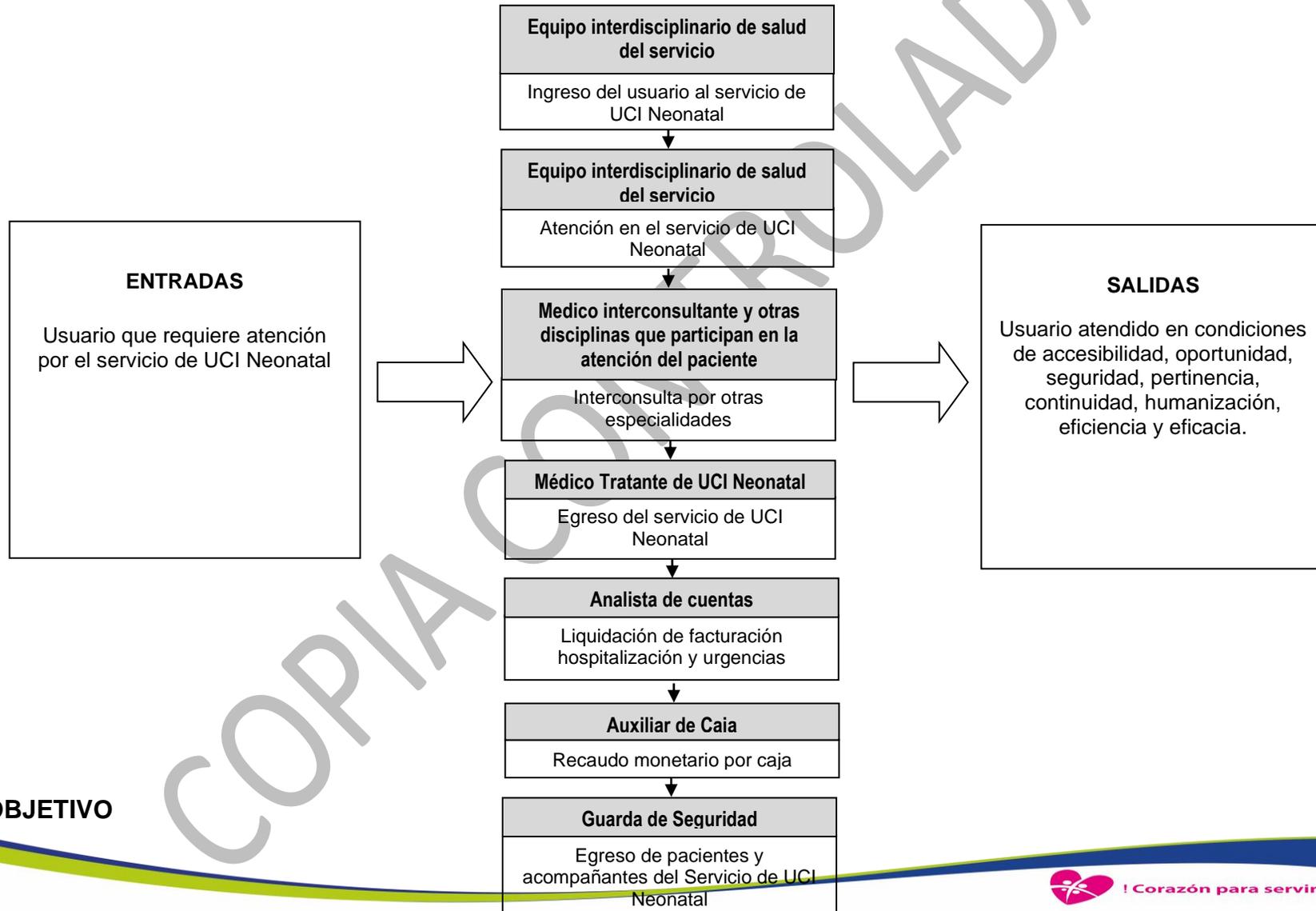


**CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO**



**1. OBJETIVO**

	<b>MACRO PROCESO: ATENCIÓN UNIDADES DE CUIDADO CRITICO</b>	<b>FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2018</b>
	<b>PROCESO: ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL</b>	<b>VERSIÓN: 01</b>
		<b>CÓDIGO: ACC-UCC-C-003</b>
		<b>PAGINA: 2 de 43</b>

Brindar una atención integral y centrada en el usuario y su familia en el servicio de UCI Neonatal, en condiciones de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad, humanización, eficiencia y eficacia; y procurando la satisfacción del paciente y su familia.

## 2. ALCANCE

Inicia con el ingreso del usuario al servicio de UCI Neonatal y finaliza con la definición de la conducta y el egreso del paciente del servicio.

## 3. MARCO LEGAL E INSTITUCIONAL

- Ver Normograma Institucional.

## 4. UBICACIÓN EN EL MAPA DE PROCESOS INSTITUCIONAL

- Misional

## 5. DEFINICIONES

**U UCIN:** Unidad de cuidado intensivo neonatal.

**U REFERENCIA:** Es el envío de usuarios o elementos de ayuda diagnóstica por parte de las unidades prestatarias de servicios de salud, a otras instituciones de salud para atención o complementación diagnóstica, que de acuerdo con el grado de complejidad den respuesta a las necesidades de salud.

**U INTERCONSULTA:** Solicitud del concepto clínico a un profesional de otra especializada referente a un caso en particular.

**U OPORTUNIDAD:** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

	MACRO PROCESO: ATENCIÓN UNIDADES DE CUIDADO CRITICO	FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2018
	PROCESO: ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	VERSIÓN: 01
		CÓDIGO: ACC-UCC-C-003
		PAGINA: 3 de 43

- U HISTORIA CLINICA:** Es 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.
- U ENFERMEDADES RUINOSAS O CATASTRÓFICAS:** Se definen como enfermedades ruinosas o catastróficas, aquellas que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo efectividad en su tratamiento.
- U ESTADO DE SALUD:** Condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario.
- U GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA:** Las guías de manejo clínico basadas en evidencia científica son recomendaciones desarrolladas de manera sistemática que buscan ayudar al médico 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. Promueven una apreciación mas explícita de los determinantes de la toma de decisiones clínicas y facilitan la estandarización y evaluación de la calidad de la práctica médica mediante parámetros confiables y científicamente sólidos.
- U CONTRARREFERENCIA:** Es la respuesta que las unidades prestatarias de servicios de salud receptoras de la referencia, dan al organismo o a la unidad familiar. La respuesta puede ser la contra-remisión del usuario con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención recibida por el usuario en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.
- U EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO:** Es la suma del número de pruebas y sus técnicas realizadas en las instituciones prestadoras de servicios de salud, con el fin de contribuir a la investigación y esclarecimiento de las características y circunstancias del estado de salud de los usuarios y sus patologías (incluye exámenes de laboratorio

	MACRO PROCESO: ATENCIÓN UNIDADES DE CUIDADO CRITICO	FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2018
	PROCESO: ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	VERSIÓN: 01
		CÓDIGO: ACC-UCC-C-003
		PAGINA: 4 de 43

clínico, patológico, inmunológico, genético, biológico, electrofisiológico, oftalmológico, auditivo, etc.; así como también pruebas imagenológicas invasivas y no invasivas.

- U **EPICRISIS:** Resumen de la atención del usuario.
- U **ESTADO DE SALUD:** Condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario.
- U **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** Es el consentimiento otorgado por una persona responsable de ella misma, para participar en un tratamiento, investigación, programa de inmunización, régimen, etc., tras haber sido informada del propósito, métodos, procedimientos, ventajas y riesgos inherentes. Este último factor es fundamental para que un sujeto otorgue su consentimiento informado.
- U **INSUMOS:** Son los recursos humanos, financieros, de infraestructura, materiales, etc., que utilizan una institución para producir servicios.
- U **MUERTE ENCEFALICA:** Constatación y concurrencia durante treinta minutos al menos y la persistencia seis horas después del comienzo del coma de los siguientes signos: Ausencia de respuesta cerebral con pérdida de la conciencia, ausencia de la respiración espontánea, ausencia de reflejos cefálicos con hipotonía muscular y midriasis bilateral, electroencefalograma plano, demostrativo de inactividad bioeléctrica cerebral.
- U **MUERTE:** Cesación de las funciones vitales.
- U **CERTIFICADO DE DEFUNCION:** Es el documento oficial que acredita el fallecimiento de la persona.

## 6. CADENA CLIENTE PROVEEDOR

ENTRADA	PROVEEDOR	REQUISITO DE LA ENTRADA	PROCEDIMIENTO	SALIDA	CLIENTES	CONDICIONES DE LA SALIDA
---------	-----------	-------------------------	---------------	--------	----------	--------------------------

ENTRADA	PROVEEDOR	REQUISITO DE LA ENTRADA	PROCEDIMIENTO	SALIDA	CLIENTES	CONDICIONES DE LA SALIDA
Usuario que requiere atención por el servicio de UCI Neonatal	Servicios hospitalarios (observación pediatría, Cirugía, Sala de partos, unidad básica neonatal) Programa IAMII IPS	<p>Edad gestacional (Neonatos hasta 30 días de vida).</p> <p>Cumplimiento de los criterios de acuerdo al diagnóstico del paciente (ver anexo 1).</p> <p>Disponibilidad de cama en la Unidad de Cuidados Intensivos.</p> <p>Pacientes recién nacidos: Deben estar admitidos oportunamente.</p> <p>El traslado del paciente lo deberá realizar el servicio remitente (pediatra, jefe de enfermería, Auxiliar de enfermería).</p> <p>Paciente IAMII: Fotocopia del certificado de nacido vivo. Fotocopia de cedula de ciudadanía de la madre. Admisión administrativa del usuario</p>	<b>Ingreso del usuario al servicio de UCI Neonatal</b>	<p>Registro de ingreso en el formato de ingresos y egreso del servicio UCI Neonatal.</p> <p>Usuario traslado y ubicado en la cama del servicio de UCI Neonatal</p>	<p>Usuario y su familia</p> <p>Equipo Interdisciplinario de Salud del Servicio de UCI Neonatal</p>	<p>El registro de ingreso se debe realizar oportunamente diligenciado la totalidad de las casillas de forma correcta.</p> <p>Usuario con revisión de medidas antropométricas.</p> <p>Se debe verificar el correcto funcionamiento de los equipos biomédicos.</p>

