del que está a cargo.

Traslado intrahospitalario: Es el traslado a otro servicio o unidad, en caso de necesidad de cama por orden de hospitalización o con condiciones especiales, o cuando el paciente requiere algún procedimiento diagnóstico o terapéutico disponible en otra dependencia dentro de la misma institución

OBJETIVOS

Objetivo general

Optimizar la gestión y asignación de camas y de pacientes, mediante la integración y articulación de los Servicios de Urgencias, Sala de Partos, Quirófanos, consulta externa y de Hospitalización, con el fin de garantizar oportunidad y continuidad en el ingreso del usuario a los diferentes servicios.

Objetivos específicos

Coordinar la hospitalización o traslado del usuario, mejorando la calidad en la atención.

Disminuir la tensión emocional del paciente y su familia.

Disminuir el tiempo que una cama permanece vacía en los pisos de Hospitalización, a través de una liberación y asignación de cama oportuna.

Reducir tiempos de estancia en observación y mejorar la capacidad de los servicios de urgencias y unidades críticas como Sala de partos y Quirófanos.

CONSIDERACIONES PRELIMINARES

Salude de manera amable y cálida al usuario y su familia.

Preséntese con el usuario y dele la bienvenida a la institución.

Indique el servicio en que se encuentra, la atención y procedimientos que recibirá.

Asegúrese que al usuario y su familia les quede claro, que documentos debe presentar al ingreso a la institución.

Informe al usuario y su familia sobre los deberes y derechos.

Brinde la información solicitada de manera clara y concisa para facilitar el acceso a los servicios que requiera.

Identificar en el usuario y su familia los riesgos potenciales.

Colocar la manilla de identificación de acuerdo con el riesgo identificado
Saludar de manera amable y cálida al usuario y su familia. El jefe de enfermería y/o auxiliar de enfermería asignara a cada paciente una manilla de identificación la cual es impresa con código de barra por el servicio de admisiones en ella se registran nombre y apellidos, número de identificación, en esta manilla el personal asistencial al identificar los riesgos de evento adverso en el paciente fijara un estiker alusivo al colore de riesgo así:

-Rojo= alergia

-Violeta= caída

-Azul= aislado

-Verde=paciente psiquiátrico

-Amarillo= homónimo

-Naranja= paciente en ayuno

-Café= ulcera por presión

FUNCIONES

La organización del trabajo está determinada de acuerdo con los criterios de cada servicio y/o unidad hospitalaria teniendo en cuenta sus necesidades y recursos disponibles; sin embargo, se establece como funciones transversales y obligatorias las siguientes:

Realizar visitas diarias a los servicios clínicos del hospital: verificar estados de camas (libres, bloqueadas, reservadas, etc.,) altas programadas, remisiones como también la verificación de los traslados asignados e informados. La frecuencia de las visitas deben ser las necesarias para responder a los requerimientos de los diferentes servicios. Estarán a cargo del personal auxiliar de enfermería asignado a esta dependencia a primera hora, medio día y antes de finalizar la jornada diurna.

Distribución y asignación de camas: La enfermera líder del proceso de Gestión de camas considera todas las demandas del recurso, unidades críticas, urgencias, ingresos electivos, traslados de pacientes desde otras unidades de Hospitalización.

Solicitudes de traslados: La enfermera líder del proceso de asignación de camas, coordina los traslados y asigna el número de cama de servicio con el enfoque en atención progresiva, previa revisión de la historia clínica, una vez verifique el egreso del paciente en el sistema de dinámica o basada en el reporte de altas generados por los enfermeros (as) de los servicios durante la ronda del personal de gestión y asignación de camas. Posteriormente se comunica con los enfermeros (as) de servicios clínicos y notifica a las dos partes involucradas la respectiva asignación de cama, para que se genere la entrega correspondiente del usuario y se coordine la hora de traslado como las condiciones clínicas del paciente.

Comunicación directa: Con enfermeros (as) de los servicios clínicos, para evaluación de eventuales traslados internos de la misma unidad y condiciones especiales (clase de aislamientos).

