



ACTA COMPROMISOS DE MEJORA CON IPS

Fecha:	19/07/2022	Hora inicio	08:00	Hora de terminación	17	N° de acta	01
Entidad	Hospital Departamental Mario Correa Rengifo						
Contrato No	VALL-265-S19 / VALL-265-S19						
Asistentes		Cargo		Entidad			
Estefanía Arcila		Líder Seguridad del Paciente		Hospital Departamental Mario Correa Rengifo			
Luz Angela Ramirez Fajardo		Profesional Junior de Auditoria		Asmet Salud			

Agenda de la reunión:

I.	Apertura de la reunión
II.	Describe la situación
1.	Primer Aspecto
2.	Segundo Aspecto
3.	Tercer Aspecto
III.	Consolidado de Compromisos de mejora
IV.	En caso de acciones de seguimiento diligencie: NA
V.	Lineamientos de acuerdo a las políticas establecidas por la empresa
VI.	Conclusiones y recomendaciones

I. Apertura de la reunión: Se da inicio a la auditoria con la líder de Seguridad del Paciente jefe Estefanía Arcila de la IPS Hospital Mario Correa; y la Profesional II de Auditoria de calidad Luz Angela Ramirez Fajardo de ASMET SALUD EPS SAS para realizar verificación y seguimiento a la a la auditoria de prácticas seguras, con el fin de contribuir al mejoramiento continuo de los procesos.

II. Describe la situación:

1. Primer aspecto: La EPS ASMETSALUD, tiene como objetivo organizacional la mejora continuada de los procesos, dentro de este se incluye la prestación efectiva y de calidad a nuestros usuarios. Es por esto por lo que se realiza el relacionamiento con la red prestadora de servicios.

2. Segundo aspecto: El objetivo del acercamiento es poder realizar verificación y seguimiento de prácticas seguras, con el fin de contribuir al mejoramiento continuo de los procesos.

<i>Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud</i>	<i>Revisado por: Profesional de Calidad</i>	<i>Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud</i>
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020



3. Tercer aspecto: Se realiza la aplicación de lista de chequeo de Practicas Seguras.

FORMATO AUDITORÍA IPS DATOS GENERALES DE LA IPS (REPS)	
DATOS QUE SE DEBEN DILIGENCIAR ANTES DE LA VISITA FUENTE: REPS (Registro Especial de Prestadores de Salud)	
Nombre del Prestador	Hospital Mario Correa
NIT / cc	8903990478 - 8
Naturaleza Jurídica	Publico
Departamento	Valle
Municipio	Cali
Clase del Prestador	IPS
Código de Habilitación	7600103954
Representante Legal	Luz Yamilet Gazon
Dirección	CARRERA 78 OESTE NO 2A-00
Teléfono(s)	3230090
Correo Electronico	hmacore@hospitalmariocorrea.gov.co / calidad
Responsable de la IPS de recibir la visita	Dr Diego Infante/ Jefe Estefania Arcila / Dra Esperanza Pinill
Responsable de la EPS de realizar la visita	Luz Angela Ramirez Fajardo
Fecha de La Auditoria	18/07/2022
DATOS QUE SE DEBEN DILIGENCIAR EN LA VISITA	

Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020



MACROPROCESO GESTION DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD
 PROCESO AUDITORIA INTEGRAL DE CALIDAD
 MODELO ACTA COMPROMISOS DE MEJORA CON IPS
 GAS-AI-F-65 Ver 01