ENTRADA	PROVEEDOR	REQUISITO DE LA ENTRADA	PROCEDIMIENTO	SALIDA	CLIENTES	CONDICIONES DE LA SALIDA
<p>Registro de ingreso en el formato de ingresos y egreso del servicio UCI Neonatal.</p> <p>Usuario traslado y ubicado en la cama del servicio de UCI Neonatal</p>	<p>Equipo Interdisciplinario de Salud del Servicio de UCI Neonatal</p>	<p>El registro de ingreso se debe realizar oportunamente diligenciado la totalidad de las casillas de forma correcta.</p> <p>Usuario con revisión de medidas antropométricas.</p> <p>Se debe verificar el correcto funcionamiento de los equipos biomédicos.</p>	<p><b>Atención en el servicio de UCI Neonatal</b></p>	<p>Evolución del médico especialista tratante</p> <p>Notas de enfermería.</p> <p>Notas de terapia respiratoria según las condiciones del paciente</p>	<p>Usuario y su familia</p> <p>Médico especialista interconsultante</p>	<p>Familia informada y con conducta definida por parte del interconsultante.</p> <p>La evolución y nota del médico especialista y enfermería debe realizarse oportunamente.</p> <p>En caso de presentarse una novedad, el médico especialista realizara la valoración pertinente y registrara en la nota de ingreso la necesidad de interconsultar otra especialidad.</p>
<p>Evolución del médico especialista tratante</p> <p>Notas de enfermería.</p> <p>Notas de terapia</p>	<p>Equipo Interdisciplinario de Salud del Servicio de UCI Neonatal</p>	<p><b>Interconsulta realizada ante una eventualidad:</b></p> <p>En caso de presentarse una novedad el médico especialista realizará la valoración pertinente y registrará en la HCL la necesidad de interconsultar una</p>	<p><b>Interconsulta por otras especialidades</b></p>	<p>Evolución de interconsulta registrada en la HCL</p> <p>Ordenes de laboratorio e imágenes diagnosticas</p>	<p>Usuario y su familia.</p> <p>Equipo Interdisciplinario de Salud del Servicio de UCI Neonatal</p>	<p>Familia informada y con conducta definida por parte del interconsultante.</p> <p>La respuesta de interconsulta debe contener el registro en la HCL y si aplica órdenes medicas</p>

ENTRADA	PROVEEDOR	REQUISITO DE LA ENTRADA	PROCEDIMIENTO	SALIDA	CLIENTES	CONDICIONES DE LA SALIDA
respiratoria según las condiciones del paciente		<p>especialidad.</p> <p>El médico y/o la especialidad que requieran interconsulta deben cargar la orden por el software institucional.</p> <p>Imágenes diagnosticas disponibles para la valoración de interconsulta.</p>				<p>específicas con los correspondientes formatos institucionales y de ley (NO POS y MIPRES).</p> <p>Si se requiere un procedimiento, ayuda diagnostica u examen, el especialista debe garantizar la orden médica.</p> <p>Si se requiere consentimiento informado, este debe quedar consignado en la historia clínica.</p>
Orden de salida por parte de las especialidades tratante	Médico especialista tratante	<p>Nota del Médico tratante con conducta definida del traslado de servicio, casa, institución o morgue debidamente diligenciada en la HC.</p> <p>Orden de salida por todas las especialidades tratantes de manera oportuna.</p> <p>Las interconsultas y exámenes deben estar</p>	<b>Egreso del servicio de UCI Neonatal</b>	<p>Paciente egresado del servicio uci neonatal</p> <p>Boleta de salida</p> <p>Epicrisis y soportes de salida</p>	<p>Usuario y su familia.</p> <p>Otros servicios.</p> <p>Otras instituciones</p> <p>EPS</p> <p>Morgue.</p> <p>Facturador</p>	<p>La boleta de salida debe estar aprobada por el médico especialista tratante.</p> <p>Se debe educar a su familia sobre sus cuidados, signos de alarma, tratamiento y plan de egreso.</p> <p>Se debe entregar la documentación completa a la familia</p>

ENTRADA	PROVEEDOR	REQUISITO DE LA ENTRADA	PROCEDIMIENTO	SALIDA	CLIENTES	CONDICIONES DE LA SALIDA
		<p>cargados al software institucional de manera extramural.</p> <p>Nota de egreso por enfermería.</p>				<p>(epicrisis, interconsultas, exámenes ambulatorios, entre otros).</p> <p><b>Ambulatorio:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Epicrisis, plan de egreso definido, fórmula debidamente explicada.</li> <li>• Paciente debidamente informado sobre el plan de tratamiento y cuidados en casa.</li> </ul> <p><b>Remisión:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anexo 9 referencia ó 10 contrarreferencia o epicrisis según resolución 4331 de 2012 completamente diligenciado.</li> <li>• Reporte de laboratorios y/o ayudas diagnósticas.</li> <li>• Traslado de paciente según manual de referencia y contrarreferencia.</li> </ul> <p><b>Otro servicio:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orden de</li> </ul>

ENTRADA	PROVEEDOR	REQUISITO DE LA ENTRADA	PROCEDIMIENTO	SALIDA	CLIENTES	CONDICIONES DE LA SALIDA
						<p>hospitalización.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Al momento del traslado del usuario, verificar que la autorización de los procedimientos que no se realizan en la institución, se encuentren en la historia clínica física.</li> <li>Tratamiento iniciado.</li> <li>Traslado de paciente según procedimiento de descrito en el manual de enfermería.</li> </ul> <p><b>Morgue:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Registro del Certificado de defunción RUAF y documento físico debidamente diligenciado.</li> <li>Traslado de paciente según procedimiento de descrito en el manual de enfermería. atención de enfermería en el arreglo y egreso del cadáver.</li> <li>En caso de muerte violenta (sospecha de</li> </ul>

ENTRADA	PROVEEDOR	REQUISITO DE LA ENTRADA	PROCEDIMIENTO	SALIDA	CLIENTES	CONDICIONES DE LA SALIDA
						<p>maltrato de género o infantil, paciente en custodia, realizar el llamado al ente judicial de turno (policía de turno).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En caso de muerte de pacientes con patologías de interés en salud pública informar al familiar la obligatoriedad en la realización de necropsia o visceretomía e informar al servicio de epidemiología. El médico tratante debe hacer entrega del certificado de defunción.</li> </ul>
<p>Paciente egresado del servicio de hospitalización</p> <p>Boleta de salida</p> <p>Epicrisis y soportes de salida</p>	<p>Médico esp. Tratante</p> <p>Jefe de enfermería</p> <p>Otras unidades</p>	<p><b>Urgencias y Hospitalización:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alta por parte del médico tratante.</li> <li>• Historia clínica debidamente diligenciada.</li> <li>• <u>Soportes en físico</u> que no se encuentren en el sistema, y que se</li> </ul>	<p><b>Liquidación de facturación hospitalización y urgencias</b></p>	<p>Pre Factura.</p> <p>Factura</p> <p>Boleta de facturación</p>	<p>Usuario y su familia.</p> <p>Auxiliar de Tesorería.</p> <p>Auditor de cuentas médicas.</p> <p>Auditor médico.</p>	<p>Pre Factura del usuario liquidada y soportada.</p> <p>Factura del usuario liquidada y soportada.</p>

ENTRADA	PROVEEDOR	REQUISITO DE LA ENTRADA	PROCEDIMIENTO	SALIDA	CLIENTES	CONDICIONES DE LA SALIDA
		<p>deban diligenciar de manera manual, debidamente diligenciados en su totalidad, como lo rige la normatividad vigente. (sello, firmas, cantidades, fechas, sin tachones, ni abreviaturas no autorizadas):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Hoja de registro aplicación de medicamentos.</li> <li>✓ Juntas medico quirúrgicas.</li> <li>✓ Servicios de ambulancia.</li> <li>✓ Telemetrías.</li> <li>✓ Potenciales evocados.</li> <li>✓ Electromiografías.</li> <li>✓ Banco de sangre.</li> <li>✓ Endoscopias.</li> <li>✓ Ecografías – Monitorias, que se toman en los servicios directos y no en radiología.</li> <li>✓ Nutrición parenteral.</li> <li>✓ Cardiología No Invasiva.</li> </ul> <p>• En la unidad</p>			<p>Archivo clínico. Clientes corporativos IPS. Administración del Hospital.</p>	

ENTRADA	PROVEEDOR	REQUISITO DE LA ENTRADA	PROCEDIMIENTO	SALIDA	CLIENTES	CONDICIONES DE LA SALIDA
		<p>Cardiovascular: Todos los soportes que se generan en esta unidad, por no estar sistematizados.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En la unidad Renal: Todos los soportes que se generan en esta unidad, por no estar sistematizados.</li> <li>Que la dispensación, aplicación, registro y devolutivos de medicamentos e insumos concuerden con lo registrado en la historia clínica, en el aplicativo y tirillas de devolución.</li> <li>Soportes de la red externa como: resultados de laboratorios, imagenología, facturas de venta de casas comerciales</li> </ul>				

ENTRADA	PROVEEDOR	REQUISITO DE LA ENTRADA	PROCEDIMIENTO	SALIDA	CLIENTES	CONDICIONES DE LA SALIDA
		<p>(material de osteosíntesis), soportes de las remisiones, facturas de los servicios prestados en otras IPS, entre otros.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cargue de los resultados de laboratorio, patologías, imagenología oportunamente.</li> </ul>				
Pre Factura. Factura	Analista de cuentas	<p><b><u>De acuerdo al medio de pago debe presentar:</u></b></p> <p><b>Si el pago es en efectivo:</b> Dinero en pesos.</p> <p><b>Si el pago es con tarjeta de crédito:</b> Tarjeta crédito y cédula de ciudadanía del titular.</p> <p><b>Si el pago es con tarjeta débito:</b> Tarjeta débito.</p>	Recaudo monetario por caja	Recibo de caja firmado con su respectivo sello	<p>Usuario y su familia</p> <p>Jefe de enfermería del servicio</p>	Recibos de caja con N° consecutivo firmado por el auxiliar de caja y con su respectivo sello.