Sistema informático: Alimentar diariamente los sistemas de información para generar los informes a que haya lugar.

Informes: Generar información cualitativa y cuantitativa sobre la oportunidad en la gestión y asignación de camas. (Indicadores)

Asistencia: Asistir a las reuniones y/o comités que ameriten la participación.

Objetivos institucionales: Contribuir desde el que hacer de la oficina de gestión y asignación de camas con las políticas institucionales de humanización, calidad y seguridad del paciente.

MATERIALES Y EQUIPOS

Instalaciones físicas: Habitaciones y /o Unidades de atención con sus respectivos elementos como camilla o cama, mesas de noche, mesa puentes, timbres, atriles, escalerillas etc.

Equipos: Computadores, línea telefónica.

Recurso humano: Personal asistencial de la E.S.E Hospital san Antonio de Padua de la Plata-Huila (Enfermería, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, camilleros, servicios generales entre otros).

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Médico tratante indica traslado de paciente a otro servicio y/o unidad en la evolución medica de la historia clínica. El Enfermero (a) de turno y/o Enfermero (a) líder de servicio informa al Equipo de asignación de camas.

Se verifica egreso y disponibilidad de camas en los diferentes servicios de Hospitalización, información recopilada desde el sistema de índigo cristal y por el informe de la auxiliar de enfermería que realiza la ronda por los servicios.

Enfermero (a) líder del proceso recopila información necesaria sobre el paciente a través de la historia clínica en sistema de Dinámica, para asignar cama y servicio, evaluando pertinencia y condiciones de la unidad para el recibimiento del usuario. (equipos, elementos, dispositivos y aislamientos etc.).

Se confirma y verifica E.A.P.B y forma contractual para la asignación correspondiente de habitación.

Se notifica a los servicios clínicos las asignaciones de cama: nombre de usuario, identificación, edad, especialidad tratante, E.A.P.B, servicio de procedencia y tipo de aislamiento.

Se realiza verificación de asignación de cama y traslado notificados en los diferentes servicios a través de las rondas establecidas por la dependencia.

Los servicios receptores de los pacientes asignados deben reportar a la oficina de gestión y asignación de camas, cualquier novedad para la no aceptación del paciente.

En los turnos nocturnos la asignación de camas quedara bajo la responsabilidad del Enfermero (a) de turno garantizando la ocupación de la cama libre.

Se realiza informe diario en el kárdex, al grupo de coordinadores de áreas de los traslados y asignación de camas realizados durante el día.

Ingreso del usuario

Realice los registros correspondientes en el censo diario, libro de ingresos y egresos.

Realice identificación del paciente en: tablero general, tablero individual y verifique la correcta marcación en la manilla de identificación según el riesgo definido en la estrategia de seguridad del paciente.

Prepare los elementos necesarios para la atención del paciente (cama tendida, equipo para toma de signos vitales, etc.)

Salude cordialmente al paciente y a su familia y preséntese con nombre completo y cargo.

Ubique el paciente en la unidad, explíquelo el reglamento, deberes y derechos que tiene como usuario, aplicando el Protocolo de Bienvenida, Estancia y Despedida.

Reciba la historia clínica en físico y revísela (Debe estar organizada, foliada y grapada) y ubíquela en el sitio correspondiente. Debe incluir el formato de MAPEO.

No acepte medicamentos ni otro tipo de elementos.

Revise tarjeta de líquidos y de medicamentos y aclare las dudas.

Solicite la información necesaria.

Valore al usuario, tómeme signos vitales y regístrelos.

Verifique identificación redundante en manilla de identificación, tablero individual cartelera general y con el paciente.

Verifique estado de venopunción, sondas, curaciones, líquidos endovenosos, manilla de identificación, técnicas de aislamiento, estado de heridas, entre otros.

Solicite los medicamentos e insumos necesarios a farmacia.

Organice la historia clínica del servicio y rotule los formatos.

Realice la nota de enfermería indicando: Servicio por el que ingresa el paciente, condiciones en que llega, Signos vitales y otras actividades realizadas y observaciones especiales.