FORMATO DE AUDITORÍA A LA IMPLEMENTACION DE LAS BUENAS PRACTICAS SEGURAS - Resolución 2003 - 2014		
ESTANDAR	CUMPLE	OBSERVACIONES
1. CONTAR CON UN PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUE PROVEA UNA ADECUADA CAJA DE HERRAMIENTAS PARA LA IDENTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS QUE INCLUYA COMO MÍNIMO:		
1.1 Planeación Estratégica De La Seguridad:		
Evidencia del compromiso de la alta Dirección de forma explícita a través de una política de seguridad que cumpla lineamientos nacionales (Propósitos, sistema institucional de reporte de incidentes y eventos adversos, referente o equipo funcional líder del programa de seguridad de pacientes, estrategias de sensibilización y capacitación institucionales, homologación de conceptos de la seguridad de pacientes, integración con otras políticas y con la planeación estratégica, participación del paciente y su familia).	1	
Evidencia de la existencia de un referente y/o equipo funcional para la Seguridad de Pacientes, cuyas funciones principales son relacionadas con la gestión de la seguridad de pacientes y socialización en la entidad	1	
Evidencia de la existencia y operación periódica de un Comité de Seguridad de Pacientes que repose en actas. El comité cuenta con unos integrantes mínimos permanentes, entre los que se cuenta un referente de la seguridad del paciente, un colaborador tomador de decisiones de los procesos misionales y de los procesos administrativos o en su defecto, un colaborador que pueda canalizar efectivamente las decisiones a tomar, un referente de la gestión de calidad de la IPS. Como invitados al comité se cuenta con representantes operativos de los servicios en donde ocurrieron las fallas que se van a analizar (incluir a representantes de los servicios tercerizados o proveedores relacionados con el evento adverso)	1	Mensual
1.2 Fortalecimiento De La Cultura Institucional		
Cuenta y se evidencia la socialización del tema básico de Seguridad del Paciente en los colaboradores de la entidad (política de seguridad institucional, taxonomía, sistema de reporte de fallas en la atención, metodología institucional de análisis de causas de los incidentes o eventos adversos). La política establecida por la institución promueve un entorno no punitivo.	1	Se realiza anual la reinducción del programa de seguridad del paciente
1.3 Medición, Reporte , Análisis, Y Gestión De Los Eventos Adversos		
Definición y operación del Sistema de Reporte de las fallas en la atención en salud: Incidentes y/o Evento Adverso. Incluye sensibilización del sistema de reporte en la institución.	1	
Cuenta con un proceso para el reporte de eventos adversos que incluye: - Qué se debe reportar - A quien se le reporta -Cómo se reporta - A través de que medios. - Cuando se reporta. - Como se asegura la confidencialidad del reporte. - Si se trata de solo auto reporte o puede existir el reporte por otros. - El proceso de análisis del reporte y retroalimentación a quien reportó. - Cómo se estimula el reporte en la institución.	1	En Panacea, en el modulo estrategico, se encuentra satisfaccion del usuario, registro de peticiones, esta disponible para los colaboradores.
Definición e implementación de un sistema de análisis de causa de las fallas en la atención en salud (El "Protocolo de Londres" es la metodología utilizada ampliamente en Colombia y la mas recomendada).	NV	Se realiza por medio de espina de pescado.
El sistema de análisis de causa de las fallas de la atención en salud Incluyen la definición de acciones de mejoramiento o barreras de seguridad para las causas de mayor impacto y probabilidad. Para las IPS, éste análisis debe realizarse en el marco del Comité de Seguridad.	1	Se realiza plan de mejora por cada proceso, y se revisan las barreras y causas de cada uno de los eventos.

Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020



MACROPROCESO GESTION DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD
 PROCESO AUDITORIA INTEGRAL DE CALIDAD
 MODELO ACTA COMPROMISOS DE MEJORA CON IPS
 GAS-AI-F-65 Ver 01