ENTRADA	PROVEEDOR	REQUISITO DE LA ENTRADA	PROCEDIMIENTO	SALIDA	CLIENTES	CONDICIONES DE LA SALIDA
		<b>Si el pago es con cheque:</b> Cheque con el visto bueno de subgerente financiero.				
Boleta de salida	Auxiliar de Tesorería.  Enfermera (o) jefe	La boleta de salida debe contener el sello de caja y firma del (la) jefe del servicio (nombre, apellidos y firma).	<b>Egreso de pacientes y acompañantes del servicio de UCI Neonatal.</b>	Usuario con egreso del servicio	Usuario y su familia	Usuario atendido bajo condiciones de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad, humanización, eficiencia y eficacia.

## 7. ESTANDARIZACIÓN DEL PROCESO CON METODOLOGÍA 5W1H

N°	WHAT QUÉ	WHO QUIÉN	WHEN CUÁNDO	HOW CÓMO	WHERE DÓNDE	WHY POR QUÉ
----	-------------	--------------	----------------	-------------	----------------	----------------

N°	WHAT QUÉ	WHO QUIÉN	WHEN CUÁNDO	HOW CÓMO	WHERE DÓNDE	WHY POR QUÉ
1	<b>Ingreso del usuario al servicio de UCI</b>	Médico especialista, auxiliar y jefe de enfermería del servicio / Terapeuta respiratoria si las condiciones lo ameritan	De acuerdo a la disponibilidad de camas del servicio y el cumplimiento de criterios del mismo.	De acuerdo al procedimiento <b>ACC-UCC-F-003-001</b>	Servicio de UCI Neonatal	Con el fin de dar continuidad a la atención del usuario independiente del servicio por el que ingrese.
2	<b>Atención en el servicio de UCI</b>	Equipo interdisciplinario de salud del servicio	Posterior al ingreso del paciente al servicio.	De acuerdo al procedimiento <b>ACC-UCC-F-003-002</b>	Servicio de UCI Neonatal	Para valorar la evolución clínica del usuario, confirmar diagnósticos, brindar los cuidados necesarios y determinar la conducta a seguir.
3	<b>Interconsulta por otras especialidades</b>	Médico especialista u otras especialidades	De acuerdo a la solicitud del médico especialista tratante	De acuerdo al procedimiento <b>GA-H-F-001-003</b>	Servicio de UCI Neonatal	Para garantizar una atención integral al usuario y su familia y de acuerdo con sus requerimientos clínicos, sociales, espirituales y emocionales establecidos en el modelo de atención y en las guías de práctica clínica.

N°	WHAT QUÉ	WHO QUIÉN	WHEN CUÁNDO	HOW CÓMO	WHERE DÓNDE	WHY POR QUÉ
4	<b>Egreso del servicio de UCI neonatal</b>	Médico Especialista Tratante y Jefe de enfermería del servicio	Una se genere la orden medica de egreso por parte del médico especialista tratante	De acuerdo al procedimiento <b>ACC-UCC-F-003-004.</b>	Servicio de UCI Neonatal	Para finalizar la atención del usuario en el servicio de UCI neonatal y continuar con su plan de cuidados en otro servicio, en otra institución o en forma ambulatoria.
5	<b>Liquidación de facturación hospitalización y urgencias</b>	Analista de cuentas	Una vez se entregue la historia clínica y boleta de salida al facturador del servicio	De acuerdo al procedimiento <b>GF-FAC-P-001-004</b>	Oficina de facturación del servicio de UCI Neonatal	Facturar de manera eficiente y eficaz, los servicios prestados por la institución y que sean facturables desde el punto de vista legal y contractual, generando una factura que cumpla con todos los requisitos legales y contractuales para que sea radicada oportunamente en los tiempos establecidos, a las diferentes entidades responsables del pago.

	<b>MACRO PROCESO: ATENCIÓN UNIDADES DE CUIDADO CRITICO</b>	<b>FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2018</b>
	<b>PROCESO: ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL</b>	<b>VERSIÓN: 01</b>
		<b>CÓDIGO: ACC-UCC-C-003</b>
		<b>PAGINA: 17 de 43</b>

N°	WHAT QUÉ	WHO QUIÉN	WHEN CUÁNDO	HOW CÓMO	WHERE DÓNDE	WHY POR QUÉ
6	<b>Recaudo monetario por caja</b>	Auxiliar Administrativo de caja	Una vez el acompañante requiera realizar el pago por la prestación de servicios.	De acuerdo con el procedimiento <b>GF-T-P-002-001</b>	Caja de urgencias.	Con el fin de garantizar el recaudo eficaz de los dineros que ingresan a la E.S.E HUHMP por la prestación de servicios médicos y hospitalarios.
7	<b>Egreso de pacientes y acompañantes del Servicio de UCI Neonatal</b>	Guarda de Seguridad	Una vez el acompañante presente la boleta de salida con sello de caja y firma del (la) jefe del servicio.	De acuerdo al procedimiento <b>ACC-UCC-F-003-005</b>	Puerta principal de egreso de la ESE HUHMP.	Garantizar la seguridad personal, usuarios, clientes internos y salvaguardar los activos fijos del servicio.

## 8. ADVERTENCIAS GENERALES



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



No olvide siempre permanecer con la identificación visible.



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 y acompañante, 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 del acompañante, durante cualquier contacto.



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.



	<b>MACRO PROCESO: ATENCIÓN UNIDADES DE CUIDADO CRITICO</b>	<b>FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2018</b>
	<b>PROCESO: ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL</b>	<b>VERSIÓN: 01</b>
		<b>CÓDIGO: ACC-UCC-C-003</b>
		<b>PAGINA: 18 de 43</b>

 No olvide que debe prestar especial atención sobre la información de todo tipo brindada a los familiares (Derechos y Deberes, clínica, administrativa y demás) y debe dársela a una persona responsable.

 Recuerde al paciente y acompañantes que los D y D pueden consultarlos en los canales de comunicación institucionales; de igual manera motívelos a su lectura y conocimiento para que pueda exigirlos en el proceso de atención.

 Tenga presente que debe garantizar los derechos de privacidad y confidencialidad del usuario durante su proceso de atención: al momento de solicitar 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 acompañante 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 robos.

 Durante la atención, oriente al acompañante 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, la 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, historia clínica y demás mecanismos de identificación.

 Brinde instrucciones claras, precisas y comprensibles al acompañante, 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 informe la situación o remítase a la guía establecida por la Institución para saber qué hacer.

 Cuando sea necesario en la atención del paciente, utilice los elementos de protección personal y tenga en cuenta las medidas de bioseguridad.

 Tenga presente aplicar las barreras de seguridad del paciente, establecidas por el hospital durante la estadía del paciente en la institución, tales como:

- Realizar una adecuada valoración, aplicando las escalas de Braden y Downton.
- 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 HC y tomar las medidas pertinentes de acuerdo al protocolo.
- Involucrar al acompañante en el plan terapéutico y asegurarse que haya comprendido la información suministrada.
- Las bolsas recolectoras de fluidos (orina, sangre, líquido pleural, etc) no deben estar en el piso.
- Ordenar la terapia respiratoria, física, del lenguaje, ocupacional al paciente que lo requiera.
- Aplicar los correctos para la administración de medicamentos y el protocolo de administración de medicamentos para evitar eventos adversos relacionados con su aplicación; así como informar al acompañante sobre los riesgos y signos de alarma.
- Aplicar los correctos para la administración de Hemoderivados, así como informar al acompañante sobre los riesgos y signos de alarma; y realizar la verificación cruzada entre el médico y la enfermera.
- 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 secreción purulenta, absceso o celulitis difusa en sitio de intervención quirúrgica; tos, RX de tórax infiltrado que sugiere infección; o inflamación, edema, calor rubor o secreción purulenta en sitio de inserción del catéter, fiebre; 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 posible evento adverso.



Recuerde que en caso de identificar que la atención solicitada es producto de un evento adverso ocurrido en el hospital o en otra institución o se trata de un Reingreso por la misma causa antes de 15 días 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 diligenciar todos los registros establecidos para el paciente.



Recuerde la importancia de una comunicación asertiva entre los integrantes del equipo de salud.

	<b>MACRO PROCESO: ATENCIÓN UNIDADES DE CUIDADO CRITICO</b>	<b>FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2018</b>
	<b>PROCESO: ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL</b>	<b>VERSIÓN: 01</b>
		<b>CÓDIGO: ACC-UCC-C-003</b>
		<b>PAGINA: 20 de 43</b>

-  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 HC y los registros asistenciales.
-  Cuando sea necesario, oriente a los acompañantes que requieran apoyo emocional o espiritual según lo descrito en los documentos establecidos por la institución.
-  Recuerde que, por respeto a los 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.
-  En caso de presentarse inconvenientes, inquietudes o que el acompañante no se encuentre a gusto con el proceso de atención; recuerde que debe orientarlo para que pueda presentar una queja, petición ó sugerencia, e informarle que su opinión es muy importante para la Institución.
-  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.
-  Recuerde que la Institución cuenta con acompañamiento social y con apoyo emocional y espiritual para los familiares que lo requieran.

