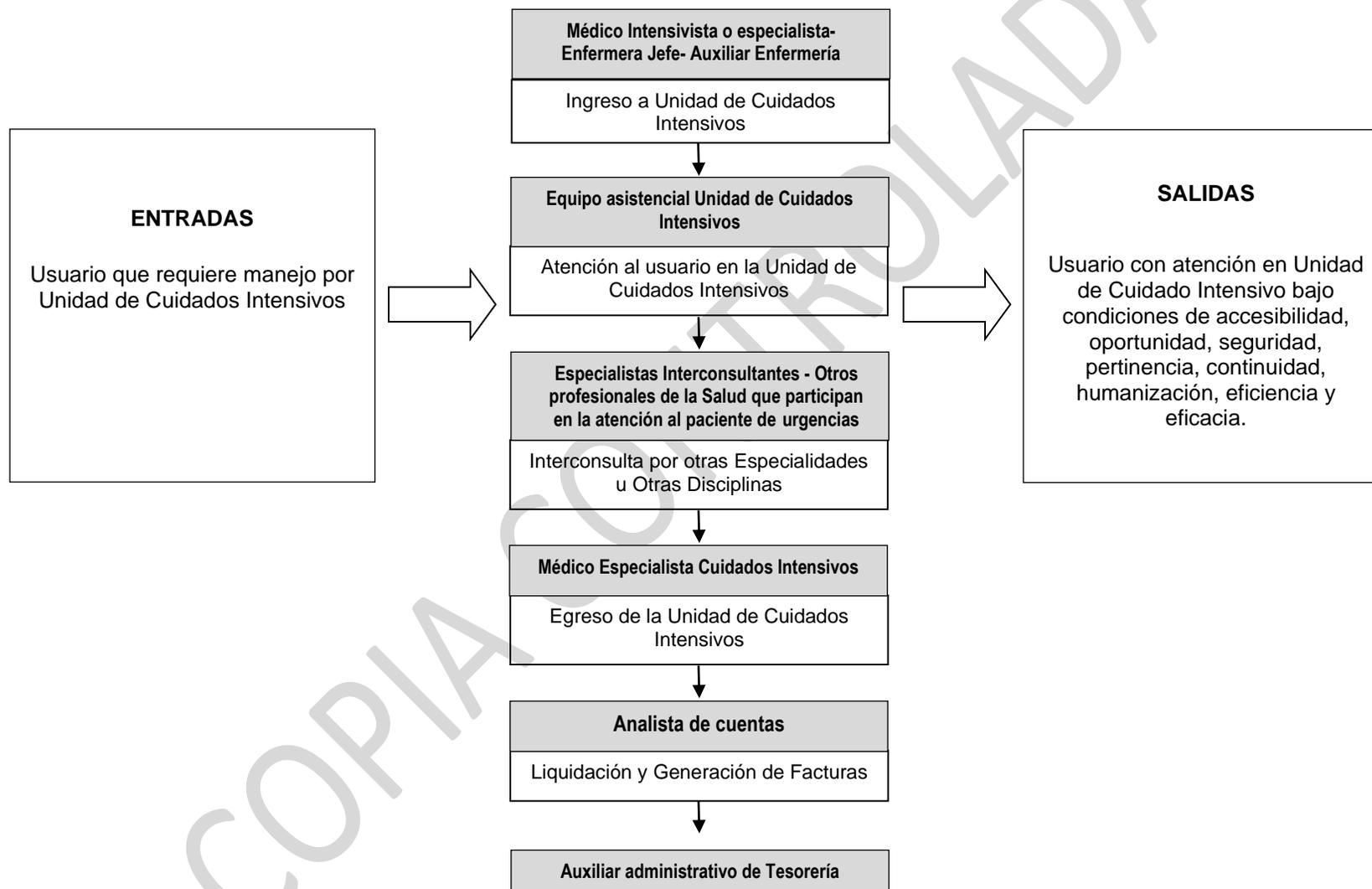
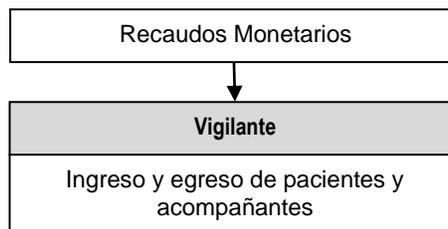


CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO





1. OBJETIVO

Brindar una atención integral y centrada en el usuario y su familia en la Unidad de Cuidados Intensivos, 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 a la unidad de cuidado intensivo y finaliza con la validación y autorización del egreso.

3. MARCO LEGAL E INSTITUCIONAL

Ver “Normograma Institucional”.

4. UBICACIÓN EN EL MAPA DE PROCESOS INSTITUCIONAL

- Misional.

5. DEFINICIONES

UCIA: Unidad de Cuidado Intensivo Adulto.

	MACRO PROCESO: ATENCIÓN UNIDADES DE CUIDADO CRÍTICO	FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO 2021
		VERSIÓN: 03
	PROCESO: ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	CÓDIGO: GA-UCC-C-001
		PÁGINA: 3 de 37

- U UCIGO:** Unidad de Cuidado Intensivo Gineco obstétrica.
- U HISTORIA CLÍNICA:** 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 usuario o en los casos previstos por la ley.
- U INTERCONSULTA:** Solicitud del concepto clínico a un profesional de otra especialidad referente a un caso en particular.
- U ESTADO DE SALUD:** Condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario.
- U OPORTUNIDAD:** es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o salud.
- U EPS:** Empresa Prestadora de Salud.
- 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 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 usuario 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 más 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.

	MACRO PROCESO: ATENCIÓN UNIDADES DE CUIDADO CRÍTICO	FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO 2021
		VERSIÓN: 03
	PROCESO: ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	CÓDIGO: GA-UCC-C-001
		PÁGINA: 4 de 37

U EQUIPO DE APOYO: son los Profesionales, Técnicos y Auxiliares del área de la salud que realizan la atención clínica asistencial integral directa del usuario.

U EXAMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO: 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 clínico, patológico, inmunológico, genético, biológico, electrofisiológico, oftalmológico, auditivo, etc; así como también pruebas imagenológicas invasivas y no invasivas.

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 IMPLEMENTOS MÉDICOS: Cualquier instrumento, aparato, implemento, máquina, reactivo o calibrador in vitro, aplicativo informático, material u otro artículo similar o relacionado, previsto por el fabricante para ser empleado en seres humanos, solo o en combinación, para uno o más de los siguientes propósitos específicos:

- Diagnóstico, prevención, monitoreo, tratamiento o alivio de una enfermedad.
- Diagnóstico, monitoreo, tratamiento, alivio o compensación de una lesión.
- Investigación, reemplazo, modificación o soporte de la anatomía o de un proceso fisiológico.
- Soporte o mantenimiento de la vida.
- Control de la concepción.
- Desinfección de dispositivos médicos.

Los implementos médicos más utilizados en las Unidades de Cuidados Intensivos son Fonendoscopio, Tensiómetro, equipo de órganos de los sentidos, Bajalenguas, Termómetro, Metro, Balanza.

U INSUMOS. son los recursos humanos, financieros, de infraestructura, materiales, etc., que utilizan una institución para producir servicios.



MACRO PROCESO: ATENCIÓN UNIDADES DE CUIDADO CRÍTICO

**FECHA DE EMISIÓN:
AGOSTO 2021**

VERSIÓN: 03

PROCESO: ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS

CÓDIGO: GA-UCC-C-001

PÁGINA: 5 de 37

U EPICRISIS: Documento que contiene el reporte final de la estadía del usuario, los requerimientos futuros necesarios, el proceso para identificar las necesidades; y la estrategia para la continuidad de los cuidados al usuario después de su egreso.