1.4. Procesos Seguros		
Se tienen definidos, se monitorean y analizan los indicadores de seguimiento a riesgos según características de la institución y los lineamientos definidos en el Sistema de Información para la Calidad	1	
Se evidencia de la formulación de acciones de mejoramiento o preventivas para evitar o disminuir los riesgos más críticos de los procesos asistenciales priorizados.	1	
Se evidencia del seguimiento a la implementación de las acciones de mejoramiento o preventivas formuladas para mitigar los riesgos más críticos de los procesos asistenciales priorizados y se retroalimenta el proceso.	1	
Se tienen definidos y documentados los procedimientos, guías clínicas de atención y protocolos, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio.	1	
La institución cuenta con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio (Las guías a adoptar serán en primera medida las que expida el Ministerio de Salud y Protección Social, en caso de no estar disponible, la entidad deberá desarrollar o adoptar alguna otra guía basada en la evidencia. Se recomienda que se use la Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, como herramienta para la evaluación de la calidad de las guías que se considere adoptar).	1	
Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento y existe evidencia de su socialización y actualización. Este parametro se evalua en el estandar de procesos prioritarios.	1	
La institución cuenta con protocolos para el manejo de gases medicinales que incluya atención de emergencias, sistema de alarma respectivo y periodicidad de cambio de los dispositivos médicos usados con dichos gases.	1	
Protocolo para el manejo de la reanimación cardiopulmonar, con la revisión del equipo y control de su contenido	1	
Cuenta con protocolo que permita detectar, prevenir y disminuir el riesgo de accidentes e incidentes de carácter radiológico.	1	
Cuenta con protocolo para la socialización, manejo y seguridad de las tecnologías existentes en la Institución y por servicio.	1	
Se cuenta con protocolo o manual socializado y verificado de procedimientos para la remisión del paciente, que contemple: 1. Estabilización del paciente antes del traslado, 2. Medidas para el traslado, 3. Lista de chequeo de los documentos necesarios para el traslado que incluya: a) Diligenciamiento de los formatos determinados por la normatividad vigente de referencia y contrarreferencia. b) Resultados de apoyos diagnósticos realizados al paciente. c) Resumen de historia clínica. 4. Mecanismos tecnológicos que le permitan realizar el proceso. (software, correo, entre otros). 5. Recurso humano que debe responsabilizarse de cada una de las etapas del proceso.	1	
Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que oferten servicios de consulta externa, urgencias u hospitalización, cuentan con: 1. Un Programa de atención en salud para víctimas de violencias sexuales que incluya como mínimo: • Un documento del proceso institucional que orienta la atención en salud de las víctimas de violencias sexuales y su evaluación, según la Resolución 0459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, o la norma que la adicione, modifique o sustituya. • Un documento que dé cuenta de la conformación del equipo institucional para la gestión programática del Modelo y Protocolo de la atención integral en salud para las víctimas de violencias sexuales, en el marco de la Resolución 0459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, o la norma que la adicione, modifique o sustituya. 2. Certificado de formación del personal asistencial de los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa en atención integral en salud de las víctimas de violencias sexuales.	1	

Elabora por: <i>Coordinador Auditoria en Salud</i>	Revisado por: <i>Profesional de Calidad</i>	Aprobado por: <i>Vicepresidente de Servicios de Salud</i>
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020



MACROPROCESO GESTIÓN DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD
 PROCESO AUDITORIA INTEGRAL DE CALIDAD
 MODELO ACTA COMPROMISOS DE MEJORA CON IPS
 GAS-AI-F-65 Ver 01