<b>DATOS GENERALES DEL PROCEDIMIENTO</b>	
<b>CÓDIGO</b>	ACC-UCC-F-003-001
<b>NOMBRE</b>	Ingreso del usuario a UCI Neonatal

<b>RESPONSABLE OPERACIONAL</b>	Médico especialista, auxiliar y jefe de enfermería del servicio. Terapeuta respiratoria si las condiciones lo ameritan	
<b>OBJETIVO</b>	Garantizar el ingreso del Recién nacido de forma oportuna y segura a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal.	
<b>RECURSOS NECESARIOS</b>	Recursos físicos: Camilla, historia clínica sistematizada, soportes físicos de HCl. Recursos tecnológicos: equipos biomédicos, equipo de cómputo.	
<b>REGISTROS GENERADOS</b>	Libro de "Educación a la Familia (deberes y derechos de los usuarios), formato de ingresos y egreso del servicio UCI Neonatal.	
<b>ADVERTENCIAS ESPECÍFICAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recuerde que se debe registrar en el libro de remisiones el motivo de la no asignación de la cama, en los casos que se presente dicha situación.</li> <li>• Tenga en cuenta lo establecido en el programa de seguridad del paciente para la identificación y notificación de los riesgos en los usuarios.</li> <li>• Tenga en cuenta la estrategia de identificación segura para la verificación de los datos de identificación del usuario (manillas de identificación, tablero general e individual, participación activa e identificación redundante)</li> <li>• No olvide aplicar el protocolo de bienvenida, estancia y despedida al acompañante.</li> <li>• Recuerde aplicar la hoja de mapeo para la identificación de las condiciones de ingreso del paciente.</li> <li>• No olvide reportar a la oficina de calidad los sucesos de seguridad identificados en el ingreso del paciente.</li> <li>• Tenga en cuenta que se deben validar los equipos biomédicos a fin de garantizar el correcto funcionamiento.</li> <li>• Recuerde que un vez instalado el paciente en el servicio se debe monitorizarlo, controlar su temperatura y brindar los cuidados especiales de la piel, rotación de sensores, cambios de posición.</li> </ul>	
<b>Nº</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
1.	Asignación de cama	<p><b><u>Médico especialista y Enfermera (o) Jefe</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atienda la llamada de las diferentes unidades funcionales, verifique la disponibilidad de camas en el servicio y deje registro escrito del nombre del paciente o materna, diagnóstico, fecha y hora de solicitud de la cama, según el manual de procedimientos de enfermería.</li> <li>2. Realice la lectura del contenido, priorice y defina junto con la enfermera (o), la disponibilidad o no de cama en el área de UCI para la atención del usuario.</li> <li>3. Si hay disponibilidad de cama en la unidad, realice la asignación teniendo en cuenta la información de remisión del usuario: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Diagnóstico</li> </ul> </li> </ol>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Edad</li> <li>✓ Condiciones de Aislamiento.</li> <li>✓ Unidad Funcional Remitente.</li> <li>✓ Condiciones Hemodinámicas actuales.</li> <li>✓ Preparación del usuario (Accesos venosos, ventilación mecánica, soporte de oxígeno... otras).</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realice el registro de ingreso del usuario en la cartelera del servicio y kardex.</li> <li>4. Si no hay disponibilidad de cama en la unidad, registre la no disponibilidad, avalando con su firma el libro de remisiones.</li> <li>5. Informe a la unidad funcional u oficina de referencia institucional, la no disponibilidad de cama en el momento.</li> </ol>
2.	Recepción del usuario en la unidad	<p><b><u>Médico especialista, Enfermera, Auxiliar de enfermería del servicio de UCI Neonatal y Terapeuta Respiratoria.</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Conecte todos los equipos que se requieran para su atención y asegúrese de su buen funcionamiento.</li> <li>7. Reciba al usuario, verifique su estado general, realizando los procedimientos respectivos para su seguridad y bienestar.</li> <li>8. Instale al usuario de acuerdo a las condiciones del mismo.</li> <li>1. Verifique la existencia y actualice el formato de mapeo de pacientes que ingresan al servicio respectivo y realice la anotación de los hallazgos en la historia clínica (aplica para usuarios que ingresan procedentes de observación urgencias y unidad de cuidados básicos neonatal).</li> <li>9. Tome las medidas antropométricas, monitoree, controle su temperatura, brinde los cuidados especiales de la piel, rotación de sensores y cambios de posición.</li> <li>2. Realice la identificación segura para la verificación de los datos de identificación del usuario (manillas de identificación, tablero general e individual, participación activa e identificación redundante).</li> <li>10. Aliste el equipo de veno punción, laboratorios, paso de sonda o catéter y realice el procedimiento de acuerdo a su pertinencia.</li> <li>11. Realice una valoración inicial y completa céfalo caudal haciendo énfasis en el estado de la piel del paciente, de acuerdo con lo establecido en el manual de procedimientos de Enfermería; en caso de encontrarse cualquier hallazgo relacionado con un suceso de seguridad, notifique a la oficina de calidad.</li> <li>12. Realice la apertura de la historia clínica y solicite los insumos a farmacia.</li> <li>13. Proceda a hacer la identificación de los riesgos de alergia y caídas aplicando las respectivas escalas (Braden, Downton) y las barreras de seguridad, según lo definido en el Programa de Seguridad del Paciente.</li> <li>14. Preséntese ante el familiar como el / la enfermera (o) jefe a cargo y presente a su equipo interdisciplinario</li> </ol>

		<p>que estará a cargo de la atención; y demuestre su intención de servicio, aplicando protocolo de bienvenida, estancia y despedida del paciente y su familia.</p> <p>15. Informe al acompañante sobre los riesgos identificados y la importancia de que se cumpla con las barreras de seguridad establecidas desde el programa de seguridad del paciente.</p> <p>16. Póngalo al tanto de todo el funcionamiento del servicio, es decir explíquelo de forma clara y sencilla las normas y la ubicación del servicio e infórmele sobre manejo de pertenencias, manejo de basuras, oriéntelo sobre que hacer en caso de una emergencia, indáguele que tanto sabe sobre derechos y deberes, conocimiento de la patología y demás aspectos relevantes para él usuario; así mismo, infórmele sobre manejo de los dispositivos médicos y equipos (si aplica) y mobiliario, al igual que sobre las normas y/o barreras de seguridad que él debe saber para evitar la ocurrencia de sucesos de seguridad.</p> <p>17. Brinde información en forma clara y sencilla sobre el estado clínico del usuario.</p> <p>18. Informe sobre los elementos requeridos por el usuario (entregando listado de elementos) y de las recomendaciones establecidas para las visitas, verifique el total entendimiento por parte del acudiente dejando registro de lo realizado en el Libro de "Educación a la Familia" (deberes y derechos de los usuarios) – Entrega de folleto Educativo.</p> <p>19. Infórmele sobre los programas sociales, espirituales y emocionales con que cuenta la institución.</p> <p>20. Asegúrese que comprendió la información suministrada.</p> <p>21. Registre el ingreso del usuario en las carteleras, en el kardex y formato de ingresos y egresos de la Unidad.</p> <p>22. Realice el registro en la historia clínica.</p>
3.	Valoración inicial del usuario	<p><b><u>Médico especialista</u></b></p> <p>23. Valore el usuario teniendo en cuenta lo estipulado en el programa de seguridad del paciente, diligencie en el software de historia clínica institucional el ingreso del usuario a la unidad.</p> <p><b><u>Enfermera (o) jefe</u></b></p> <p>24. Revise las órdenes médicas e inmediatamente víselas y elabore el Plan de cuidado y tratamiento para el usuario.</p> <p><b><u>Terapeuta</u></b></p> <p>25. Valore y realice el requerimiento de soporte ventilatorio invasivo para conectar al ventilador o inicio de oxigenoterapia, realice la evolución de ingreso sistematizado donde plantea y elabora el plan de manejo a seguir concertado con el médico tratante.</p>

**DATOS GENERALES DEL PROCEDIMIENTO**

<b>CÓDIGO</b>	<b>ACC-UCC-F-003-002</b>
<b>NOMBRE</b>	<b>Atención del usuario en UCI Neonatal</b>
<b>RESPONSABLE OPERACIONAL</b>	Médico especialista, auxiliar y Jefe de enfermería del servicio. Terapeutas, Trabajo Social, Psicología, Nutricionista si las condiciones lo ameritan
<b>OBJETIVO</b>	Brindar una atención oportuna, segura y humanizada al usuario hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica o Neonatal.
<b>RECURSOS NECESARIOS</b>	Computador, Software y /o aplicativo institucional, dotación de área de hospitalización de acuerdo con estándares de habilitación, documentación del servicio, papelería institucional.
<b>REGISTROS GENERADOS</b>	Historia clínica, Libro de ayudas diagnosticas, kardex de enfermería, libro de medicamentos (No pos y nutriciones parenterales)
<b>ADVERTENCIAS ESPECÍFICAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No olvide que a todo paciente se le debe diligenciar historia clínica y que están prohibidos las órdenes verbales, exceptuando en código rojo y/o azul.</li> <li>• Para todo el equipo de salud: Recuerde que durante la atención al paciente debe adherirse a los guías de práctica clínica, modelo de atención, procesos, procedimientos, instructivos, protocolos de enfermería según aplique.</li> <li>• Recuerde aplicar la estrategia de identificación segura (manillas, tablero, participación activa e identificación redundante) antes de intervenir o realizar cualquier procedimiento al paciente.</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recuerde que por seguridad y humanización de los servicios se debe llamar al usuario por sus nombres y apellidos completos, nunca por su número de cama o diagnóstico.</li> <li>2. Recuerde que para las ayudas diagnosticas o terapéuticas que requieran autorización especial, se debe generar la orden y entregar al auxiliar administrativo para el respectivo tramite, dejando evidencia de la gestión (firma del recibido).</li> <li>3. El médico y/o la especialidad que requiera interconsulta deben cargar la orden por el software y/o aplicativo institucional.</li> <li>4. Recuerde que las subespecialidades son interconsultantes y no asumirán funciones de especialidades tratantes, por lo tanto, la especialidad de base debe valorar el paciente todos los días hasta el momento de su</li> </ol>

egreso.

5. por su seguridad en el manejo de la información, no suministre su clave del software institucional a otros profesionales, la evolución y registro es responsabilidad del profesional de la salud del que firma.
6. Las evoluciones de los pacientes deben tener una previa valoración presencial, realizando valoración por sistemas, haciendo énfasis en el diagnóstico principal, identificando otras posibles alteraciones.
7. En los pacientes post quirúrgicos, serán los profesionales de las especialidades quirúrgicas quienes realicen la valoración de la herida quirúrgica y con base en los hallazgos se defina la conducta a seguir (curaciones, retiro de puntos y cuidados en general).
8. Recuerde que el diligenciamiento de los formatos NO POS y MIPRES, son responsabilidad del médico especialista que emite la orden y debe garantizar que este correctamente diligenciado.