U CONCILIACIÓN MEDICAMENTOSA: Es un proceso formal consistente en comparar la medicación habitual del paciente con la medicación prescrita después de una transición asistencial o de un traslado dentro del propio nivel asistencial, con el objetivo de analizar y resolver las discrepancias detectadas. Las discrepancias encontradas se deben comentar con el médico para valorar su justificación y, si se requiere, se deben corregir. Los cambios realizados se deben documentar y comunicar adecuadamente al siguiente responsable médico del paciente y al propio paciente. Este proceso debe realizarse con la participación de todos los profesionales responsables del paciente, sin olvidar al propio paciente/cuidador siempre que sea posible, con el objetivo de valorar la adherencia y/o la falta de comprensión del tratamiento.

El objetivo de la conciliación es disminuir los errores de medicación a lo largo de toda la hospitalización, garantizando que los pacientes reciben todos los medicamentos necesarios que estaban tomando previamente en la dosis, vía y frecuencia correcta y que se adecúan a la situación del paciente y/o a la nueva prescripción realizada en otro punto del sistema sanitario (hospital, urgencias, consultas externas, atención primaria, entre otras).

U CONTRAREFERENCIA: 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 contrarremisión 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 COPAGO: Son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor total del tratamiento y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema general de seguridad social en salud. Los copagos se aplicarán única y exclusivamente a los afiliados beneficiarios (Acuerdo 30 del CNSSS).

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
Asignación de cama e ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos	Médico intensivista y/o especialista	<p>Usuario cumpla con los criterios de ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos (ver anexo)</p> <p>Disponibilidad de cama en la Unidad de Cuidados Intensivos</p> <p>La historia clínica debe traer la remisión del usuario</p>	Ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos	Cama asignada en Unidad de Cuidado Intensivo Adulto o Gineco-obstétrico	<p>Usuario</p> <p>Servicios de Hospitalización</p> <p>Urgencias</p> <p>Cirugía</p> <p>Sala de Partos</p> <p>EPS</p> <p>Otras IPS</p>	<p>Usuario valorado y atendido por equipo interdisciplinario de la Unidad de Cuidados Intensivos.</p> <p>Historia clínica con los soportes debidamente diligenciados como consentimientos informados, mapeo, formatos de transfusiones, tarjetas de medicamentos, entre otros.</p> <p>Al ingreso contar con formato de mapeo diligenciado.</p> <p>El traslado de la historia clínica (software institucional) se debe realizar al tiempo una vez se ingrese el usuario a la Unidad de Cuidado Intensivo.</p>
Cama asignada en Unidad de Cuidado Intensivo Adulto o Gineco-obstétrico	Equipo interdisciplinario	Historia clínica con los soportes debidamente diligenciados como consentimientos informados, mapeo, formatos de transfusiones, tarjetas	Atención al usuario en la Unidad de Cuidados Intensivos	Usuario atendido en la Unidad de Cuidado Intensivos	Usuarios	Usuario valorado y atendido por equipo interdisciplinario de la Unidad de Cuidados Intensivos.

ENTRADA	PROVEEDOR	REQUISITO DE LA ENTRADA	PROCEDIMIENTO	SALIDA	CLIENTES	CONDICIONES DE LA SALIDA
		<p>de medicamentos, entre otros.</p> <p>Al ingreso contar con formato de mapeo diligenciado.</p> <p>El traslado de la historia clínica (software institucional) se debe realizar al tiempo una vez se ingrese el usuario a la Unidad de Cuidado Intensivo.</p>				
Usuario atendido en la Unidad de Cuidado Intensivos	Equipo interdisciplinario de la Unidad de Cuidados Intensivos	Usuario con tratamiento médico y quirúrgico definido por equipo interdisciplinario	Interconsulta por otras especialidades o disciplinas	Usuario que requiere interconsulta con una especialidad diferente	Usuarios	<p>Interconsulta con respuesta de manera oportuna de conformidad a tiempos establecidos.</p> <p>Paciente informado y con conducta definida por parte del interconsultantes Registros clínicos completos y correctamente diligenciados</p>
Usuario que requiere interconsulta con una especialidad diferente	Médico interconsultante y/u otras especialidades	Contar con una solicitud de interconsulta debidamente documentada en el sistema.	Egreso de la Unidad de Cuidados Intensivos	Usuario que egresa de la Unidad de Cuidados Intensivos	Usuarios Servicios de Hospitalización Facturación	Personal de enfermería revisará y entregará el paquete (registros en el sistema y físicos según aplique) de todas las atenciones y servicios

ENTRADA	PROVEEDOR	REQUISITO DE LA ENTRADA	PROCEDIMIENTO	SALIDA	CLIENTES	CONDICIONES DE LA SALIDA
		<p>Se debe contar con el radicado del llamado al especialista en la Bitácora de llamadas.</p> <p>Cada especialista de turno deberá revisar la interconsulta y acudir al servicio para su respuesta.</p> <p>Llamado al especialista directamente en caso de interconsulta por urgencia vital dejando evidencia en el libro de registro de novedades y en Kardex de Enfermería.</p>			Caja	<p>prestados al usuario, debidamente foliados, diligenciados y soportados según normatividad vigente y Manuales de Procesos y Procedimientos de la Institución, los cuales sus cargues serán evidenciados en la Historia Clínica.</p> <p>Retiro Voluntario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Epicrisis, Historia clínica completamente diligenciada, Plan de egreso definido y fórmula médica debidamente explicado. • Paciente debidamente informado sobre el Plan de tratamiento y cuidado en casa. • Incapacidad según aplique. <p>Remisión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anexo 9 referencia ó 10 contrarreferencia según resolución 4331 de 2012 completamente

ENTRADA	PROVEEDOR	REQUISITO DE LA ENTRADA	PROCEDIMIENTO	SALIDA	CLIENTES	CONDICIONES DE LA SALIDA
						<p>diligenciado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reporte de laboratorios y de medios diagnósticos. • Tarjeta de medicamentos. • Traslado de paciente según protocolo de traslado de ambulancia. <p>Otro servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orden de hospitalización en la historia clínica – software debidamente diligenciada por el médico tratante. • 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 o en trámite administrativo. • Evolución del día. • Tratamiento iniciado. • Traslado de paciente según protocolo de traslado interno. • Debe egresar con formato de mapeo

ENTRADA	PROVEEDOR	REQUISITO DE LA ENTRADA	PROCEDIMIENTO	SALIDA	CLIENTES	CONDICIONES DE LA SALIDA
						<p>diligenciado</p> <p>Morgue:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registro del Certificado de defunción RUAF y documento físico debidamente diligenciado. • Traslado de paciente según protocolo de traslado interno. • En caso de muerte violenta (accidentes de tránsito, heridos por armas de fuego o corto punzantes, caída de su propia altura no presenciada, suicidios, quemados, sospecha de maltrato de género o infantil, paciente en custodia (hogar geriátrico, cárcel, ICBF, Centro de Rehabilitación de menores) realizar el llamado al ente judicial de turno (policía de turno). • En caso de muerte de pacientes con patologías de interés en salud publica informar al

ENTRADA	PROVEEDOR	REQUISITO DE LA ENTRADA	PROCEDIMIENTO	SALIDA	CLIENTES	CONDICIONES DE LA SALIDA
						familiar la obligatoriedad en la realización de necropsia o visceretomia e informar al servicio de epidemiologia. El médico tratante debe hacer entrega del certificado de defunción.
Usuario que egresa de la Unidad de Cuidados Intensivos	Médico intensivista y/o especialista	Usuario con orden de hospitalización. Usuario con orden de contrarreferencia a otro Nivel de complejidad Usuario con orden de traslado a la morgue Usuario con retiro voluntario	Liquidación y facturación de servicios	Pre Factura Factura	Auditor de cuentas medicas Auditor médico Usuario o acompañante	Pre Factura del usuario liquidada y soportada. Factura del usuario liquidada y soportada.
Pre Factura Factura	Auditor de cuentas medicas Auditor médico Usuario o acompañante	Pre Factura del usuario liquidada y soportada. Factura del usuario liquidada y soportada.	Recaudos Monetarios	Cliente externo o interno que requiere realizar el pago por prestación de servicios u otros conceptos.	Usuarios EPS Funcionarios Estudiantes y demás clientes de la E.S.E HUHMP	Recibos de caja con N° consecutivo, firmados por el auxiliar de caja y con su respectivo sello.
Cliente externo o interno que requiere realizar el pago por prestación de servicios u otros conceptos.	Auxiliar Administrativo de caja	Factura de los servicios prestados Paz y salvo Certificado de defunción	Ingreso y egreso de pacientes y acompañantes	Egreso de la Institución	Usuarios Familia Vigilancia	Boleta de salida firmada por el médico con sello de caja.