Infórmele al médico sobre el ingreso del paciente.

Diligencie el kárdex de Enfermería de acuerdo con las necesidades y cuidados del paciente, aplicando las respectivas escalas de evaluación de riesgos de caídas, úlceras por presión y prevención de flebitis, priorizando los cuidados de los pacientes que tengan más riesgo.

Actualice el listado de dietas y solicite la dieta según las necesidades y patologías del paciente.

RESPONSABLES

Enfermero (a) líder de gestión y asignación de camas.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL TRASLADO INTRAINSTITUCIONAL DEL USUARIO

DEFINICIONES

Traslado de pacientes: Es la acción de movilización del paciente hacia un servicio diferente al que se encuentra, ya sea para una ayuda diagnóstica, cirugía, cambio de servicio o egreso.

Traslado en camilla: Es el procedimiento mediante el cual se traslada al usuario de la cama a la camilla cuando su situación clínica lo requiera.

Traslado en silla de ruedas: Procedimiento mediante el cual se ayuda al usuario a moverse de la cama a la silla, cuando la condición y estado hemodinámico del paciente lo permite.

OBJETIVOS

Objetivo general

Garantizar seguridad, oportunidad y pertinencia en el traslado institucional del usuario.

Objetivos específicos

Trasladar al usuario en forma segura y cómoda evitando eventos adversos y complicaciones potenciales.

Brindar continuidad en el proceso de atención en salud.

CONSIDERACIONES PRELIMINARES

Solicitar ayuda para la movilización de los pacientes.

Utilizar mecánica corporal para evitar esfuerzos innecesarios.

Advertir al usuario para que no exponga sus extremidades fuera de la camilla para evitar traumatismos.

Siente al usuario en la cama por espacio de diez minutos para evitar lipotimias e hipotensión ortostática.

Levantar lentamente el paciente evitando movimientos bruscos.

No dejar solo al paciente.

Recuerde que cuando el paciente es trasladado a una unidad de mayor complejidad debe ir acompañado de médico, Enfermero (a), auxiliar de Enfermería, terapeuta si es necesario, camillero y debe ir con monitoreo continuo de signos vitales.

Vigilar funcionalidad de dispositivos médicos.

Nunca traslade un paciente con inestabilidad hemodinámica en silla de ruedas.

Recuerde verificar adecuada disponibilidad y funcionamiento de bala de oxígeno.

Tenga en cuenta revisar la historia clínica manual que va a ser trasladada a otro servicio, el Enfermero (a) debe verificar antes del traslado que la historia clínica contenga todos los registros que no estén digitalizados, además garantizar que estén debidamente diligenciados y en caso de encontrar inconsistencias resolverlas inmediatamente, mencionando al Enfermero (a) que recibe dicha situación.

MATERIALES Y EQUIPOS

Silla de ruedas

Cama

Camilla

Monitor de signos vitales (en caso de ser necesario).

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Informe al paciente y a la familia motivo de traslado, servicio asignado, con número de cama y piso donde va a quedar.

Confirme el destino del paciente (disponibilidad de la cama, tiempo asignado en ayudas diagnósticas, adecuada preparación según el procedimiento que se va a realizar etc.).

Verifique estado y funcionalidad de accesos venosos y dispositivos médicos.

Verifique que el paciente es trasladado con manilla de identificación.

De recuperación a otros servicios, El auxiliar de enfermería o el camillero se desplaza hasta recuperación y trasladan al usuario hasta la unidad funcional que se le asignó. El equipo interdisciplinario recibe el paciente en el servicio y la auxiliar de enfermería se encarga de hacer la nota de ingreso.

De otros servicios a cirugía: Confirmar desde el día anterior hora de programación quirúrgica para realizar la preparación correspondiente al procedimiento. Enfermero (a) y auxiliar de enfermería deben verificar autorización, preparación del paciente, consentimiento informado, lista de verificación quirúrgica, entre otros. Traslade al usuario una hora antes del procedimiento.