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
1.	Realizar revista medica	<p><b><u>Médico Especialista de Hospitalización</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realice la identificación segura para la verificación de los datos de identificación del usuario (manillas de identificación, tablero general e individual, participación activa e identificación redundante).</li> <li>2. Salude al acompañante, aplique el protocolo de bienvenida institucional, infórmele quien es usted y su motivo de atención si aplica, y demuestre su intención de servicio.</li> <li>3. Realice valoraciones permanentes de la evolución del paciente y basado en lo referido por él acompañante (signos y percepción de condición clínica, es decir de mejora o de deterioro de su salud), el comportamiento de signos vitales, resultados de exámenes y en los resultados de las ayudas diagnósticas, respuesta a tratamiento de acuerdo con el plan de manejo, examen físico, entre otros parámetros de evolución del estado clínico, proceda a validar o ajustar, modificar o cambiar la conducta médica y plan de tratamiento; documente en la historia clínica la nota de evolución y las ordenes médicas.</li> <li>4. Concerte y socialice el plan de cuidado con el resto del equipo de salud.</li> <li>5. En caso necesario, determine la necesidad de la participación de otros integrantes del equipo de salud o de otras especialidades y genere las órdenes de interconsulta.</li> <li>6. En caso que el plan de manejo requiera de la realización de algún procedimiento, explíquelo al acompañante cual será el procedimiento, para qué se lo van a realizar, en que consiste, si le va a doler o no, si le generará alguna molestia o cualquier otra información relevante para él y solicite su aprobación.</li> <li>7. En caso que el procedimiento médico o quirúrgico requiera de la autorización del usuario, una vez le haya informado lo establecido en el punto anterior, diligencie el formato y proceda con la obtención del consentimiento informado, es decir indíquele al familiar que debe firmar el formato establecido. En caso que la familia manifiesten dudas acláreselas.</li> <li>8. Infórmele sobre todos los aspectos concernientes a su atención como: resultados de exámenes, procedimientos, tratamientos médicos, evolución, pronóstico y riesgos.</li> </ol>

9. Esté atento a los signos de alarma asociados, especialmente de los pacientes hemodinámicamente inestables o los críticamente enfermos.
10. Diligencie los formatos establecidos, según el caso, necesarios para realizar la facturación y llevar la estadística del servicio.
11. Mantenga informado a la familia sobre su evolución clínica, tratamiento estado de salud, pronóstico y riesgos, y aclare las dudas, explíquesele de manera sencilla para que puedan entenderlo y participar activamente; coménteles de los apoyos diagnósticos que ha solicitado para confirmar o aclarar el diagnóstico o modificarlo, en caso de requerir algún tipo de interconsulta notifique al acompañante su finalidad.
12. Motive al paciente y su familia sobre autocuidado.

**Equipo de Enfermería**

13. Realice en cada turno la ronda de enfermería y reciba paciente por paciente, para lo cual debe iniciar por saludar al acompañante. Confronte los datos de identificación, el tratamiento recibido y valórelo, lo cual implica como mínimo: revisión del estado de sitios de venopunción, sondas, catéteres, curaciones, zonas de presión, preparación de área quirúrgica, estado de higiene corporal, limpieza y aseo del entorno, fecha de equipos, buretroles, etc.
14. Revise y valide las órdenes médicas una a una, y corrobore que están correctas, en caso contrario proceda a aclarar dudas.
15. Inicie con el cumplimiento de las órdenes médicas teniendo en cuenta la prioridad que determina el Médico tratante como canalización de vena, administración de goteos y bolos especiales, toma de muestras de laboratorio y toma de imágenes diagnósticas, entre otros.
16. Programe la administración de los medicamentos de acuerdo con los lineamientos institucionales.
17. Revise las ayudas diagnósticas pendientes, exámenes de laboratorio e interconsultas y proceda con su gestión.
18. Tome los signos vitales de acuerdo con la periodicidad establecida, y realice los cuidados establecidos en el plan de cuidados de enfermería, según necesidad de cada paciente y condiciones de riesgo (escalas de Glasgow, escalas de dolor, cambios de posición, controles de glicemia, control de líquidos administrados y eliminados, entre otros).
19. Registre en la historia clínica la nota de enfermería de forma completa, ordenada y cronológica de acuerdo con los lineamientos institucionales.
20. En caso que el plan de manejo y cuidado requiera de la realización de algún procedimiento, explíquelo al acompañante cual será el procedimiento, para qué se lo van realizar, en que consiste, si le va a doler o no, si le generará alguna molestia o cualquier otra información relevante para él y solicite su aprobación.
21. Prepare al paciente según guías del procedimiento que vaya realizar, siguiendo los lineamientos institucionales y/o manual de procedimientos de enfermería y pregunte al acompañante si tiene alguna duda y

- en caso afirmativo proceda con las aclaraciones del caso.
22. En caso que el procedimiento de enfermería requiera de la autorización del usuario, una vez le haya informado lo establecido en el punto anterior, diligencie el formato y proceda con la obtención del consentimiento informado, es decir le indica al familiar que debe firmar el formato establecido. En caso que la familia manifiesten dudas acláreselas.
  23. Infórmelo sobre todos los aspectos concernientes a su atención como: medicamentos, procedimientos y exámenes a realizar, condiciones clínicas y el plan de enfermería a seguir.
  24. Evalúe e informe al médico la respuesta del paciente al tratamiento.
  25. Realice continuamente evaluaciones del paciente y tome los signos vitales, de acuerdo con el plan de manejo y cuidado establecido, y la condición clínica del mismo, para determinar su evolución. Ante cambios importantes infórmelos de manera oportuna al médico responsable y registre en la HC.
  26. Esté alerta a los signos de alarma asociados a la administración de medicamentos o los hemocomponentes y repórtelos en caso de presentarse.
  27. Diligencie los formatos establecidos, según el caso, necesarios para realizar la facturación y llevar la estadística del servicio.
- Otro Equipo de Salud (Terapeutas, Trabajo Social, Psicología, Nutricionista)**
28. Informe al paciente sobre las actividades a realizar y el propósito de las mismas y solicite su colaboración.
  29. Realice las valoraciones e intervenciones propias de su cargo, de acuerdo con lo establecido en el Modelo de Atención, guías de práctica clínica, instructivos, protocolos y demás procesos y procedimientos definidos por el hospital.
  30. Realice los registros en el la HCI o en los demás registros asistenciales, según el caso.

**DATOS GENERALES DEL PROCEDIMIENTO**

<b>CÓDIGO</b>	<b>GA-H-F-001-003</b>
<b>NOMBRE</b>	<b>Interconsulta por otras Especialidades u Otras Disciplinas</b>
<b>RESPONSABLE OPERACIONAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Especialistas Interconsultantes</li> <li>• Otros profesionales de la Salud que participan en la atención al paciente</li> </ul>
<b>OBJETIVO</b>	Garantizar una atención integral al usuario y de acuerdo con sus requerimientos clínicos, sociales, espirituales y emocionales establecidos en el modelo de atención y en las guías de práctica clínica
<b>RECURSOS NECESARIOS</b>	Computador, Software aplicativo institucional, dotación de área de observación de acuerdo con estándares de habilitación, documentación del servicio, soportes de interconsulta

<b>REGISTROS GENERADOS</b>	Historia Clínica, notas de interconsulta o de evolución, según el caso y demás registros asistenciales.
<b>ADVERTENCIAS ESPECÍFICAS</b>	<p><b>URGENCIAS</b></p> <p><b>Atención Inicial</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Todo paciente quien ingrese al área de atención inicial y sea clasificado por el médico de triage para ser valorado por una especialidad, deberá ser atendido según el tiempo de clasificación ya determinado para la clasificación de ingreso en urgencias. Triage I: Inmediata , Triage II: 10 a 15 minutos, Triage III: 60 minutos, Triage IV: 2 horas, Triage IV: 4 horas</li> <li>• Las interconsultas generadas en atención inicial que generen llamados para especialidades deben ser respondidas en un lapso no mayor a 3 horas.</li> </ul> <p><b>Observación Adultos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las interconsultas generadas en el área de observación deben cumplir con los estándares de oportunidad determinados de la siguiente forma:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Posterior a una valoración adecuada por el personal asistencial a cargo se debe determinar bajo criterio clínico la necesidad de la valoración por la especialidad; concepto que debe ser registrado en folio de historia clínica.</li> <li>b. Al determinar la interconsulta se debe clasificar la necesidad del tiempo de respuesta de interconsulta y registrar en el cuadro de observaciones la clasificación indicada en la historia clínica digital. Inmediata: 30 minutos de respuesta Urgente: 2 horas de respuesta Diferida: 6 horas de respuesta No urgente 12 horas de respuesta</li> </ol> </li> </ul> <p><b>HOSPITALIZACIÓN</b></p> <p>Se acoge a la metodología TRIAGE para la priorización en la respuesta a interconsultas de los pacientes teniendo en cuenta la dinámica fe los mismos en los servicios:</p> <p>Prioridad 1: Atención inmediata, por lo que las especialidades básicas presenciales como Medicina Interna, Pediatría, Cirugía General, Ginecología y Anestesia darán soporte inmediato mientras acude la especialidad solicitada en un tiempo de respuesta no mayor a 30 minutos. Esto aplica en el servicio de Hospitalización, cuando el usuario se reagudiza y se convierte en URGENCIA VITAL.</p> <p>Prioridad 2 se darán 2 horas adicionales de gabela para la atención especializada. Igualmente aplica la atención básica inmediata dada por las especialidades presenciales.</p>

Prioridad 3 es manejo por consulta externa donde no aplica el procedimiento de interconsulta.

Para el servicio de Hospitalización se ha definido un tiempo máximo de 24 horas a partir de la solicitud de interconsulta, exceptuando cuando se trate de una Urgencia vital, la cual fue contemplada anteriormente.

- Las interconsultas clasificadas como inmediatas y urgentes deben ser tramitadas por la oficina de referencia quien llevará el registro respectivo de las llamadas realizadas.
- Las interconsultas generadas como diferidas y no urgentes deben ser radicadas en el área de coordinación para posteriormente hacerse efectivas a través de recibido en físico.
- La entrega de las interconsultas debe ser a cargo del jefe del servicio quien deberá hacer llegar la solicitud a los servicios respectivos (contrarreferencia y coordinación).
- Todos los casos de interconsulta deben ser respondidos, en caso de no ser considera pertinente la valoración por el especialista debe consignar en la historia clínica digital el concepto.
- Tenga presente que durante la atención al paciente se debe adherir a las normas, guías de práctica clínica institucionales, protocolos, políticas, modelo de atención y demás documentación establecida.
- Recuerde que la conducta propuesta debe ser socializada con el médico tratante y ser informada al personal de enfermería, como ser registrada en la historia digital.
- No olvide que a todo paciente se le debe diligenciar historia clínica y que están prohibidos las órdenes verbales.
- Recuerde que las subespecialidades son interconsultantes y no asumirán funciones de especialidades tratantes, por lo tanto, la especialidad de base debe valorar el paciente hasta el momento de su egreso.