ENTRADA	PROVEEDOR	REQUISITO DE LA ENTRADA	PROCEDIMIENTO	SALIDA	CLIENTES	CONDICIONES DE LA SALIDA
		Boleta de salida				

7. ESTANDARIZACIÓN DEL PROCESO CON METODOLOGÍA 5W1H

N°	WHAT QUÉ	WHO QUIÉN	WHEN CUÁNDO	HOW CÓMO	WHERE DÓNDE	WHY POR QUÉ
1.	Ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos	Médico intensivista y/o especialista	Usuario cumple con los requisitos de ingreso	De acuerdo con el procedimiento GA-UCC-P-001-001	Unidad de Cuidado Intensivo Adulto Unidad Cuidado Intensivo Gineco Obstétrica	Usuario que requiere del cuidado, vigilancia y monitoria continua en su fase crítica.

N°	WHAT QUÉ	WHO QUIÉN	WHEN CUÁNDO	HOW CÓMO	WHERE DÓNDE	WHY POR QUÉ
2.	Atención en la unidad de Cuidados Intensivos	Equipo interdisciplinario	Una vez ingresa el usuario a la Unidad de Cuidado Intensivo	De acuerdo con el procedimiento GA-UCC-P-001-002	Unidad de Cuidado Intensivo Adulto Unidad Cuidado Intensivo Gineco-Obstétrica	Brindar atención integral, oportuna, con calidez humana, amable, segura y con los más altos estándares de calidad a todos los usuarios en condiciones críticas de salud durante su período de hospitalización en el servicio.
3.	Interconsultas por otras especialidades o subespecialidades	Especialistas Interconsultantes Otros profesionales de la Salud que participan en la atención al paciente	Cuando el Médico Tratante considere necesario la participación y valoración de otras especialidades diferentes a la tratante para dar un manejo integral y seguro al usuario. Cuando se requiera la participación de otro personal diferente al equipo básico de salud del servicio de la unidad de cuidados intensivos para garantizar una atención integral al usuario.	De acuerdo con el procedimiento AUR-IUR-P-001-007	En la unidad del paciente	Para 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.

N°	WHAT QUÉ	WHO QUIÉN	WHEN CUÁNDO	HOW CÓMO	WHERE DÓNDE	WHY POR QUÉ
4.	Egreso de la Unidad de Cuidados Intensivos	Médico Intensivista y/o especialista Enfermera jefe Auxiliar de enfermería Grupo de terapia	Usuario supere la fase crítica de su patología, fallece, requerimiento a otro nivel de complejidad o retiro voluntario.	De acuerdo con el procedimiento GA-UCC-P-001-003	Hospitalización Morgue Vivienda (retiro voluntario) Otra IPS	A fin de continuar con el tratamiento médico. usuario fallece Usuario con contrarreferencia a otro nivel de complejidad Usuario que solicita Retiro Voluntario.
5.	Liquidación y generación de facturas	Analista de cuentas	<p>Cuando se recibe del personal asistencial la indicación de salida del paciente (egreso del usuario) y anexos no sistematizados de la historia clínica.</p> <p>Se registra la entrega en el libro radicador de enfermería.</p>	De acuerdo con el procedimiento GF-FAC-P-001-004	Ventanilla de facturación	Para facturar de manera eficiente y eficaz, los servicios prestados por la institución y que hayan sido evidenciados, registrados y soportados por el personal asistencial 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.

	MACRO PROCESO: ATENCIÓN UNIDADES DE CUIDADO CRÍTICO	FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO 2021
	PROCESO: ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	VERSIÓN: 03
		CÓDIGO: GA-UCC-C-001
		PÁGINA: 15 de 37

N°	WHAT QUÉ	WHO QUIÉN	WHEN CUÁNDO	HOW CÓMO	WHERE DÓNDE	WHY POR QUÉ
6.	Recaudo monetario por caja	Auxiliar administrativo de caja	Una vez el cliente externo o interno requiere realizar el pago por prestación de servicios u otros conceptos.	De acuerdo con el procedimiento GF-T-P-002-001	Ventanilla de caja	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, otras entidades u otros conceptos.
7.	Egreso de la Institución	Vigilante Auxiliar de Patología Enfermera jefe o médico	Recepcionar la boleta de salida con el sello de caja y firma del médico	De acuerdo con el procedimiento AUR-IUR-P- 001-002	Puerta principal de la Institución Puerta de Urgencias Morgue Unidad de Cuidados Intensivos	Verificar que el usuario y familia cumplió con el proceso de facturación y pago en la caja.

8. ADVERTENCIAS GENERALES

-  Recuerde siempre presentarse ante el paciente y acompañantes con nombre, apellido y cargo y adopte una actitud de servicio.
-  No olvide siempre permanecer con la identificación visible.
-  Tenga presente que un buen proceso de admisión administrativa es crucial para garantizar una buena calidad del dato, por eso asegúrese de ingresar todos los datos solicitados por el sistema y de manera correcta.
-  Recuerde que, en la unidad de cuidados intensivos adulto, el especialista de turno será el encargado de dar respuesta a la interconsulta de acuerdo con el diagnóstico del usuario, de acuerdo con el tiempo estipulado en el procedimiento de Interconsulta.
-  Recuerde que usted hace parte de la imagen de la institución por lo tanto siempre debe adoptar una actitud de servicio y amabilidad y brindar un trato digno, amable y cortés al usuario que está atendiendo, tenga en cuenta que lo anterior hace parte de los derechos del usuario y por lo tanto hay que respetarlos.

	MACRO PROCESO: ATENCIÓN UNIDADES DE CUIDADO CRÍTICO	FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO 2021
		VERSIÓN: 03
	PROCESO: ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	CÓDIGO: GA-UCC-C-001
		PÁGINA: 16 de 37

- 

Tenga presente el protocolo de bienvenida, estancia y despedida, las normas de cortesía tales como: saludar, pedir el favor, agradecer, mirar a los ojos al usuario, durante cualquier contacto con el paciente o sus acompañantes.
- 

Recuerde en todo momento atender a los pacientes y acompañantes, respetando su dignidad y privacidad.
- 

No olvide que debe prestar especial atención sobre la información brindada a los familiares cuando se trate de usuarios menores de edad, discapacitados mentales o en estado de inconsciencia; por lo que la información de todo tipo (Derechos y Deberes, clínica, administrativa y demás) debe dársele 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 o dar información de su patología, al momento de realizar la evaluación u otro momento de la atención que se vea afectado este derecho.
- 

Recuerde que de una atención oportuna, segura, humanizada y continua depende una buena atención.
- 

En el momento de la admisión, recuerde brindar siempre información a los pacientes o acompañantes sobre aspectos administrativos, generales de la institución, y motívelos a ampliar la información en los canales propios del servicio.
- 

Insista al paciente y sus acompañantes sobre la importancia de cuidar sus pertenencias durante la estancia en la institución.
- 

No olvide reforzar en los adultos que acompañan a menores, el cuidado de los mismos para evitar posibles robos.
- 

Durante la atención, oriente al paciente y acompañantes sobre manejo de residuos y comportamiento en caso de emergencias y motívelo a ampliar la información en los canales disponibles propios de la institución.
- 

Si el paciente requiere algún tipo de aislamiento durante la estancia en el servicio, bríndele la mayor comodidad posible para lograr el cumplimiento de este procedimiento, sin vulnerar su dignidad.
- 

Tenga presente que debe verificar la identificación del paciente durante toda la atención (nombre y apellidos completos, documento de identificación, grupo sanguíneo y sexo), especialmente en los momentos más críticos como por ejemplo al momento de administrar un medicamento, 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, la información consignada en el tablero ubicado en cada cubículo, historia clínica y demás mecanismos de identificación.
- 

Cuando se presenten situaciones de inconformidad frente al diagnóstico o manejo de la condición del usuario informe que puede acceder a una segunda opinión.
- 

Brinde instrucciones claras, precisas y comprensibles al paciente, de acuerdo con su nivel socio cultural y nivel de escolaridad, teniendo en cuenta su estado emocional y su nivel de educación, sobre aspectos tales como: su

	MACRO PROCESO: ATENCIÓN UNIDADES DE CUIDADO CRÍTICO	FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO 2021
		VERSIÓN: 03
	PROCESO: ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	CÓDIGO: GA-UCC-C-001
		PÁGINA: 17 de 37

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.