De Urgencias, Observación y otros servicios: Auxiliar de enfermería traslada al usuario hasta la unidad funcional asignada, hace entrega del paciente al servicio y entrega la historia física del usuario.

Traslado de Pacientes con Aislamiento Hospitalario

Al paciente se le deben proporcionar las barreras apropiadas como tapabocas o mascarillas, cobertores (de acuerdo con las indicaciones) para disminuir el riesgo de transmisión a otros pacientes, personal, visitas y contaminación del medio ambiente.

El personal del área a donde se dirige el paciente debe ser informado del traslado del paciente para que se tomen las medidas indicadas para reducir el riesgo de transmisión al momento de su admisión.

Se debe informar a los pacientes acerca de las maneras en que puede ayudar a disminuir el riesgo de transmitir sus microorganismos a otros, en especial la utilización obligatoria de las medidas de seguridad.

La persona o colaboradores que transportan al paciente deben utilizar los elementos de bioseguridad.

De la cama a la camilla

Afloje los tendidos de la cama.

Garantice intimidad y seguridad al paciente.

Coloque la camilla al lado de la cama (Asegúrelas con freno).

Movilice soluciones parenterales, sondas, tubos etc., con cuidado, evitando desconectarlos.

Solicite al usuario que se traslade, (si no puede hacerlo, una persona debe colocarse al lado de la camilla, otra al lado opuesto de la cama, otra en la cabecera y a los pies del usuario).

Las personas colocadas a los lados tomarán los extremos de las sábanas (lo más cerca posible al cuerpo del paciente) a nivel de hombros, y caderas del usuario y las que están ubicadas en la cabecera y los pies la ayudará a sostenerse.

El traslado se hará en un solo movimiento coordinado por la persona que está en la cabecera, sin descubrir al usuario.

Verifique que no se colapsen catéteres, sondas, drenes etc.

Eleve las barandas de la camilla.

De la cama a la silla

Fije la silla cerca de la cama.

Siente lentamente al usuario sobre el borde la cama por cinco minutos.

Hágale colocar los pies sobre la escalerilla

Baje al usuario sosteniéndolo por las axilas, hágalo girar y siéntelo.

Pídale al paciente que se ponga cómodo en la silla.

Traslade el usuario, la familia y sus pertenencias al servicio correspondiente.

RESPONSABLES

Enfermero (a)

Auxiliar de Enfermería

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACIÓN QUIRÚRGICA DE LOS PACIENTES

Preparación prequirúrgica: conjunto de medidas realizadas antes de la intervención quirúrgica enfocadas a mejorar o prevenir los eventos adversos en la cirugía y fomentar la cultura de seguridad quirúrgica, abordando aspectos muy comunes en el proceso preoperatorio, y principalmente dirigidos a la prevención de complicaciones.

OBJETIVOS

Objetivo general

Ofrecer recomendaciones que permitan mejorar o prevenir los eventos adversos en cirugía y mejorar la cultura de la seguridad quirúrgica.

Objetivo específico

Abordar aspectos muy comunes en el proceso preoperatorio, y principalmente dirigidos a la prevención de complicaciones.

Evitar la cancelación de procedimientos quirúrgicos por causas inherentes al ejercicio de enfermería.

CONSIDERACIONES PRELIMINARES

Tome las medidas especiales en pacientes con alergia al látex e informe a la especialidad quirúrgica tratante.

El consentimiento informado lo debe diligenciar el médico antes de pasar el paciente a cirugía.

Realizar baño del paciente con jabón antiséptico.

Recuerde cumplir con la premedicación si aplica.

Brinde tranquilidad y seguridad al paciente y la familia.

Aclare las dudas que estén a su alcance de lo contrario solicite al médico que explique nuevamente el procedimiento que se va a realizar.

MATERIALES Y EQUIPOS

Material para el aseo del paciente

Solución antiséptica bucal.

Solución antiséptica corporal.

Ropa para paciente y cama.

Recipiente para prótesis dental, si procede.

Quitaesmalte, si procede.