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
1.	Respuesta a la Interconsulta	<p><b><u>Medico especialistas interconsultantes</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pídale al médico del servicio que le presente al paciente y que le cuente su evolución.</li> <li>2. Salude al paciente y acompañante, aplique el protocolo de bienvenida institucional, infórmele quien es usted y su motivo de atención si aplica, y demuestre su intención de servicio.</li> <li>3. Inicie con el interrogatorio e indáguele con el paciente o su acompañante por su motivo consulta y por los signos y síntomas que acusa, así como por la evolución de su condición clínica, es decir de mejora o de deterioro de su salud.</li> <li>4. Revise las ayudas diagnósticas y sus resultados.</li> <li>5. Revise la historia clínica para determinar los tratamientos instaurados.</li> <li>6. Examine al paciente y con base en el comportamiento de signos vitales, resultados de exámenes y en los resultados de las ayudas diagnósticas, respuesta a tratamiento y lo acusado por el paciente, proceda a validar, ajustar o proponer una nueva conducta médica y plan de tratamiento; documente en la historia clínica la nota de evolución y las ordenes médicas.</li> <li>7. En caso necesario, determine la necesidad de la participación de otros integrantes del equipo de salud o de otras</li> </ol>

- especialidades y genera las ordenes de interconsulta.
8. Continúe con el diligenciamiento de la Historia Clínica.
  9. Socialice con el resto del equipo de salud las órdenes de manejo y los cuidados adicionales e infórmeles sobre el plan de manejo a seguir.
  10. Informe al paciente y familia sobre la valoración realizada y sobre las nuevas conductas o realización de exámenes, ayudas, procedimientos médicos o quirúrgicos y aclare dudas.
  11. En caso que el procedimiento médico o quirúrgico requiera de la autorización del usuario, una vez le haya informado lo establecido en el punto anterior, diligencie el formato y proceda con la obtención del consentimiento informado, es decir indíquele al usuario que debe firmar el formato establecido. En caso que él o su familia manifiesten dudas acláreselas.
  12. Diligencie los formatos establecidos, según el caso, necesarios para realizar la facturación y llevar la estadística del servicio.
  13. Motive al paciente y su familia sobre autocuidado.
- Otras Disciplinas Interconsultantes**
14. Informe al paciente sobre las actividades a realizar y el propósito de las mismas y solicite su colaboración.
  15. Realice las valoraciones e intervenciones propias de su cargo, de acuerdo con lo establecido en el Modelo de Atención, guías de práctica clínica, instructivos, protocolos y demás procesos y procedimientos definidos por el hospital.
  16. Realice los registros en el la HC o en los demás registros asistenciales, según el caso.

**DATOS GENERALES DEL PROCEDIMIENTO**

<b>CÓDIGO</b>	<b>ACC-UCC-F-003-004</b>
<b>NOMBRE</b>	<b>Egreso del servicio de UCI Neonatal</b>
<b>RESPONSABLE OPERACIONAL</b>	Médico Tratante de UCI Neonatal Personal de Enfermería
<b>OBJETIVO</b>	Finalizar la atención del usuario en el servicio de hospitalización y continuar con su plan de cuidados en otro servicio, en otra institución o en forma ambulatoria.
<b>RECURSOS NECESARIOS</b>	Computador, Software institucional, documentación del servicio, papelería institucional, dotación del servicio, teléfono, Camilla de traslado y silla de ruedas, documentación de egreso
<b>REGISTROS GENERADOS</b>	Historia Clínica, notas de evolución y demás registros asistenciales; formato, kárdex, devolutivo de medicamentos e insumos y libro de ingresos y egresos del servicio de hospitalización.

<b>ADVERTENCIAS ESPECÍFICAS</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recuerde que debe realizar el traslado virtual del paciente (intra institucional), y soporte de la HCI completa y posteriormente traslade al usuario al servicio donde tenga la cama.</li> <li>• En caso de egreso institucional se debe imprimir y entregar al paciente la siguiente documentación: epicrisis, boleta de salida, fórmula médica, orden de laboratorios e imágenes, recomendaciones, controles, incapacidades en caso de ser contributivo y/o estudiantes) y la contrareferencia.</li> <li>• Tenga presente que se deben anexar a la historia clínica las copias de los devolutivos y los comprobantes de farmacia del usuario como control del servicio.</li> <li>• Recuerde que para los casos de conducta hospitalaria se debe legalizar el traslado del usuario en facturación, para lo cual se debe verificar los devolutivos de medicamentos e insumos.</li> <li>• Tenga en cuenta que se deben generar los registros de devolutivo de medicamentos e insumos y diligenciar el libro de ingresos y egresos de hospitalización.</li> </ul>
N°	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
1	Definición de la conducta	<p><b>Conducta Ambulatoria</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si considera que el cuadro clínico del paciente ha sido resuelto y que puede continuar su manejo de manera ambulatoria defina la conducta de egreso de la unidad.</li> <li>2. Diligencie la nota de evolución en la HCI, las órdenes médicas y orden de salida del paciente.</li> <li>3. Elabore los formatos requeridos que corresponda, tales como: Fórmula médica, fórmula de medicamentos de control según el caso, Epicrisis o resumen de atención, entre otros.</li> <li>4. Informe al grupo de enfermería la conducta tomada para que verifiquen la HCI y anexos, los cuales deben estar completos y bien diligenciados y entregue a facturación.</li> <li>5. Dé instrucciones al acompañante sobre el trámite de egreso y la educación correspondiente, con respecto a su medicación y cuidados, explíquelo la posología, presentación y demás indicaciones del plan terapéutico forma de preparar y tomar los medicamentos, si aplica. Adicionalmente de recomendaciones para cuidados en casa y estilos de vida saludable. Infórmele a demás sobre signos y síntomas de alarma y que debe hacer en caso de presentarse. MotíVELO a adherirse al tratamiento farmacológico y no farmacológico.</li> <li>6. Firme la boleta de salida.</li> <li>7. En caso de fallecimiento del paciente por causas NO violentas, diligencie completa y correctamente el Certificado de Defunción siguiendo el instructivo de Diligenciamiento de certificados de Defunción</li> <li>8. En caso de fallecimiento del paciente por causas violentas, <b>NO SE DEBE DILIGENCIAR</b> el Certificado de Defunción llame o solicite al personal de enfermería para que soliciten a la autoridad de turno pertinente el levantamiento del occiso e informe a los familiares sobre el procedimiento de necropsia que deben realizar al usuario.</li> </ol> <p><b>Conducta Hospitalaria</b></p>

9. Si considera que el cuadro clínico del paciente debe ser manejado por otro servicio de la Institución, como, por ejemplo: UCIS y unidad básica, proceda a elaborar la nota de evolución y plan de manejo para el traslado del paciente para el servicio respectivo.

**Conducta de Remisión**

10. Si las condiciones o necesidades clínicas del paciente superan la capacidad técnica de la institución o el hospital no tiene contrato con la ERP, proceda a elaborar la nota de evolución, la orden de remisión del paciente y a diligenciar al anexo respectivo e informe al acompañante la decisión tomada. Y proceda igual que en el punto 4 y 5.
11. Adjunte la orden de remisión y la traslada hasta la oficina de referencia y contrarreferencia, para que le den el recibido y se archive en la historia física del usuario. Todos los días debe enviar la nota de evolución médica hasta que el usuario sea aceptado en la red prestadora de la aseguradora.
12. Realice seguimiento en cada entrega de turno de la aceptación del usuario hasta confirmación.
13. Una vez aceptado el paciente Informe al personal de facturación e inicie los trámites respectivos.
14. Consulte con el médico tratante el requerimiento del tipo de ambulancia que requiere el usuario, diligencie el "Formato de solicitud de ambulancia" y entréguelo a referencia y contrarreferencia para que realice su respectivo trámite.

**Egreso por retiro voluntario**

15. Si el acudiente y/o la familia manifiesta de forma voluntaria al médico especialista y/o personal de enfermería la voluntad de retiro del usuario de la Institución explique al acudiente y/o familia la negación del retiro por cuanto el menor entra en custodia de la Institución y si la familia insiste en su solicitud, informe a Trabajo Social.
16. Realice los registros correspondientes en el software de historia clínica institucional.

COPIA

2.

Salida, Traslado o Egreso del paciente

**Conducta Ambulatoria**

17. Dé instrucciones al acompañante sobre el trámite de egreso y la educación correspondiente, con respecto a su medicación y cuidados como se mencionó anteriormente, explíquelo la posología, presentación y demás indicaciones del plan terapéutico forma de preparar y tomar los medicamentos, si aplica demás indicaciones del plan terapéutico. Adicionalmente dé las recomendaciones del caso, pronóstico, signos de alarma y demás orientaciones establecidas en las guías de manejo, de igual manera, oriéntelo sobre la conducta a seguir: ejemplo si debe consultar de manera ambulatoria, si requiere autorizaciones por parte de la EPS, si requiere tratamiento medicamentoso; si se debe realizar algún examen o procedimiento y otras informaciones importantes para que continúe su proceso de atención de manera ambulatoria.
18. Oriéntelo sobre donde puede acceder a los medicamentos, de acuerdo con su red prestadora.
19. Oriente al acompañante si debe ingresar a algún programa especial como programa de promoción y prevención (PYP) a los que tiene derecho por su entidad de aseguramiento, lo anterior teniendo en cuenta su edad, sexo y los riesgos potenciales del paciente por el tipo de enfermedad o antecedentes, como crecimiento y desarrollo, planificación familiar, prevención de complicaciones cardiovasculares, programa de coagulación y programa IAMI, entre otros.
20. Evalúe la comprensión de la información dada al acompañante y realice los refuerzos correspondientes.
21. Deje registrado en la historia clínica la valoración del paciente y la educación dada.
22. Despídase amablemente del acompañante e informe que para su salida de la institución debe presentar el recibo de caja con sus respectivas firmas y sellos.