Utilice siempre durante la atención del paciente, 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 y mapeo en forma física.
- Cambiar los equipos de líquidos endovenosos, según protocolo Institucional y realizar la respectiva rotulación.
- Revisar en cada administración de medicamentos los sitios de venopunción, según protocolo dispuesto en el manual de enfermería.
- 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.
- Realizar los cambios de posición, de acuerdo con lo establecido en el reloj definido para tal fin, de acuerdo a su estado clínico.
- Involucrar al paciente y familia en el plan terapéutico y asegurar la comprensión de la información suministrada.
- Las bolsas recolectoras de fluidos (orina, sangre, líquido pleural, etc.) no deben estar en el piso.
- Ordenar la terapia antiembólica, respiratoria, física, del lenguaje, ocupacional, rehabilitación cardiaca y pulmonar al paciente cuando 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 paciente sobre los riesgos y signos de alarma.
- Aplicar los correctos para la administración de hemoderivados, así como informar al paciente sobre los riesgos y signos de alarma; y realizar la verificación cruzada entre el médico y la enfermera, garantizando registros en historia clínica por parte del médico y enfermera.



MACRO PROCESO: ATENCIÓN UNIDADES DE CUIDADO CRÍTICO

**FECHA DE EMISIÓN:
AGOSTO 2021**

VERSIÓN: 03

PROCESO: ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS

CÓDIGO: GA-UCC-C-001

PÁGINA: 18 de 37

- Identificar los signos predictivos de deterioro del estado de consciencia del paciente, e informar oportunamente al médico del servicio.
- Identificar el uso de medicamentos de manera habitual por los pacientes (conciliación 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. Estos medicamentos se deben registrar en físico, para llevar un control adecuado.



Recuerde que si llega a detectar en el paciente secreción purulenta, absceso o celulitis difusa en sitio de intervención quirúrgica; o fiebre, ardor o molestia para orinar, acompañado de dolor en hipogastrio; o tos, esputo purulento, RX de tórax infiltrado que sugiere infección; o inflamación, edema, calor rubor o secreción purulenta en sitio de inserción del catéter, fiebre o escalofrío; 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 una reconsulta por la misma causa antes de 72 horas lo debe reportar al Programa de Seguridad del Paciente.



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 anotar en la historia clínica todos los procedimientos realizados, tratamientos aplicados, valoraciones realizadas y diligencias todos los registros establecidos para el paciente.



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



No olvide registrar siempre en la historia clínica y en el formato los posibles eventos de seguridad identificadas durante la atención, y reportarlo a través de los canales establecidos.



Recuerde siempre aplicar los respectivos protocolos y guías.



Tenga presente las guías de respuesta rápida para el manejo de los eventos adversos.



Recuerde que el hospital cuenta con guías rápidas de manejo de equipos en caso de que tenga dudas de su funcionamiento, éstas se encuentran en cada uno de los equipos biomédicos de cada unidad.



Garantice la privacidad y la cadena de custodia de la HC y los registros asistenciales.



Cuando sea necesario, oriente a pacientes y acompañantes que requieran apoyo emocional o espiritual según lo descrito en el documento establecido por la institución.





MACRO PROCESO: ATENCIÓN UNIDADES DE CUIDADO CRÍTICO

**FECHA DE EMISIÓN:
AGOSTO 2021**

VERSIÓN: 03

PROCESO: ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS

CÓDIGO: GA-UCC-C-001

PÁGINA: 19 de 37



Quando de la atención se derive una solicitud de un medicamento, insumo o procedimiento no cubierto por el POS, diligencie el formato de MIPRESS o NO POS, y coordine con la enferma de turno para su trámite.



No olvide que la institución cuenta con un proceso de gestión y trámite de P.Q.R.S.D.



Recuerde que, por respeto al paciente o sus acompañantes en caso de demoras en la atención, se deben presentar disculpas.



Asegúrese de depositar en la bolsa roja todos los elementos contaminados que hayan estado en contacto con el usuario y elementos cortopunzantes en el guardián; tenga en cuenta los lineamientos establecidos en el manual de gestión residuos hospitalarios.



En caso de presentarse inconvenientes, inquietudes o que el usuario no se encuentre a gusto con el proceso de atención; recuerde que debe orientarlo para que pueda presentar una queja, petición o 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 programas lúdicos, con acompañamiento social y con apoyo emocional y espiritual para los pacientes y familiares que lo requieran.



Recuerde que es responsabilidad del médico o auditor de referencia presentar el caso de los usuarios que tengan interconsulta a Cuidado Intensivo Adulto al especialista de turno.



Se brindará información sobre el parte médico diario únicamente en horas de la mañana al finalizar la visita, en las tardes solo en caso de que el familiar receptor de la información no pueda asistir en la mañana o información adicional cuando su condición sea crítica. En casos donde no sea posible permitir el ingreso de los familiares, se realizará llamada vía telefónica para brindar el parte médico diario y solo en estos casos se dejará registro de la llamada en el formato establecido para tal fin.

DATOS GENERALES DEL PROCEDIMIENTO

CÓDIGO

GA-UCC-P-001-001

NOMBRE

Ingreso del usuario a la Unidad de Cuidados Intensivos



RESPONSABLE OPERACIONAL	Médico Intensivista y/o especialista	
OBJETIVO	Brindar atención oportuna, amable, segura, con calidez humana, garantizando la más alta calidad técnico – científica en la prestación de servicios de salud a nuestros usuarios al ingresar a la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto y Ginecobstetricia.	
RECURSOS NECESARIOS	<p>Recursos Físicos: Historia clínica en físico.</p> <p>Recursos Tecnológicos: Computador con acceso a la red</p> <p>Recurso Humano: Médico Intensivista y/o Especialista, Enfermera Jefe, Auxiliar de Enfermería, Terapeuta Respiratoria.</p>	
REGISTROS GENERADOS	Asignación de cama - Historia clínica y anexos: Mapeo, Escalas de Braden y Downton, Libro de “Educación a la Familia (deberes y derechos de los usuarios, horarios de visita y elementos de aseo personal) - Entrega de folleto Educativo - Libro de ingresos y egresos.	
ADVERTENCIAS ESPECÍFICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Recuerde que el ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto depende de los Criterios de la AMCI y en el consenso nacional de criterios de ingreso a UCI de la paciente Obstétrica. • No olvide que al momento del traslado del usuario a la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto y Gineco-obstétrico, debe venir acompañado del equipo interdisciplinario (médico, enfermera (o) jefe, terapeuta respiratoria, auxiliar de enfermería). • Recuerde que en la Unidad de Cuidado Intensivo Gineco-obstétrico tendrá prioridad las mujeres en gestación con criterios de ingreso a UCI. • No olvide aplicar el Protocolo de Bienvenida, Estancia y Despedida. 	
N°	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
1.	Asignar cama en Cuidados Intensivos Adulto y Gineco-obstétrica	<p>1. Recepcione la interconsulta y defina la conducta</p> <p><u>No disponibilidad de Cama:</u></p> <p>2. Los médicos intensivistas y/o especialistas de turno, luego de verificar que no hay cama disponible para el paciente mediante revista médica realizada en el servicio, registran la no disponibilidad de cama en la unidad, avalando con su firma el formato de interconsulta recibido, dejando copia en la unidad en la carpeta para tal fin.</p> <p>3. Verifique e informe a la unidad funcional u oficina de referencias institucional, la no disponibilidad de cama en el momento.</p> <p><u>Disponibilidad de Cama:</u></p>