Guantes.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Un día antes del procedimiento debe confirmar

Verifique cuando llegue la programación de cirugía el tipo de intervención quirúrgica a realizar, fecha y hora e informe al paciente, acompañante y familia, al mismo tiempo verifique que tenga consentimiento informado firmado.

Proceda a informar al paciente y/o acompañante de la programación quirúrgica y coloque a un lado del tablero de identificación el letrero de ayuno por procedimiento quirúrgico, incluyendo endoscopias, colonoscopias, resonancias bajo sedación y procedimientos de radiología intervencionista.

Indicar al paciente o ayudar/realizar si es el caso, ducha o baño, la noche previa a la intervención, con jabón antiséptico.

Comprobar en la Historia clínica del paciente, la prescripción de fármacos o preparación específica según intervención.

Asegurarse de que no existe contraindicación o alergia al fármaco prescrito ya sea como premedicación vía oral y/o como preparación intestinal u otras.

Explicar los tratamientos individuales al paciente y/o familia, según protocolo: terapia intravenosa, inserción de un catéter urinario o sonda nasogástrica, uso de espirómetro, medias anti embólicas o drenajes. Administrar medicación y/o preparación prequirúrgica según pautas.

Diligencie desde las áreas de hospitalización y de urgencias la lista de chequeo de cirugía segura que contiene:

Identificación segura del paciente: nombres y apellidos completos, documento de identificación, edad, género.

Fecha y hora de programación de cirugía.

Preparación del área quirúrgica: el rasurado del área quirúrgica deberá realizarse en hospitalización o urgencias.

Asegurarse que la Historia clínica del paciente esté completa.

Tenga en cuenta trasladar junto con el paciente los exámenes diagnósticos que se requieren para la cirugía (TAC – RMN – Ecografías, entre otros)

Verifique en la historia clínica el registro de la valoración preanestésica.

Confirme que el consentimiento informado esté debidamente diligenciado y firmado por el especialista, el paciente y/o tutor o acudiente.

Asegúrese de realizar una preparación física del paciente (retiro de prótesis, ropa, maquillaje en cara, uñas).

Realice el baño del paciente con solución antiséptica.

Suspenda anticoagulación según recomendación médica.

Si el paciente requiere reserva de componentes sanguíneos confirme su solicitud y vigencia al banco de sangre.

Realice identificación del riesgo de alergias y especifique cuales son

Suspenda mínimo 8 horas la vía oral y eduque al paciente y su familia sobre la necesidad del ayuno.

El personal que entregue y recibe al paciente deberá hacer una doble verificación de la información suministrada en la cara A de la lista de chequeo de cirugía segura.

El personal asistencial de salas de cirugía deberá adherirse a los momentos establecidos en la lista de chequeo de cirugía segura.

El día del procedimiento debe confirmar:

Recuerde al usuario y la familia el procedimiento que se va a realizar y aclare dudas.

Registre en el formato de lista de chequeo de cirugía segura todos los ítems
Canalice el paciente en una vena de gran calibre con un catéter Yelco # 18 Fr, conectado a extensión de anestesia (Pediátrica en lo posible a petición de servicio de Anestesiología) y llave tres vías conservando la técnica aséptica y verificando permeabilidad antes de pasar a salas de cirugía.

Si el paciente toma premedicación, indicarle que permanezca en cama evitando los desplazamientos por el riesgo de caídas. Se le indicará que orine previamente.

Comprobar la ausencia de accesorios, anillos, esmalte de uñas y maquillaje.

Retirar joyas, prótesis dentales, audífonos y otros y entréguelas junto con las otras pertenencias al familiar y dejar registro

El usuario debe ir al procedimiento con bata y gorro

Verifique que el usuario eliminó e hizo deposición.

Disponer tiempo para que los miembros de la familia hablen con el paciente antes del traslado al área quirúrgica.

Traslade el usuario a salas de cirugía una hora antes del procedimiento quirúrgico, aplicando el protocolo de seguridad del paciente. NOTA: Si el paciente es CRÍTICO, se debe esperar el llamado del personal de salas para el traslado del paciente.