1.5 Coordinación de procedimientos y acciones recíprocas de los programas de seguridad del paciente entre asegurador y prestador		
Procedimientos de referencia de pacientes: La IPS a definido, implementado y realizado el seguimiento a los procedimientos que aseguren que los pacientes que requieren atención de manera urgente, no sean referidos a otros centros sin que éstos garanticen, previamente su atención	1	
Procedimientos para la autorización de servicios: La IPS a definido, implementado y realizado el seguimiento a los procedimientos que garanticen la realización oportuna de procedimientos y hospitalización.	1	El proceso se encuentra desde mercadeo, por medio de una ruta, según el tipo de contrato actual de la EPS.
Análisis y medición de los tiempos de espera relacionados con la seguridad del paciente: La IPS tiene establecidos mecanismos para medir, analizar y tomar acciones con respecto a los tiempos de espera en la prestación de los servicios de salud que afecte la seguridad de los pacientes.	1	Se cuenta con indicadores de seguridad del paciente: eventos de administración de medicamentos, cumplimiento al comité, plan de mejora, caídas en hospitalización,
Seguridad en la entrega de medicamentos POS y no POS: La IPS tiene implementado y hace seguimiento a procedimientos que aseguren la oportunidad de entrega de medicamentos POS y no POS.	NA	
1.6 Estandarización de procedimientos de atención. La IPS ha diseñado y auditado los procedimientos de puerta de entrada que garanticen la seguridad del paciente		
Cuentan y hacen seguimiento a procedimientos que garanticen que el paciente sea atendido de acuerdo con la prioridad que requiera su enfermedad o condición.	1	Se encuentran descritas en rutas de atención por cada proceso.
Cuentan y hacen seguimiento a procedimientos que eviten la no atención del paciente con remisión a otros centros sin estabilización de sus condiciones clínicas.	1	
Cuentan y hacen seguimiento a procedimientos que eviten las esperas prolongadas para la evaluación de los pacientes (en salas de espera o en ambulancias)	1	
Cuentan y hacen seguimiento a procedimientos que prevengan los errores en la determinación de la condición clínica del paciente y que puedan someterlo a dilaciones o manejos equivocados.	1	
La IPS tiene definidas las competencias del personal, dentro de los perfiles de cada cargo, en donde se defina las actividades que puedan realizar de acuerdo a su conocimiento y habilidades.	1	Manual de funciones de cada cargo. (Talento humano).
1.7 Seguridad en el ambiente físico y la tecnología en salud		
Ambiente físico seguro: La IPS evalúa las condiciones de localización segura y vulnerabilidad (estructural y funcional)	1	
La IPS evalúa las condiciones de suministro de agua potable, fluido eléctrico y plan de contingencia acorde con las condiciones de seguridad establecidas por las Normas Nacionales.	1	
La IPS evalúa las condiciones ambientales a cada uno de los servicios de tal manera que se minimicen los riesgos de Infección Intrahospitalaria	1	
Equipamiento tecnológico seguro: La IPS cuenta con las especificaciones técnicas para los insumos a utilizar Este parámetro se evalúa en el estándar de gestión de medicamentos e insumos médicos.	1	
La IPS cuenta con un modelo o una estrategia para garantizar la seguridad en sus equipos y en la tecnología implementada. Este parámetro se evalúa en el estándar de dotación y mantenimiento	1	
2. MONITORIZACIÓN DE ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:		
La Institución evalúa semestralmente la adherencia a las guías de manejo Clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias que le apliquen y evidencia el mejoramiento continuo de dicha adherencia Este parámetro se evalúa en la verificación del estándar de procesos prioritarios.	1	
Se tienen definidos los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud con el fin entre otros, de realizarle seguimiento a los riesgos en la prestación de los servicios. Este parámetro se evalúa en la verificación del PAMEC.	1	
La Institución cuenta con indicadores de mortalidad, morbilidad y eventos adversos, los cuales son utilizados para su gestión.	1	
Se reportan los eventos de obligatoria notificación al Sistema de Vigilancia Epidemiológica	1	Se encuentran las fichas de notificación en cada servicio, se diligencia por medio del
Se reportan los indicadores de calidad y el nivel de monitoreo del SOGC y/o los solicitados por la Superintendencia Nacional de Salud en los plazos definidos.	1	

Elabora por: Coordinador Auditoría en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020



MACROPROCESO GESTIÓN DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD
 PROCESO AUDITORIA INTEGRAL DE CALIDAD
 MODELO ACTA COMPROMISOS DE MEJORA CON IPS
 GAS-AI-F-65 Ver 01

3. DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN:		
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: infección asociadas a la atención en salud, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dichas infecciones. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad.	1	se cuenta con el plan de prevención y control de infecciones.
Cuenta con un protocolo de lavado de manos explícitamente documentado e implementado, en los 5 momentos que son: 1. Antes del contacto directo con el paciente. 2. Antes de manipular un dispositivo invasivo a pesar del uso de guantes. 3. Después del contacto con líquidos o excreciones corporales mucosas, piel no intacta o vendaje de heridas. 4. Después de contacto con el paciente. 5. Después de entrar en contacto con objetos (incluso equipos médicos que se encuentren alrededor del paciente). Debe estar socializado	1	
Auditorías semestrales de adherencia a la higiene de manos para todos los servicios asistenciales y documentación de acciones de mejora si aplica.	1	
Presencia de insumos institucionales para la higiene de manos: Toallas desechables, solución de alcohol glicerinado, jabón antibacterial, en concordancia con el protocolo institucional de higiene de manos	1	
Si el prestador realiza procedimientos de venopunción y colocación y mantenimiento de sondas, cuenta con procesos, procedimientos y/o actividades documentados y divulgados al respecto, que contengan como mínimo lo siguiente: 1. En protocolo de venopunción: acciones para prevenir las flebitis infecciosas, químicas y mecánicas. 2. En protocolo de manejo de colocación y mantenimiento de sondas vesicales: acciones para evitar la infección asociada al dispositivo y otros eventos que afectan la seguridad del paciente.	1	
La Institución cuenta con procedimientos, guías o manuales que orientan la medición, análisis y acciones de mejora para: Educar al personal asistencial y a los visitantes en temas relacionados con la prevención de las infecciones asociadas al cuidado de la salud según el riesgo.	1	
La Institución cuenta con procedimientos, guías o manuales que orientan la medición, análisis y acciones de mejora para: La aplicación de precauciones de aislamiento universales. Debe estar socializado	1	
La Institución cuenta con procedimientos, guías o manuales que orientan la medición, análisis y acciones de mejora para: Normas de bioseguridad en los servicios, con especificaciones de elementos y barreras de protección, según cada uno de los servicios y el riesgo identificado.	1	
La Institución cuenta con procedimientos, guías o manuales que orientan la medición, análisis y acciones de mejora para: Uso y reúso de dispositivos médicos.	1	
La Institución cuenta con procedimientos, guías o manuales que orientan la medición, análisis y acciones de mejora para: Manejo y gestión integral de los residuos generados en la atención de salud y otras actividades.	1	
La Institución cuenta con procedimientos, guías o manuales que orientan la medición, análisis y acciones de mejora para: Asepsia y antisepsia en relación con: planta física, equipo de salud, el paciente, Instrumental y equipos.	1	
Cuenta con protocolo de: Limpieza y desinfección de áreas, Superficies, Manejo de ropa hospitalaria y Descontaminación por derrames de sangre u otros fluidos corporales en los procedimientos de salud.	1	
Cuenta con manual de buenas prácticas de esterilización de acuerdo con las técnicas que utilicen.	1	
Medición mensual del indicador de infecciones de sitio operatorio (ISO) si aplica	1	
Medición mensual del indicador de infecciones de endometritis post - parto y documentación de acciones de mejora si aplica.	NA	
Medición mensual de las neumonías nosocomiales asociadas a ventilador y documentación de acciones de mejora si aplica.	1	
Medición mensual de las flebitis infecciosas asociadas al uso de catéter periférico y documentación de acciones de mejora si aplica	1	
Medición mensual de infecciones del torrente sanguíneo (bacteremias) asociadas al uso de catéteres centrales y documentación de acciones de mejora si aplica	1	
Medición mensual de infección de vías urinarias asociada al uso de sondas y documentación de acciones de mejora si aplica.	1	

Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020



MACROPROCESO GESTION DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD
 PROCESO AUDITORIA INTEGRAL DE CALIDAD
 MODELO ACTA COMPROMISOS DE MEJORA CON IPS
 GAS-AI-F-65 Ver 01

4. MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS:		
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por administración incorrecta de medicamentos, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad	1	
Los servicios que incluyan dentro de sus actividades administración de medicamentos, deberán contar con procesos definidos de los correctos desde la prescripción, hasta la administración de los medicamentos. Que incluya como mínimo las siguientes verificaciones: 1. Usuario correcto, 2. Medicamento correcto, 3. Dosis correcta, 4. Hora correcta y 5. Vía correcta. Restringe el uso de órdenes verbales. Este parametro se tiene en cuenta para la calificación de estandar de medicamentos e insumos.	1	
Cuenta con el procedimiento y el paquete para el manejo de derrames y rupturas de medicamentos, en un lugar de fácil acceso, visible y con adecuada señalización.	1	
Existe participación del Químico o farmacéutico en los procesos de dispensación y administración de medicamentos de acuerdo con el grado de complejidad de la IPS. Este parametro se tiene en cuenta para la calificación de estandar de medicamentos e insumos.	1	
Los procesos establecidos por la IPS aseguran la dispensación correcta de los medicamentos y los procesos de re empaque y reenase de los mismos si aplica dentro del sistema distribución de medicamentos en dosis unitaria. Este parametro se tiene en cuenta para la calificación de estandar de medicamentos e insumos.	NA	
La IPS tiene establecido realizar controles para el abastecimiento oportuno de los medicamentos y dispositivos médicos; controles en la recepción de la orden médica electrónica, y en la elaboración y/o adecuación y ajuste de concentraciones de dosis de medicamentos. Este parametro se tiene en cuenta para la calificación de estandar de medicamentos e insumos.	1	
La IPS en su proceso de nutrición parenteral (TPN) incluye el uso de guías e instructivos estandarizados y controles microbiológicos.	1	
La IPS ha definido los medicamentos de alto riesgo, Tiene definido procesos de marcaje adicional de estos medicamentos para que sean fácilmente identificados por el personal de enfermería y se extreme el cuidado en su uso. Este parametro se tiene en cuenta para la calificación de estandar de medicamentos e insumos.	1	
La IPS ha Implementado procesos de vigilancia activa del uso de los antibióticos y de la información y educación que se realiza a la comunidad asistencial sobre el uso adecuado de medicamentos.	1	Protocolo de uso racional de antibiomaticos.
Dentro de sus procesos la institución ha definido acciones para evitar errores asociados al uso de electrolitos como el potasio, el sodio y el calcio.	NV	Se cuenta con tabla de diluciones para todos los servicios.
La IPS ha implementado procesos para el manejo de medicamentos que son de uso frecuente y que pueden tener efectos secundarios severos. (Ej.: dipirona y la vancomicina).	NV	Se cuenta con tabla de diluciones para todos los servicios.
La IPS ha definido mecanismos para prevenir daño a los pacientes con terapia anticoagulante.	1	Guía de anticoagulacion y profilaxis anti trombotica
La institución realiza en la recepción de los medicamentos la verificación de las órdenes de compra, mecanismos que eviten la recepción de medicamentos y dispositivos médicos defectuosos a través de la verificación del estado físico, cantidad, fechas de vencimiento, número del lote, vigencia del registro sanitario del INVIMA y verificación del cumplimiento adecuado de la cadena frío. Este parametro se tiene en cuenta para la calificación de estandar de medicamentos e insumos.	1	Procedimineto de devolucion y dispositivos medicos.
La IPS cuenta con mecanismos para garantizar la cadena de frío, la custodia a los medicamentos de control especial y el seguimiento a las farmacias satélites, si le aplica. Este parametro se tiene en cuenta para la calificación de estandar de medicamentos e insumos.	1	Protocolo de almacenamneto recepcion y conservacion de medicamentos.
Los registros de la historia clínica evidencian que se ha identificado el riesgo de alergias a medicamentos de los usuarios de los servicios de internación y urgencias	1	

Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020



MACROPROCESO GESTIÓN DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD
 PROCESO AUDITORIA INTEGRAL DE CALIDAD
 MODELO ACTA COMPROMISOS DE MEJORA CON IPS
 GAS-AI-F-65 Ver 01

5. ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES:		
La IPS cuenta con un mecanismo de verificación de los datos de identificación obligatorios para el registro de pacientes (Nombres y apellidos completos del paciente (dos, si los tiene), tipo de documento de identificación y número, el sexo, la fecha de nacimiento, la edad, el lugar de residencia habitual y su número telefónico. Este parámetro se evalúa en el estándar de Historia Clínica y registros asistenciales	1	Sistema Panacea.
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por identificación incorrecta del usuario, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad	1	Los planes de mejoras institucionales, por cada proceso.
Protocolo para asegurar la correcta identificación del usuario al ingreso del mismo y en los servicios asistenciales, desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que define la institución, no debe ser superior a los cinco años. Incluye estrategias para verificar que el nombre del usuario ha sido registrado de forma completa y sin errores de escritura. Incluye el uso de mínimo dos identificadores recomendados por la OMS (Nombre, número de identificación) en tableta de cabecera o pié de cama. Nunca el número de la cama, el número de habitación o el diagnóstico clínico. También debe incluir el protocolo para internar pacientes con el mismo nombre o usuarios que carezcan de identificación.	1	Protocolo de identificación de pacientes.
Uso de manillas de marcación de los pacientes en servicios asistenciales priorizados. Siempre debe incluir el servicio de ginecología, pediatría y atención mental	1	Se encuentra de acuerdo a los riesgos, pero solamente se tiene identificado por patología Covid.
La IPS tiene definido y hace seguimiento a los procedimientos de identificación correcta y segura del paciente, la cual se inicia desde su registro en la institución, seguridad del proceso de marcación de la muestra para el Laboratorio clínico para el desarrollo de los procedimientos pre analíticos, analíticos y pos analíticos. Este procedimiento debe ser conocido y adoptado por todos quienes intervienen en el proceso de atención.	1	
En zonas dispersas el prestador cuenta con material en los dialectos que utilicen sus usuarios, dispone de traductor y concierta con la diversidad cultural del territorio, los protocolos de la atención en salud con enfoque diferencial	0	
6. PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA DISPONIBILIDAD Y MANEJO DE SANGRE Y COMPONENTES Y A LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA		
Cuando se realicen procedimientos de transfusión, cuenta con: 1. Convenio y/o contrato vigente con un Banco de Sangre para el suministro de sangre y componentes sanguíneos y la realización de las pruebas pretransfusionales, cuando la entidad no las realice.	1	Contrato vigente con Hemolife
2. Procesos, procedimientos y/o actividades documentados y divulgados, en los servicios, en cuanto a la asepsia y antisepsia para el manejo del procedimiento de transfusión sanguínea.	1	Procolo para transfusion de sangre y hemo componentes.
3. Protocolo para el manejo, investigación y análisis de las reacciones adversas a las transfusiones sanguíneas y procesos de hemovigilancia.	1	Procolo para transfusion de sangre y hemo componentes.
4. Guía para formulación de sangre y hemocomponentes.	1	Procolo para transfusion de sangre y
5. Aplica el paquete instruccional de las buenas prácticas para la seguridad de pacientes para prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea, que incluye: a) Implementar acciones oportunas y seguras en los procedimientos de abastecimiento, manejo de sangre y componentes. b) Recepción de los componentes sanguíneos con la verificación de las solicitudes de sangre y componentes, el estado físico, sello de calidad, cantidad, fechas de vencimiento, tipo de componente, identificación inequívoca de unidad de componente sanguíneo para asegurar la trazabilidad entre donante, unidad y receptor de la sangre y verificación del cumplimiento adecuado de la cadena de frío. c) Procesos para los componentes sanguíneos de manejo especial (paquete de urgencia), para donantes autólogos o para pacientes específicos (unidades pediátricas), para que sean fácilmente identificados por el personal del servicio y enfermería y se haga adecuado manejo y uso. d) Establece controles formales para: • La entrega de los componentes sanguíneos: en la recepción de la orden médica, en la toma de la muestra, marcaje y entrega final al servicio que realice la transfusión. • La preparación de la sangre y componentes: en las pruebas de compatibilidad, identificación de la unidad, tipo de componente sanguíneo y del paciente receptor. • La trazabilidad entre donante, unidad y receptor de la sangre, para su entrega a enfermería.	1	
La IPS cuenta con comité de transfusión sanguínea. Este parámetro se evalúa en la verificación de PAMEC.	1	

Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020



MACROPROCESO GESTION DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD
PROCESO AUDITORIA INTEGRAL DE CALIDAD
MODELO ACTA COMPROMISOS DE MEJORA CON IPS
GAS-AI-F-65 Ver 01