		<p>4. Se define la conducta de traslado a UCI y se asigna la cama teniendo en cuenta los Criterios de Ingreso a Cuidados Intensivos establecidos por la Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo (AMCI) y en el consenso nacional de criterios de ingreso a UCI de la paciente Obstétrica.</p> <p>5. El Médico informa a la enfermera(o) jefe de la Unidad de Cuidado Intensivo para coordinar el ingreso del usuario.</p>
2.	Recepcionar el usuario	<p>6. Reciba al usuario, verificando su estado general, posteriormente el personal de enfermería organiza al usuario en la unidad asignada, realizando los procedimientos respectivos para su seguridad y bienestar.</p> <p>7. Brinde información a los familiares en forma clara y sencilla sobre el estado clínico del usuario, los aspectos concernientes a su estancia, atención y cuidado. Igualmente se informa sobre los elementos requeridos por el usuario (entregando listado de elementos) y se dan las recomendaciones establecidas para las visitas, se verifica 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>8. Registre al usuario en el libro de Ingresos y Egresos a la Unidad.</p>
3.	Valorar el usuario	<p>9. 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>10. La Enfermera (o) jefe revisa las órdenes médicas e inmediatamente las visa y planea las actividades de enfermería encaminadas al cuidado y tratamiento para el usuario.</p> <p>11. La terapeuta valora requerimiento de soporte ventilatorio invasivo para conectar al ventilador o inicio de oxigenoterapia, realice evolución de ingreso sistematizado donde plantea y elabora las actividades de manejo a seguir concertado con el médico tratante.</p>

DATOS GENERALES DEL PROCEDIMIENTO

CÓDIGO	GA-UCC-P-001-002
NOMBRE	Atención del usuario en la Unidad de Cuidados Intensivos
RESPONSABLE OPERACIONAL	Equipo interdisciplinario Unidad de Cuidados Intensivos
OBJETIVO	Brindar atención oportuna, amable, segura, con calidez humana, garantizando la más alta calidad técnico - científica en la prestación de servicios de salud a nuestros usuarios al ingresar a la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto y Ginecobstetricia.
RECURSOS NECESARIOS	<p>Recursos Físicos: Historia clínica en físico.</p> <p>Recurso Tecnológicos: Computador con acceso a la red.</p> <p>Recurso Humano: Médico Intensivista y/o Especialista, Enfermera(o) jefe, Auxiliar de Enfermería, Terapeuta Respiratoria, Psicóloga, Equipo de Soporte Nutricional</p>

REGISTROS GENERADOS		Ordenes médicas, Evolución médica, Ordenes de laboratorio y exámenes complementarios, Notas de enfermería, Notas de equipo de apoyo.
ADVERTENCIAS ESPECÍFICAS		<ul style="list-style-type: none"> • Recuerde aplicar las estrategias del Programa de Seguridad del Paciente para la atención del usuario. • No olvide educar al usuario y familia sobre los deberes y derechos. • Garantice los derechos de los usuarios durante su estancia en Cuidados Intensivos. • Recuerde aplicar las estrategias del Programa de humanización para la atención del usuario. • No olvide realizar registro diario y oportuno en el software institucional de los actos médicos, además de realizar oportunamente la formulación, solicitud de interconsultas y exámenes complementarios. • No olvide registrar de forma clara la información necesaria para el seguimiento y reporte de los indicadores de gestión. • Recuerde realizar la revista médica diaria con la participación del equipo interdisciplinario que incluya auxiliar de enfermería, enfermeras, terapeutas físicas y respiratorias, personal en formación médica y especialista.
N°	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
1.	Realizar revista medica	1. Valore clínicamente al usuario teniendo en cuenta de no vulnerar su intimidad, posteriormente registre en el Software de la historia clínica los hallazgos encontrados y define la conducta a seguir de acuerdo a las guías y protocolos (Protocolo de muerte encefálica) de manejo adoptadas por la institución.
2.	Realizar ronda del equipo de soporte nutricional	2. Valore al usuario y se define el tipo de nutrición requerida de acuerdo a la patología y al estado nutricional del mismo. 3. Posteriormente realice los requerimientos correspondientes a farmacia y los registros en el Software de la historia clínica.
3.	Revisar y ejecutar órdenes médicas	4. Revise cuidadosamente cada una de las órdenes médicas registradas en el software de la Historia clínica institucional, quedando visada con la firma digitalizada del enfermero (a) como constancia de la revisión. 5. Asigne la realización de actividades de acuerdo con las competencias y a la patología del usuario. 6. Planee las actividades de cuidado de enfermería dirigidas al usuario teniendo en cuenta su patología y evolución clínica. 7. Realice los procedimientos requeridos por el usuario, previa explicación en forma respetuosa y clara teniendo en cuenta los lineamientos de seguridad del paciente, la patología presentada y las competencias del personal de salud. También se administra de forma segura (UTILIZACIÓN DE LOS CORRECTOS) el tratamiento farmacológico ordenado al usuario. 8. Posteriormente realice los respectivos registros en el software de historia clínica, por el personal responsable de su ejecución. 9. Si se requiere evaluación del usuario y de su familia por parte de la psicóloga, está la realiza e instaura la terapia adecuada. 10. Tome las muestras teniendo en cuenta la técnica de Enfermería establecidas en el Manual de Procedimientos, se

		<p>ubican en el termo, se radica en el libro de registro y se trasladan al laboratorio clínico para su análisis.</p> <p>11. Cuando se requiera autorización para la realización de un procedimiento y/o examen que no sea llevado a cabo internamente, se le informa al auxiliar administrativo para que realice el trámite correspondiente, registrando en el Kardex el tipo de examen y la fecha de entrega de estos documentos al funcionario.</p> <p>12. Cuando se asignen citas o se genere alguna novedad en los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico sobre toma de exámenes, preparación, cancelaciones de cita, errores en la toma de muestras, etc., la enfermera jefe será la encargada de recibir directamente la novedad, registrándola en el kardex de enfermería, y se le informaría de inmediato a la auxiliar de enfermería a cargo del paciente, para que haga los registros correspondiente en el software de la historia clínica y si es el caso informar a la familia las novedades en el tratamiento.</p>
4.	Preparar y trasladar al usuario para procedimiento quirúrgico	<p>13. Teniendo en cuenta el tipo de procedimiento quirúrgico programado, realice baño general, prepare el área quirúrgica, suspenda la vía oral, confirme reserva de componentes sanguíneos (si requiere) y prepare los elementos e insumos requeridos de acuerdo al caso, manteniendo la privacidad del usuario.</p> <p>14. El Médico que realizará el procedimiento explica al usuario y/o su familia en forma clara, sencilla el procedimiento y los riesgos, haga firmar el consentimiento informado y la autorización para transfusión (si aplica).</p> <p>15. Traslade el usuario a salas de cirugía, con los elementos necesarios que requiera (monitor, bala de oxígeno, bombas de infusión, entre otros).</p>
5.	Trasladar al usuario para toma de apoyo diagnóstico y complementación Terapéutica	<p>16. Traslade el usuario al servicio de apoyo diagnóstico requerido, con los elementos necesarios, por ejemplo: monitor cardiaco, bala de oxígeno, bombas de infusión, entre otros.</p> <p>17. Si el usuario no puede ser trasladado a la unidad funcional requerida, solicite la toma de la imagen diagnóstica con el equipo portátil de la institución si este lo permite.</p>
6.	Solicitar cama en hospitalización	<p>18. El Especialista a cargo, pasa la ronda médica y luego de la revisión y análisis correspondiente, ordena el traslado a hospitalización, explica al usuario la decisión de trasladarlo del servicio y registre dicha orden en el software de la historia clínica, elaborando la epicrisis correspondiente y/o la referencia o contrarreferencia, según corresponda.</p> <p>19. Durante la hora de visita siguiente, el médico especialista explica a la familia la decisión tomada en forma clara y respondiendo las inquietudes que se generen por parte de los familiares.</p> <p>20. La enfermera solicita vía telefónica la asignación de cama en el servicio de hospitalización, teniendo en cuenta las necesidades del usuario coordinando con la enfermera(o) que lo va a recepcionar, para trasladarlo en forma segura de acuerdo al estado clínico del mismo.</p>