**Conducta Hospitalaria**

23. Si se trata de traslado al servicio de cirugía diligencie completamente el formato solicitud de programación de cirugía, consentimiento informado, solicite la valoración pre-anestésica y la lista de chequeo de cirugía segura.
24. Si el traslado es entre unidades, solicite vía telefónica la asignación de cama, informando los datos y requerimientos completos del usuario.
25. Deje registrado en la historia clínica la valoración del paciente y la educación dada.
26. Una vez las condiciones de traslado se den, despídase amablemente del acompañante e informe al personal de enfermería para que lo acompañen a su servicio de destino.
27. Informe al usuario el procedimiento a seguir.
28. Asegúrese de verificar que la Historia Clínica y anexos están completos y bien diligenciados y complete los cargues del servicio para que se pueda cerrar la cuenta en el servicio y pueda hacer una entrega informada del paciente.

**Conducta de Remisión**

29. Valore al paciente y determine su situación de salud y regístrelo en la HCl.
30. Informe a la familia o acompañante la conducta adoptada y el procedimiento de cómo opera la referencia.

31. Informe a la auxiliar de enfermería la conducta tomada para que verifique que la HCl y anexos están completos y bien diligenciados y los entregue a facturación previo actualización de registros pendientes.
32. Despídase amablemente de la familia o acompañante.
33. De las instrucciones para que se proceda de acuerdo con el manual de Referencia y contra referencia.

**Traslado a Morgue**

34. Informe a la auxiliar de enfermería la conducta tomada para que verifique que la HCl y anexos están completos y bien diligenciados y los entregue a facturación previo actualización de registros pendientes; y de instrucciones a los acompañantes sobre el trámite de entrega del cadáver, si aplica.
35. Realice el procedimiento de arreglo del cadáver, registre en el software de la historia clínica institucional y entregue al cadáver al camillero quien realiza el traslado y registre en el "formato de registros de cadáveres".
36. Pida al personal que proceda con el traslado del occiso en concordancia con el decálogo del trato humanizado respetamos el cadáver y brindamos apoyo emocional y espiritual a los familiares.

**Nota:** Los fines de semana y horario nocturno que no hay camillero exclusivo la auxiliar de enfermería ejecuta el traslado hasta la morgue y el camillero asignado a urgencias realiza el resto del proceso.

**DATOS GENERALES DEL PROCEDIMIENTO**

**CÓDIGO**

**GF – FAC – P – 001 - 004**

**NOMBRE**

**Liquidación de facturación hospitalización y urgencias**

**RESPONSABLE OPERACIONAL**

Analista de cuentas – Auditor de cuentas medicas - Coordinador del Servicio.

**OBJETIVO**

Facturar de manera eficiente y eficaz, los servicios prestados por la institución y que sean facturables desde el punto de vista legal y contractual, generando una factura que cumpla con todos los requisitos legales y

	contractuales para que sea radicada oportunamente en los tiempos establecidos, a las diferentes entidades responsables del pago.	
<b>RECURSOS NECESARIOS</b>	Infraestructura física (ventanilla de atención y/o puesto, cubículo u oficina), puntos y red de datos, Computador, impresora, Software institucional, acceso a bases de datos, teléfono.	
<b>REGISTROS GENERADOS</b>	Factura, Documentos soportes de la factura, Comprobante de servicios médicos, Paz y Salvo	
<b>ADVERTENCIAS ESPECÍFICAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verifique de la admisión del paciente.</li> <li>• Verifique el censo de ingresos y de hospitalización de pacientes (Urgencias y Hospitalización).</li> <li>• Verifique la orden de egreso del paciente por parte del personal asistencial.</li> <li>• Verifique el total de servicios y/o cargos realizados y aplicados por el personal asistencial (atenciones, exámenes, insumos, medicamentos, estancia, etc), al paciente que estén registrados y evidenciados en los aplicativos informáticos y en medio físico para aquellos que no están en los sistemas informáticos.</li> <li>• Informe a la Institución (Hospital) las inconsistencias encontradas en los servicios aplicados al sistema por parte del personal asistencial y que no son atribuibles al proceso de facturación.</li> <li>• Tenga presente que el proceso de Gestión de Facturación interrelaciona con áreas asistenciales y administrativas del hospital, actividades de estas áreas que deben ser cumplidas por sus responsables de conformidad al manual de procesos y procedimientos de estas áreas, lo anterior con el fin de garantizar una factura con calidad y que cumpla con todos los requisitos normativos legales y contractuales, actividades fundamentales para poder cumplir el objeto del proceso de Gestión de Facturación.</li> </ul>	
<b>N°</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
1	Verificar el censo diario de cada servicio.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ingrese por el aplicativo institucional, módulos, gestión hospitalaria, Reportes, Censo histórico, seleccione: censo diario. En la pestaña de unidad funcional elija el servicio de facturación, elija imprimir y genere reporte de usuarios hospitalizados.</li> <li>2. Ingrese al módulo, historias clínicas, procesos, consulta historias, digite el número del documento del usuario en la casilla de pacientes, en actividades recientes y en el listado de atenciones elija el ingreso actual del usuario, / imprimir registros médicos y consulte la historia clínica.</li> </ol> <p>Lo anterior se realiza con el objetivo de identificar la estancia del paciente y los servicios prestados a la fecha.</p>

2	<p>Digitar los servicios.</p>	<p>3. Recolecte los soportes de las órdenes de servicio (órdenes de laboratorio, notas de consumo quirúrgico informe quirúrgico y nota de cargo de material de osteosíntesis etc.) en sus respectivos centros de costos.</p> <p>4. Ingrese a aplicativo institucional, Módulos, Operativos asistenciales, Facturación Ley 100, procesos, ordenes de servicio. Digite el número de ingreso en la casilla de ingreso o el número de identificación del usuario en la casilla de código. nombre del usuario. casilla de área solicitante. En la pestaña seleccione el área del servicio donde se encuentre el usuario.</p> <p>5. En la nueva ventana: verifique el plan de beneficios. Digite el código del servicio prestado. Digite la fecha real de prestación del servicio, el nombre del médico tratante, centro de costo y demás espacios de la ventana. Grabar. Confirmar.</p> <p>Nota: El Analista de Cuentas de facturación - cirugía, entrega hoja de gastos donde se relacionan los materiales de osteosíntesis utilizados en el procedimiento quirúrgico junto con el código de referencia del insumo y el nombre de la casa comercial respectiva al funcionario encargado para su respectiva digitación, quedándose a la espera del envío y recepción en físico o vía correo electrónico de la factura comercial por parte de la casa comercial.</p> <p>Continuar con la digitación de todos los servicios.</p>
3	<p>Recibir indicación de salida y anexos no sistematizados.</p>	<p>6. Ingrese por el aplicativo institucional al módulo de gestión hospitalaria, consulta de pacientes, digite el número de identificación del usuario, verifique que el usuario no se encuentre hospitalizado. Si aparece hospitalizado, informe a enfermería para que realice el egreso del usuario y no se acepta la salida, hasta no realizar el respectivo egreso del sistema.</p> <p>7. Reciba de la auxiliar de enfermería la indicación de salida y anexos no sistematizados de la historia clínica de todos los servicios de hospitalización por donde paso el usuario (EKG, neurofisiología, endoscopias, gases y electrolitos, bando de sangre, entre otros).</p> <p>8. La entrega se registra en el libro radicador de enfermería, donde se debe evidenciar la fecha, hora, numero de folios y nombre y firma de quien entrega.</p>
4	<p>Verificar la seguridad social y autorizaciones del usuario.</p>	<p>9. Verifique la seguridad social del usuario y anexos técnicos (autorizaciones). En caso de encontrar inconsistencias se informa a admisiones y/o autorizaciones para que realicen los ajustes correspondientes.</p>

5	Generar los soportes de la factura.	<p>10. Consulte el aplicativo de Labcore, Carestream, base de datos de patología y base de datos de cardiología no invasiva e imprima todos los soportes relacionados con el ingreso actual.</p> <p>11. Ingrese a aplicativo institucional, módulo de historia clínica, digite el número de identificación del usuario y seleccione la historia correspondiente a la atención actual. Imprima los soportes de triage, hoja de ingreso, epicrisis, hoja de registro de medicamentos, hojas de insumos de enfermería, hojas de las mezclas de enfermería, notas de procedimientos y de ayudas diagnósticas y terapéuticas, hoja de consumo de oxígeno, hoja de signos vitales y anexos técnicos o autorizaciones correspondientes.</p>
6	Liquidar cuenta.	<p>12. Ingrese al aplicativo institucional, módulo facturación, Ley 100, Liquidación de cuentas y con el número de identificación o número de ingreso consulte la factura parcial y liquide la estancia del usuario.</p> <p>13. Realice el análisis y auditoria a la historia clínica, compare lo digitado en la factura parcial contra los soportes impresos, realice el cargue de los servicios faltantes, ajustes requeridos según registros de los soportes y liquide el valor del copago o cuota de recuperación (si aplica). Continúe con la actividad N° 7.</p> <p>En las estancias prolongadas se podrá realizar cortes bimestrales de facturación de acuerdo con la complejidad, la estancia o el proceso en particular, la decisión de realizar o no el corte parcial será, decisión del responsable del proceso.</p>
7	Legalizar orden de salida.	<p>14. Ingrese al aplicativo institucional, opción facturación ley 100, procesos, ordenes de salida, ingrese el número de cedula y/o ingreso del usuario, diligencie la orden de salida (área servicio, médico y fecha de salida). Por último, en la opción grabar e imprima el comprobante de recibo de servicios médicos y el paz y salvo.</p> <p>15. Haga firmar por el usuario y/o acompañante el comprobante de recibo de servicios médicos. Este formato se anexa a la factura.</p> <p>16. Elabore la legalización de egreso en el paz y salvo y entrégala al usuario para que se dirija a la caja y lo legalice.</p>