Si el estado clínico del usuario es inestable, trasládalo en compañía del médico hospitalario, enfermero (a), terapeuta respiratoria, auxiliar de enfermería y camillero.

Realice los registros pertinentes de enfermería.

Realice los devolutivos correspondientes.

Una vez trasladado el usuario, realice traslado de la historia clínica en el software institucional a QUIRÓFANOS.

Haga entrega del usuario al auxiliar de enfermería de la puerta de salas de cirugía verificando el cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura.

Aplice el protocolo de limpieza y desinfección de la unidad.

Al llegar quirófano debe confirmar:

Informar al paciente y familia sobre el acompañamiento al área prequirúrgica, un familiar podrá permanecer hasta su paso a quirófano aplica solo para niños, adultos mayores y pacientes psiquiátricos.

Indicar igualmente a la familia el lugar de espera durante la intervención.

Aplice lista de chequeo de cirugía segura según los momentos establecidos en la Cara B.

Presentación del personal a cargo y bienvenida al quirófano.

Comprobación de Historia del paciente y requisitos quirúrgicos

RESPONSABLE

Enfermero (a)
Auxiliar de Enfermería

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL EGRESO DEL USUARIO

DEFINICIÓN

Egreso del usuario: Conjunto de actividades administrativas, educativas y asistenciales que realiza el personal de enfermería cuando el médico tratante da la orden de egreso o traslado del usuario.

Plan de Egreso: Proceso sistemático de valoración, preparación y coordinación que facilita la administración de los cuidados para la salud y asistencia social antes y después del alta del paciente.

OBJETIVOS

Objetivo general

Garantizar al usuario y a su familia un egreso de la institución seguro, oportuno y humanizado.

Objetivos específicos

- Formalizar el egreso del usuario en la institución a través de los procesos administrativos.
- Educar al usuario y a la familia sobre su plan de egreso, signos de alarma y recomendaciones.

CONSIDERACIONES PRELIMINARES

Confrontar orden de salida o traslado.

Tenga en cuenta que cuando el paciente egresa por retiro voluntario o fuga se debe entregar la historia clínica a facturación con todos los soportes.

Recuerde entregar plan de egreso a los pacientes que solicitan retiro voluntario. (Las órdenes que ya habían sido cargadas previas a la decisión de pedir el retiro voluntario).

En menores de edad no aplica el retiro voluntario y acuda a trabajo social para su respectivo reporte al ICBF si aplica.

Verifique que el usuario y su familia, comprendan la información y plan de egreso hospitalario.

Realice la identificación de la persona que, en el momento del alta hospitalaria, se hace cargo del paciente menor de edad, discapacidad físico o psíquica, o paciente ingresado en la Unidad de Salud Mental.

Tenga en cuenta que los recién nacidos de plan canguro hospitalario en alojamiento conjunto:

Se da el alta a la madre a las 24 horas cuando su condición clínica lo permite.

Se entrega plan de egreso completo a la madre.

Enfermero (a) debe retener la boleta de salida legalizada hasta que el recién nacido tenga egreso.

Para el egreso de la institución, en portería se debe presentar dos boletas de salida firmadas por el Enfermero (a) del servicio.

MATERIALES Y EQUIPOS

Documentos de salida: Epicrisis, boleta de salida, interconsultas, paraclínicos, formulas médicas de medicamentos, justificaciones No POS, MIPRES, incapacidades, entre otros (Plan de Egreso).

- Historia clínica.
- Libro de ingresos y egresos.
- Libro de entrega de historia clínica a facturación.
- Devolutivo de medicamentos e insumos.
- Equipo para aseo terminal de unidad.