DATOS GENERALES DEL PROCEDIMIENTO

CÓDIGO

AUR-IUR-P-001-007

NOMBRE	Interconsulta por otras Especialidades u Otras Disciplinas en el Servicio de Urgencias	
RESPONSABLE OPERACIONAL	Especialistas Interconsultantes, Otros profesionales de la Salud que participan en la atención al paciente de urgencias.	
OBJETIVO	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.	
RECURSOS NECESARIOS	Computador, Software institucional, dotación de área de observación de acuerdo con estándares de habilitación, documentación del servicio, papelería institucional.	
REGISTROS GENERADOS	Historia Clínica, notas de interconsulta o de evolución, según el caso y demás registros asistenciales.	
ADVERTENCIAS ESPECÍFICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Recuerde que se deben cumplir con los acuerdos de oportunidad efectuados con el hospital para la realización de las interconsultas • No olvide que de toda interconsulta se debe generar una nota de evolución y se debe diligenciar el formato de contestación de la interconsulta • 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 • No olvide que a todo paciente se le debe diligenciar historia clínica y que están prohibidos las órdenes verbales • Recuerde que para las ayudas diagnosticas o terapéuticas que requieran autorización especial, se debe anexar documentos del usuario, se debe registrar en el libro de autorizaciones del servicio (control de exámenes) y se deben entregar al auxiliar administrativo para el respectivo tramite • Recordar 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 • Recuerde que la respuesta de interconsulta de especialidad presencial solicitadas en observación adulto o pediatría es de 3 horas. En caso de interconsulta con especialidades disponibles la respuesta es de 8 horas. • La valoración especializada solicitada en atención inicial de urgencias se realizada de acuerdo al tiempo establecido según clasificación del triage. • No olvide que la respuesta a interconsultas solicitadas en la unidad de Cuidados Intensivos Adultos y Gineco-obstétrica debe ser no mayor a tres horas. 	
Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
1.	Respuesta a la Interconsulta	<u>Médico Especialista Interconsultantes</u>

1. 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.
2. Inicie con el interrogatorio e indague al paciente o su acompañante por su motivo de consulta y por los síntomas que acusa, así como por la evolución de su condición clínica, es decir de mejora o de deterioro de su salud.
3. Revise las ayudas diagnósticas y sus resultados.
4. Revise la historia clínica para determinar los tratamientos instaurados
5. 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 manifestado 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.
6. En caso necesario, determine la necesidad de la participación de otros integrantes del equipo de salud o de otras especialidades y genera las ordenes de interconsulta
7. Continúe con el diligenciamiento de la Historia Clínica siguiendo los criterios establecidos en el manual.
8. 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.
9. 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.
10. En caso de 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, de acuerdo con el Manual de 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.
11. Diligencie los formatos establecidos, según el caso, necesarios para realizar la facturación y llevar la estadística del servicio.
12. Motive al paciente y su familia sobre autocuidado

Otras Disciplinas Interconsultantes

13. Informe al paciente sobre las actividades a realizar y el propósito de las mismas y solicite su colaboración.
14. 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.
15. Realice los registros en la Historia Clínica digital o en los demás registros asistenciales, según el caso.

DATOS GENERALES DEL PROCEDIMIENTO

CÓDIGO	GA-UCC-P-001-003
NOMBRE	Egreso del usuario de la Unidad de Cuidados Intensivos
RESPONSABLE OPERACIONAL	Médico Intensivista y/o especialista
OBJETIVO	Brindar atención oportuna, amable y segura al usuario al egresar de la Unidad e informar sobre las recomendaciones pertinentes para su tratamiento y recuperación después del egreso.
RECURSOS NECESARIOS	Recursos Físicos: Historia clínica en físico. Recursos Tecnológicos: Computador con acceso a la red. Recurso Humano: Médico Intensivista y/o Especialista, Enfermera(o) jefe, Auxiliar de Enfermería, Terapeuta Respiratoria, Fisioterapeuta.
REGISTROS GENERADOS	Ordenes médicas - Evolución Médica - Contrarreferencia - Epicrisis - nota de enfermería - Libro de ingresos y egresos - Formato de devolutivo - Certificado de Defunción - Autorización de Retiro Voluntario - Referencia y Contrarreferencia - Fórmula Médica - Consentimiento Informado - Autorización de Autopsia - Formato de registro de cadáveres.
ADVERTENCIAS ESPECÍFICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Recuerde entregar el usuario al equipo interdisciplinario (médico, enfermera, auxiliar de enfermería, terapeuta respiratoria) con las condiciones clínicas que permitan continuar su tratamiento en hospitalización, signos vitales estables, sin soporte vasopresor, entre otros además de indicar el Plan Específico de manejo. • Recuerde que en el proceso de traslado del usuario que egresa de la unidad de cuidado intensivo a otra institución o para toma de exámenes complementarios con los que no se cuentan en el hospital, el servicio de ambulancia debe ser medicalizada. • No olvide que en el proceso de remisión se debe entregar el usuario a la Tripulación de la ambulancia (grupo interdisciplinario), monitorizado, con infusiones permeables y que garanticen su continuidad durante el traslado. • Recuerde que si el usuario requiere de soporte ventilatorio se debe contar con ventilador de transporte que garantice las condiciones óptimas para el traslado. • No olvide entregar la documentación necesaria y resumen de historia clínica. • Recuerde que, si por contingencia de la institución el usuario ha permanecido en la unidad con orden de traslado a piso, condición clínica estable y bajo criterio médico se podrá dar egreso cumpliendo con los requisitos establecidos por el hospital (epicrisis, recomendaciones, fórmula ambulatoria, educación en signos de alarma, controles ambulatorios, no pos o mipres dependiendo de la seguridad social). • Recuerde que el usuario que fallece por muerte violenta se debe informar a la autoridad competente (policía de turno).

		<ul style="list-style-type: none"> No olvide que el traslado a la morgue del usuario que fallece por muerte violenta se debe realizar sin retirar los dispositivos médicos. Recuerde que cuando el usuario fallece por muerte violenta, caída de su propia altura, custodiados por el estado y usuarios de hogares geriátricos no se debe diligenciar el certificado de defunción. No olvide que en caso de fallecimiento por eventos de Salud Pública se diligencia el certificado de defunción y se debe garantizar las tomas de las muestras (viscerotomía), explicar a la familia sobre la obligatoriedad del procedimiento.
N°	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
1.	Confirmar la defunción e informar a la familia	<ol style="list-style-type: none"> Valore al usuario en forma segura y determine si hay signos vitales, confirme la muerte; registre en el software de historia clínica institucional el diagnóstico de muerte y su causa (incluye maniobras de reanimación), diligencie el certificado de defunción y entréguelo a la Enfermera Jefe. El médico de Turno, es la persona encargada de informar a la familia el suceso, bien sea en forma personal, en caso de ser necesario se solicita apoyo al personal de Psicología.
2.	Egresar el usuario del servicio a piso u otra institución e informar a la familia.	<ol style="list-style-type: none"> De acuerdo a la evolución clínica de la usuaria, el médico determina el egreso de la misma a otra institución teniendo en cuenta la capacidad instalada o nivel de complejidad a remitir, posteriormente registre en el software de la historia clínica la decisión tomada, la evolución, orden médica, recomendaciones a seguir, Epicrisis, orden de salida, referencia y contrarreferencia, e informe a la enfermera(o) jefe para organizar el egreso del usuario. Proceda a informar a la familia en forma clara y amable la decisión tomada y las recomendaciones a seguir.
3.	Radicar y hacer seguimiento a la aceptación del usuario referido a otra institución	<ol style="list-style-type: none"> Radique en la Oficina de Referencia y Contrarreferencia el paquete de remisión del usuario para su trámite. Se hace seguimiento en cada entrega de turno de la aceptación del usuario hasta confirmación. El auxiliar administrativo informa al Enfermero (a) jefe la autorización de ambulancia por parte de la EPS, quien a su vez inicia trámite de facturación. El Médico presenta el estado clínico del usuario a la tripulación de la ambulancia.
4.	Realizar el retiro voluntario - Educación a la familia.	<ol style="list-style-type: none"> El usuario manifiesta de forma voluntaria al médico especialista y/o personal de enfermería el deseo de retiro de la Institución, El médico explica al usuario y a la familia los riesgos y complicaciones que se pueden presentar al no recibir el tratamiento en forma oportuno. Elabore la autorización de retiro voluntario en el Formato de retiro voluntario" para que sea firmada por el usuario y el familiar responsable. Registre en el software de historia clínica institucional.
5.	Tramitar el egreso	<p>Muerte</p> <ol style="list-style-type: none"> Organice los soportes documentales para facturación. Diligencie los registros en el software de historia clínica por parte de enfermería y oriente a la familia y/o cuidador sobre los pasos que deben adelantar ante