**DATOS GENERALES DEL PROCEDIMIENTO**

<b>CÓDIGO</b>	<b>GF-T-P-002-001</b>	
<b>NOMBRE</b>	<b>Recaudo monetario por caja</b>	
<b>RESPONSABLE OPERACIONAL</b>	Auxiliar Administrativo de caja	
<b>OBJETIVO</b>	Realizar el recaudo de dinero que ingresan por medio de la caja de urgencias y consulta externa producto de los servicios médicos y hospitalarios prestados u otros conceptos.	
<b>RECURSOS NECESARIOS</b>	Físicos: Caja registradora, calculadora, caja fuerte y demás implementos de oficina. Tecnológicos: Equipo de Cómputo, datafono. Humanos: Auxiliar administrativo de caja	
<b>REGISTROS GENERADOS</b>	Recibo de caja, Boucher, cheques, informe diario de caja.	
<b>ADVERTENCIAS ESPECÍFICAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tenga en cuenta que los recaudos en efectivo, tarjetas de crédito y cheques son las únicas formas de pago autorizadas para la recepción en cajas (consulta externa y urgencias).</li> <li>En caso que exista faltante de talonarios de recibos de caja, previamente con una antelación de tres (3) días, se debe elaborar el requerimiento, indicando la cantidad a utilizar.</li> <li>Recuerde que el auxiliar administrativo de Tesorería debe registrar en un libro radicador el número de talonarios entregados.</li> <li>Tenga en cuenta que <u>antes de elaborar el recibo de caja</u>, el Auxiliar de Caja, debe cerciorarse con qué forma de pago (efectivo o tarjeta) lo va a realizar el usuario.</li> <li>Tenga en cuenta que, en caso de presentarse alguna inconsistencia en el cierre de caja, realizar la reversión del recibo con comprobante de egreso.</li> </ul>	
<b>N°</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
1	Recibir al usuario	1. Reciba al cliente y de la bienvenida (siguiendo los lineamientos del manual de atención al ciudadano y decálogo del trato humanizado).
2	Identificar tipo de ingreso	2. Identifique el tipo de Ingreso que corresponde por el pago a recibir, los cuales pueden por prestación de servicios médicos hospitalarios, expedición de constancias, carnet, reintegro de avances, arrendamientos, servicios públicos, concesiones, esterilización, abono, cancelación de pagarés, entre otros. 3. Pregunte al cliente la forma de pago. 4. Reciba la factura y el pago (dinero en efectivo, tarjeta débito o crédito y/o cheque).

		<p>5. Si el pago es en efectivo, verifique las condiciones y validez del mismo y acéptelo.</p> <p>6. Si el pago es en tarjeta de crédito, además de la tarjeta solicite la cédula de ciudadanía del titular, pregunte el número de cuotas a diferir y diríjase al datafono para realizar la transacción.</p> <p>7. Si el pago es en tarjeta débito, reciba la tarjeta y diríjase al datafono para realizar la transacción.</p> <p>8. Si el pago es en cheque, recepcione el cheque y verifique que lleve el visto bueno del subgerente financiero.</p>
3	Elabore recibo de caja	<p>9. Elabore un recibo de caja indicando lo siguiente: fecha, nombre del usuario y número de identificación, valor en números y letras, código del servicio solicitado, descripción del pago, código del cajero, si es cheque nombre del banco.</p> <p>10. Firme el recibo de caja, coloque el sello y entregue al cliente. (original: paciente o usuario y copia: tesorería).</p> <p>11. Elabore el informe diario de caja una vez finalice su turno, adjuntando los soportes y los pagos en efectivo.</p> <p>12. Reporte los boletines de ingresos diarios al profesional universitario de tesorería con motivo del cierre de caja adjuntando los soportes, los pagos en efectivo y demás conceptos.</p>

**DATOS GENERALES DEL PROCEDIMIENTO**

<b>CÓDIGO</b>	<b>ACC-UCC-F-003-005</b>
<b>NOMBRE</b>	<b>Egreso de pacientes y acompañantes de Servicio de Hospitalización</b>
<b>RESPONSABLE OPERACIONAL</b>	Guarda de Seguridad
<b>OBJETIVO</b>	Garantizar la seguridad personal de usuarios, clientes internos y salvaguardar los activos fijos del servicio.
<b>RECURSOS NECESARIOS</b>	Dotación personal, escarapelas para acompañantes, Garrett, minuta de ingreso y egreso de pacientes.
<b>REGISTROS GENERADOS</b>	Minuta de ingreso y egreso de pacientes
<b>ADVERTENCIAS ESPECÍFICAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No olvide que se debe hacer el control de armas de fuego y cortopunzantes.</li> <li>Recuerde controlar el ingreso y egreso de personas, respetando en todo momento la dignidad humana de los pacientes.</li> <li>Tenga presente que en caso de pacientes difíciles debe adoptar una actitud de conciliación y en caso que el paciente o acompañante se torne muy agresivo debe dar aviso al policía del cuadrante.</li> <li>Recuerde que su trabajo es muy importante para la seguridad del servicio y de las personas que</li> </ul>

		<p>permanecen ahí, por lo tanto, no debe ausentarse de su sitio de trabajo y si es totalmente necesario debe dejar un recomendado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esté atento a identificar y colaborar con la resolución de las necesidades de los usuarios y acompañantes.</li> <li>• Recuerde que las manillas de identificación de pacientes se portan hasta el momento en que a este se le da la salida, se les retira antes de su egreso de la Institución a excepción de las maternas que han dejado sus RN hospitalizados, quienes deben portar la manilla que corresponde al bebe hasta el momento en que se le da la salida a este. Una vez se verifique la boleta de salida emitida por facturación, se procederá a retirar la manilla de identificación del paciente. Depositar manilla en caneca roja.</li> </ul>
Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
1.	Validación de salida	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Salude al paciente y acompañante si aplica.</li> <li>2. Reciba la boleta de salida y verifique que contenga el sello de caja y la firma del jefe del servicio (nombre y apellidos con firma).</li> <li>3. Retírele la manilla de seguridad al paciente, verificando que la boleta de salida coincida con el nombre registrado en la manilla.</li> <li>4. Pídale al usuario y acompañante su colaboración para el proceso de requisa.</li> <li>5. Realice la requisa, cumpliendo con los estándares de seguridad. Ver manual de Vigilancia y Seguridad.</li> <li>6. Identifique los elementos de uso personal del paciente (balas de oxígeno, equipos de cómputo portátiles, etc), y cerciórese que estén registrados en la minuta. En caso de encontrar inconsistencias no autorice el egreso hasta confirmar la procedencia del elemento.</li> </ol>
2.	Registro y autorización de egreso	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Registre en la minuta el egreso del paciente.</li> <li>8. Autorice el egreso del paciente y despídase cordialmente.</li> </ol>

## 9. INDICADORES DE GESTIÓN

-  Número de días estancia en unidad de cuidados intensivos.
-  Número de pacientes en unidad de cuidado intensivo.
-  Proporción de potenciales generadores en UCI Neonatos.

- 👤 Proporción de usuarios que Admiten haber sido Informados sobre sus D y D.
- 👤 Proporción de usuarios satisfechos con el cumplimiento de sus D y D por parte del hospital.
- 👤 Proporción de riesgos asistenciales controlados en el servicio de UCI Neonatal.
- 👤 Índice de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos.
- 👤 Índice de eventos adversos.
- 👤 Tasa de infección intrahospitalaria.
- 👤 Porcentaje de infección asociada a la atención en salud.
- 👤 Proporción de PQRS presentadas en el servicio de UCI Neonatal.
- 👤 Proporción de usuarios satisfechos con el trato digno y humanizado en el servicio.
- 👤 Tasa de mortalidad en el servicio de UCI Neonatal.
- 👤 Giro Cama.

## 10. PROCESOS INVOLUCRADOS

- Facturación
- Tesorería
- Recursos Físicos
- Servicios asistenciales que se interrelacionan con el proceso.

## 11. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

No	RIESGO	DISPOSICION FINAL
1	Broncoaspiración de pacientes	Ver matriz de riesgos institucional
2	Bacteriemias asociadas al catéter venoso	
3	Flebitis	

	MACRO PROCESO: ATENCIÓN UNIDADES DE CUIDADO CRITICO	FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2018
	PROCESO: ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	VERSIÓN: 01
		CÓDIGO: ACC-UCC-C-003
		PAGINA: 42 de 43

4	Autoextubación del paciente
---	-----------------------------

## 12. ELABORO, REVISO Y APROBÓ

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
<b>NOMBRE:</b> Diana Carolina Cabrera Cristian Javier Illera Lugo	<b>NOMBRE:</b> Henry Barreto José Antonio Muñoz Paz Marleny Quesada Losada	<b>NOMBRE:</b> Jesús Antonio Castro Vargas
<b>CARGO:</b> Profesional Universitario Oficina de Planeación, Calidad y Desarrollo Institucional Jefe de Enfermería UCI Neonatal	<b>CARGO:</b> Coordinador UCI Neonatal Subgerente Técnico-Científico Jefe Oficina de Planeación, Calidad y Desarrollo Institucional	<b>CARGO:</b> Gerente ESE
<b>FECHA:</b> Febrero 2018	<b>FECHA:</b> Febrero 2018	<b>FECHA:</b> Marzo 2018

## 13. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
01	Diciembre 2017	Se ajusta el proceso de acuerdo a la nueva metodología de gestión por procesos, alineando los mismos con la política de calidad, objetivos estratégicos, estándares de acreditación en salud y fomentando en cada uno de ellos la inclusión de la cadena cliente proveedor, advertencias generales y específicas, ubicación en el mapa de procesos, metodología 5W1H y la identificación de necesidades y expectativas de los clientes de cada proceso. Los procesos ACC-IAE-P-001-004 ingreso del usuario a unidad de cuidado intensivo pediátrico y neonatal V3, ACC-IAE-P-001-005 Atención del usuario en la unidad de cuidado intensivo pediátrico y neonatal V3, ACC-IAE-P-001-006 Egreso del usuario de la unidad de cuidado intensivo pediátrico o neonatal V3 (en lo relacionado al servicio de UCI Neonatal), se integran al presente proceso, creando la V1 según nueva metodología.

COPIA CONTROLADA