- Equipo cómputo con acceso a redes

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

1. Confirme orden de salida.
2. Informe al personal asistencial, administrativo y al equipo de asignación de camas de la salida del paciente. Informar al usuario y a su familia y orientarlos sobre los pasos que deben seguir.
3. Retire dispositivos médicos que el paciente ya no requiera.
4. Realice los devolutivos de medicamentos a farmacia.
5. Entregar soportes y documentación completa a facturación donde incluya todos los soportes que no estén digitalizados, además estos deben estar debidamente diligenciados, firmados por responsables y con las hojas debidamente foliadas.
6. Revisar la copia de la boleta de salida expedida por facturación y firmar al respaldo por Enfermero (a). Brindar educación a la familia sobre los documentos entregados (administración de medicamentos, Control de citas médicas, documentos que debe autorizar previamente recomendaciones y signos de alarma según su patología).
7. Hacer firmar libro de plan de egreso como constancia de la documentación entregada y educación brindada.
8. Facilitar camilla o silla de ruedas para el egreso.
9. Realizar registros de egreso en el libro con fecha, hora del egreso y responsable.
10. Realizar nota de egreso y egresar paciente del sistema.
11. Borrar el paciente de la cartelera y de la lista de dietas.
12. Realizar aseo terminal de unidad.

Planes de Egreso de hospitalización

Los documentos que debe entregar al paciente y su acompañante son:

- Epicrisis.

- Ordenes de medicamentos extramurales, los medicamentos que son No POS deben ir acompañados de la justificación del medicamento y su respectivo MIPRES.
- Ordenes médicas de Laboratorios.
- Ordenes médicas de imágenes diagnósticas.
- Interconsultas extramurales.
- Recomendaciones médicas para el egreso.
- Incapacidad si aplica.

Plan de Egreso: Asignación de Citas post – Operatorio POP

Imprima la orden de cita control POP, la cual debe ser entregada al paciente con el plan de Egreso, solicitando dos números de contacto telefónico para ser llamado y asignar la cita control POP.

Cuando se trate de pacientes post quirúrgicos de las especialidades: Neurocirugía, cirugía plástica, otorrinolaringología, ortopedia y oftalmología se debe verificar el nombre del médico que realizó el procedimiento para ser asignado el control con el mismo profesional.

Se debe conservar copia de la orden de cita control POP y con los números de contacto ya confirmados, conservar este documento en la carpeta denominada "Control de Citas POP".

De lunes a viernes en días hábiles, la funcionaria de asignación de citas se dirige hasta los diferentes servicios en horas de la mañana y solicita a la Enfermera los controles generados, recibiendo las órdenes de cita control POP y dejando evidencia de recibo en el libro de egreso del servicio.

La funcionaria de asignación de citas con las órdenes de control POP procederá a agenda el paciente.

Plan de Egreso: Estrategia IAM Indique de forma clara y entendible a la usuaria la fecha, hora y lugar donde se debe presentar para la realización del control al igual el que el nombre del profesional que va a atender al binomio Madre / Hijo - Hija.

Entregue el formato de recomendaciones y preparación que requiere la usuaria para el control.

Si son usuarias que se encuentran hospitalizadas antes del egreso entregue el paquete (recomendaciones postparto, nota de cargo para ginecología y pediatría y boleta de cita).

La auxiliar de enfermería de IAMI debe registrar los libros de Control de citas, Control de citas de AIEPI, Control de Citas postparto o postcesárea los datos de los usuarios con letra clara y legible.

Explique y oriente los trámites administrativos y de facturación que debe realizar antes de acceder a la cita de control.

RESPONSABLES

Enfermero (a)

Auxiliar de Enfermería

CONTROL DE REVISIONES

VERSIÓN	FECHA	COMENTARIO
01	27/08/2020	Elaboración Primera Versión
02	12/03/2021	Actualización Segunda Versión
03	05/11/2024	Actualización tercera versión nueva Plataforma Estratégica 2024-2028
04	02/03/2026	Actualización bajo nuevo mapa de procesos institucional

Elaborado por:

Nombre: MÓNICA CHAVARRO FERNÁNDEZ

Cargo: Asesora Oficina Garantía de la Calidad

Firma:

Fecha: 02/08/2020

Actualizado por:

Nombre: LUISA CASTAÑEDA

Cargo: Coordinadora SIAU

Firma:

Fecha: 11/08/2020

Aprobado por:

Nombre: JOSÉ ANTONIO MUÑOZ PAZ

Cargo: Gerente

Firma:

Fecha: 02/03/2026