		<p>la oficina de Facturación, llevando el Certificado de defunción diligenciado, si aplica.</p> <p>13. En el caso de no requerir autopsia, el médico tratante diligencia el certificado de Defunción.</p> <p>14. Si la muerte es por causa natural, pero se requiere de autopsia clínica envíe a patología el “Consentimiento informado de autopsia”, el cual ha sido diligenciado por el medico a cargo previa explicación clara y sencilla a la familia, dejando claridad que el certificado de Defunción será elaborado por el Patólogo, al finalizar la Autopsia Clínica. Igualmente se anexa la Epicrisis.</p> <p>15. Si la muerte se debe a causa violenta (trauma, envenenamiento, etc.), se informa telefónicamente al agente de policía de turno sobre el fallecimiento del paciente, quien se acerca a la Unidad a solicitar la información requerida y solicita al organismo de turno el levantamiento del Cadáver, explicando a la familia que el Certificado de Defunción será expedido por Medicina Legal.</p> <p>16. Realice el procedimiento de arreglo del cadáver, registre en el software de la historia clínica institucional y entregue el cadáver al camillero para el traslado y realice el registro en el “libro de registros de cadáveres”.</p> <p><u>Retiro Voluntario</u></p> <p>17. Registre en el software de la historia clínica el retiro voluntario del usuario, retírelo del sistema e informe a facturación.</p> <p>18. Oriente a la familia y/o cuidador sobre los pasos que deben adelantar para el egreso, registre en el libro de egresos, realice aseo y arreglo terminal del cubículo.</p> <p><u>En caso de Fuga:</u></p> <p>19. Reporte el suceso de la fuga del usuario al Programa de Seguridad del Paciente, Facturación, Subgerencia financiera, Departamento de enfermería y Vigilancia.</p> <p>20. Registre en la nota de enfermería el suceso reportado.</p> <p>21. Informe al médico lo ocurrido durante el turno con el usuario.</p>
6.	Realizar los devolutivos a la farmacia	22. Confronte los medicamentos y/o suministros utilizados y sobrantes y realice entrega de los devolutivos a la farmacia.
7.	Informar a facturación el egreso del usuario	23. Informe a facturación que se ha egresado del sistema el usuario y se hace entrega de Epicrisis, Boleta de salida, copia de devolutivo, original del certificado de defunción (si aplica).

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.
RECURSOS NECESARIOS		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.
REGISTROS GENERADOS		Factura, Documentos soporte de la factura, Comprobante de servicios médicos, Paz y Salvo
ADVERTENCIAS ESPECÍFICAS		<ul style="list-style-type: none"> • Verifique de la admisión del paciente. • Verifique el censo de ingresos y de hospitalización de pacientes (Urgencias y Hospitalización). • Verifique la orden de egreso del paciente por parte del personal asistencial. • 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. • 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.
N°	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
1.	Verificar el censo diario de cada servicio.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ingrese por Índigo Crystal, módulos, gestión hospitalaria, Reportes, Censo histórico, seleccione: censo diario. En la pestaña de unidad funcional elija el servicio de facturación dar Ok. Click en imprimir y genere reporte de usuarios hospitalizados. 2. Ingrese al módulo, historias clínicas, procesos, consulta historias, digite el número del documento del usuario en la casilla de pacientes y Enter. Click en actividades recientes y en el listado de atenciones elija el ingreso actual del usuario con el click derecho, click consulta/ imprimir registros médicos y consulte la historia clínica. <p>Lo anterior se realiza con el objetivo de identificar la estancia del paciente y los servicios prestados a la fecha.</p>
2.	Digitar los servicios.	<ol style="list-style-type: none"> 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. 4. Ingrese a Dinámica Gerencial, 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. De doble click sobre el nombre del usuario. Avanzar con el tabulador hasta la casilla de

		<p>área solicitante. En la pestaña seleccione el área del servicio donde se encuentre el usuario. Doble click y avance con el tabulador. En la parte inferior de la ventana, click sobre la opción agregar (+).</p> <p>5. En la nueva ventana: verifique el plan de beneficios. Avance con el tabulador y digite el código del servicio prestado en la pestaña de la casilla de servicio o con doble click. 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.	Recibir indicación de salida y anexos no sistematizados.	<p>6. Ingrese por Índigo Crystal 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, número de folios y nombre y firma de quien entrega.</p>
4.	Verificar la seguridad social y autorizaciones del usuario.	<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 Índigo Crystal, 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 autorización correspondiente.</p>
6.	Liquidar cuenta.	<p>12. Ingrese a Dinámica Gerencial, 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 muy prolongadas se podrá realizar cortes bimestrales de facturación según conveniencia de la complejidad, de la estancia o del proceso en particular.</p>
7.	Legalizar orden de salida.	<p>14. Ingrese al módulo Dinámica Gerencial, opción facturación ley 100, procesos, ordenes de salida, ingrese el número de cedula y/o ingreso del usuario, doble click, diligencie la orden de salida (área servicio, médico y fecha de salida). Por último, de click 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

CÓDIGO	GF-T-P-002-001
NOMBRE	Recaudo monetario por caja
RESPONSABLE OPERACIONAL	Auxiliar Administrativo de caja
OBJETIVO	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.
RECURSOS NECESARIOS	Físicos: Caja registradora, calculadora, caja fuerte y demás implementos de oficina. Tecnológicos: Equipo de Cómputo, datafono. Humanos: Auxiliar administrativo de caja
REGISTROS GENERADOS	Recibo de caja, Boucher, cheques, informe diario de caja.
ADVERTENCIAS ESPECÍFICAS	<ul style="list-style-type: none"> 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). En caso de 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. Recuerde que el auxiliar administrativo de Tesorería debe registrar en un libro radicador el número de talonarios entregados.

		<ul style="list-style-type: none"> 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. Tenga en cuenta que, en caso de presentarse alguna inconsistencia en el cierre de caja, realizar la reversión del recibo con comprobante de egreso.
N°	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
1.	Recibir al usuario	1. Reciba al cliente y de la bienvenida (siguiendo los lineamientos del manual de atención al ciudadano).
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). 5. Si el pago es en efectivo, verifique las condiciones y validez del mismo y acéptelo. 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. 7. Si el pago es en tarjeta débito, reciba la tarjeta y diríjase al datafono para realizar la transacción. 8. Si el pago es en cheque, recepcione el cheque y verifique que lleve el visto bueno del subgerente financiero.
3.	Elabore recibo de caja	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. 10. Firme el recibo de caja, coloque el sello y entregue al cliente. (original: paciente o usuario y copia: tesorería). 11. Elabore el informe diario de caja una vez finalice su turno, adjuntando los soportes y los pagos en efectivo. 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.

DATOS GENERALES DEL PROCEDIMIENTO

CÓDIGO	AUR-IUR-P-001-002
NOMBRE	Ingreso y egreso de pacientes y acompañantes
RESPONSABLE OPERACIONAL	Guarda de Seguridad

OBJETIVO	Garantizar la seguridad personal de usuarios, clientes internos y salvaguardar los activos fijos del servicio	
RECURSOS NECESARIOS	Dotación personal, escarapelas para acompañantes, Garrett, minuta de ingreso y egreso de pacientes	
REGISTROS GENERADOS	Minuta de ingreso y egreso a urgencias	
ADVERTENCIAS ESPECÍFICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Recuerde que se debe ayudar al ingreso de los usuarios que lo requieran. • No olvide que se debe hacer el control de armas de fuego y cortopunzantes. • Recuerde controlar el ingreso y egreso de personas, respetando en todo momento la dignidad humana de los pacientes. • Tenga presente que en caso de pacientes difíciles debe adoptar una actitud de conciliación y en caso de que el paciente o acompañante se torne muy agresivo debe dar aviso al policía del cuadrante. • Recuerde que su trabajo es muy importante para la seguridad del servicio y de las personas que permanecen ahí, por lo tanto, no debe ausentarse de su sitio de trabajo y si es totalmente necesario debe dejar un recomendado. • Esté atento a identificar y colaborar con la resolución de las necesidades de los usuarios y acompañantes. 	
N°	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
1.	Registro de pacientes y acompañantes	<p><u>Ingreso</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Salude al paciente y acompañante si aplica. 2. Solicítele el documento de identificación según el tipo de usuario. 3. Registre el paciente en la Minuta de ingreso a urgencias, diligenciando completamente los datos solicitados, debe colocar la fecha: día, mes, año y hora (DD/MM/AAAA/HR). 4. Asegúrese que los datos hayan quedado correcta y completamente registrados.
2.	Realizar el control de ingreso de pacientes y acompañantes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pídale al usuario su colaboración para el proceso de requisa. 2. Pregúntele si porta algún tipo de arma (de fuego, corto punzante u otra), en caso positivo solicite que la entregue para poder ingresar al servicio, entréguela al Policía de turno para que la deje en Custodia en el sitio establecido para tal fin y registre la información solicitada en el formato establecido o en la minuta. 3. Realice la inspección de rutina de acuerdo con lo establecido en el Manual de Vigilancia y Seguridad adoptado por el Hospital para el ingreso y egreso de personas y de elementos.
3.	Información y orientación al usuario	<ol style="list-style-type: none"> 1. Infórmele al usuario o su acompañante sobre el sitio de su atención y coménteles rápidamente sobre las normas del servicio. 2. Para verificar la salida de medicamentos, se sugiere que la caja aún no se encuentre sellada para que las personas de vigilancia se cercioren de su contenido, además debe tener la orden de salida con el nombre y

	MACRO PROCESO: ATENCIÓN UNIDADES DE CUIDADO CRÍTICO	FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO 2021
		VERSIÓN: 03
	PROCESO: ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	CÓDIGO: GA-UCC-C-001
		PÁGINA: 34 de 37

		cédula de ciudadanía de quien autoriza el egreso y la persona responsable de retirarla.
4.	Validación y autorización de egreso de pacientes y acompañantes	<p>Egreso</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Salude al paciente y acompañante si aplica. 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). 3. Retírele la manilla de seguridad al paciente, verificando que la boleta de salida coincida con el nombre registrado en la manilla. 4. Pídale al usuario y acompañante su colaboración para el proceso de requisa. 5. Realice la requisa, cumpliendo con los estándares de seguridad. Ver manual de Vigilancia y Seguridad. 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. 7. Registre en la minuta el egreso del paciente. 8. Autorice el egreso del paciente y despídase cordialmente.

9. INDICADORES DE GESTIÓN

-  Número de egresos en UCI A.
-  Días cama disponible.
-  Días cama ocupada
-  Porcentaje ocupacional en la Unidad de Cuidados Intensivos.
-  Promedio día de estancia.
-  Giro Cama.
-  Tasa de mortalidad en UCI Adultos antes de 48 horas.
-  Tasa de mortalidad en UCI Adultos después de 48 horas.
-  Tasa de mortalidad total en UCI Adultos.
-  Tasa de reingresos en UCIA dentro de las siguientes 72 horas.
-  Proporción de eventos adversos en la Unidad de Cuidados Intensivos.
-  Proporción de reingreso por Infección Asociada a la Atención en Salud.
-  Proporción de usuarios satisfechos con el trato recibido en la Unidad de Cuidados Intensivos.
-  Proporción de usuarios que admiten haber recibido información adecuada por parte el médico tratante.

	MACRO PROCESO: ATENCIÓN UNIDADES DE CUIDADO CRÍTICO	FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO 2021
		VERSIÓN: 03
	PROCESO: ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	CÓDIGO: GA-UCC-C-001
		PÁGINA: 35 de 37

-  Proporción de usuarios que admiten haber sido capacitados en autocuidado.
-  Alerta Glasgow UCI Adultos.
-  Proporción de potenciales generadores en UCI Adultos.

10. PROCESOS INVOLUCRADOS

- Proceso de Ingreso del Usuario a Hospitalización.
- Proceso de Quirófano y sala de partos.
- Proceso de Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica.
- Proceso de Urgencias.
- Farmacia.
- Consulta externa.
- Referencia y Contrarreferencia.
- Laboratorio.
- Servicio Transfusional.
- Servicio de alimentos.
- Unidades de Atención Especializada.

12. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

Ver Matriz de Riesgos Gestión/Clínicos Unidad Cuidado Intensivo Adulto

12. ELABORO, REVISO Y APROBÓ

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
NOMBRE: Helena Ruiz Lina Mildred Piña Tovar	NOMBRE: Carlos Daniel Mazabel Córdoba Marleny Quesada Losada Cesar Pérez	NOMBRE: Emma Constanza Sastoque Meñaca
CARGO: Profesional de Apoyo Administrativo UCIS Adulto Profesional Universitario Agremiado Oficina de Planeación, Calidad y Desarrollo Institucional	CARGO: Subgerente Técnico Científico Jefe Oficina de Planeación, Calidad y Desarrollo Institucional Profesional Especializado del Área de la Salud (Coordinador UCIS)	CARGO: Gerente E.S.E.
FECHA: Julio 2021	FECHA: Agosto 2021	FECHA: Agosto 2021

13. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
01	Noviembre 2017	<p>Se elabora 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. En este proceso se incluye los procedimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ACC-IAE-P-001-001 Ingreso del usuario a Unidad de Cuidado Intensivo Adulto y Gineco-obstétrica. • ACC-IAE-P-001-002 Atención del usuario en Unidad de Cuidado Intensivo Adulto y Gineco-obstétrica. • ACC-IAE-P-001-003 Egreso del usuario de Unidad de Cuidado Intensivo Adulto y Gineco-obstétrica.
02	Abril 2020	<p>Se ajusta la cadena cliente - proveedor, las advertencias generales, los procedimientos GA-UCC-P-001-001 Ingreso del usuario a la Unidad de Cuidados Intensivos, GA-UCC-P-001-002 Atención del usuario en la Unidad de Cuidados Intensivos, AUR-IUR-P-001-007 Interconsulta por otras Especialidades u Otras Disciplinas en el Servicio de Urgencias, GF-FAC-P-001-004 Liquidación de Facturación Hospitalización y Urgencias, y los indicadores del proceso.</p>
03	Agosto 2021	<p>Se ajusta el proceso en el numeral 12 Identificación de los riesgos por actualización de los riesgos según nuevos lineamientos de la Metodología de Gestión del Riesgos Institucional vigente. Quedando de la siguiente manera: Ver Matriz de Riesgos Gestión/Clínicos Unidad Cuidado Intensivo Adultos, la cual se encontrarán en el icono en Manuales HUN en la carpeta Matrices de riesgos por Macroprocesos – Misional-Atención unidades Cuidado Critico - Matriz de Riesgos Gestión/ UCIS Adulto.</p>