7. ATENCIÓN SEGURA DEL BINOMIO MADRE – HIJO		
La IPS cuenta y monitoriza un proceso para la atención segura e integral del evento obstétrico.	NA	
La IPS cuenta con mecanismos para garantizar la atención de la gestante independientemente de las dificultades administrativas y la atención del parto y el puerperio por personal calificado.	NA	
El personal de la institución dispone, conoce y utiliza guías de atención basadas en la evidencia, de insumos críticos básicos como: 1. Antibióticos 2. Anticonvulsivantes 3. Oxitócicos 4. Líquidos 5. Hemoderivados y sustitutos	NA	
Medición mensual de la completitud del kit de emergencias obstétricas y de los demás insumos requeridos para la atención de la gestante adherencia a las guías clínicas para la atención de las gestantes, durante el periodo prenatal, parto y postparto y documentación de acciones de mejora si aplica	NA	
La institución cuenta con la capacidad para realizar el manejo adecuado de hemorragias y procedimientos de transfusión y garantía de remisión oportuna y segura.	NA	
La institución cuenta con un sistema funcional de comunicaciones y transporte, con el que pueda responder de manera oportuna y segura cuando se presenta la emergencia obstétrica no predecible y que no puede ser resuelta en ese nivel.	NA	
Implementación de la lista de Chequeo para garantizar una vigilancia estricta de la mujer en el postparto inmediato, para equipos médicos y de enfermería.	NA	

8. SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS		
Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por error en la realización en la cirugía cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad	1	
La IPS esta implementado la lista de chequeo que aseguran la cirugía correcta, en el paciente correcto y en el sitio correcto desde el momento mismo en que se programa el procedimiento y el médico lo consigna en la historia clínica (evidenciar soportes en la historia clínica). Identificación del riesgo anestésico, valoración de posibles contraindicaciones, definición de criterios de inclusión que contengan, entre otros aspectos, los psicosociales, respecto de la elegibilidad de pacientes para cirugía ambulatoria. Tipo de cirugía elegible de realizar como procedimiento ambulatorio que contemple, entre otros, la duración, la extensión, manejo del dolor, etc, entrega de Información al paciente sobre preparación, y recomendaciones postoperatorias y actividades de seguimiento post- quirúrgico.	1	
Aplicar la lista de chequeo para cirugía segura, como mínimo la recomendada por la OMS o la desarrollada o adoptada por la institución. En todo caso debe incorporar los momentos preoperatorio, en quirófano antes de incidir al paciente, intraoperatorio y post operatorio e incluir la verificación del adecuado funcionamiento de los equipos de anestesia y cirugía. No debe faltar el chequeo de la marcación del órgano par que se va a operar y el conteo de los insumos que pueden convertirse en cuerpo extraño en el usuario (oblitos)	1	

<i>Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud</i>	<i>Revisado por: Profesional de Calidad</i>	<i>Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud</i>
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		<i>Aprobado en septiembre de 2020</i>



MACROPROCESO GESTION DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD
 PROCESO AUDITORIA INTEGRAL DE CALIDAD
 MODELO ACTA COMPROMISOS DE MEJORA CON IPS
 GAS-AI-F-65 Ver 01

9. PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN		
Clasificar el riesgo de úlceras por presión a los usuarios que son internados en la institución y que contemple como mínimo la valoración de la movilidad, presencia de incontinencia, estado nutricional, alteración de la sensibilidad e integridad de la piel	1	Se maneja de Braden y se encuentra parametrizada en Panacea.
Protocolo para la minimización de riesgos de aparición de úlceras por presión o escaras desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, no debe ser superior a los cinco años. Dicho protocolo debe incluir esquemas de movilización de pacientes en riesgo, cuidados de la piel con soluciones adecuadas, valoración permanente del estado de la piel y condiciones de higiene. (evidenciar soportes en la historia clínica)	1	Protocolo de cuidado de paciente con ulceras por presion.
10. PROCESOS PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDAS		
Clasificar el riesgo de caída a los usuarios que son internados en la institución y que contemple como mínimo antecedentes de caídas e identificación del paciente que estén agitados, funcionalmente afectados, que necesiten ir frecuentemente al baño o que tienen movilidad disminuida y pacientes bajo sedación	1	Escala que valora el riesgo downton
Protocolo para la minimización de riesgos de caída derivados de la condición del paciente desarrollado o adoptado por la institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución, no debe ser superior a los cinco años. Debe incluir que las camas y camillas tengan barandas, las escaleras antideslizantes, los baños agaraderas en duchas y sanitarios, la ausencia de obstáculos en las pasillos de internación y una adecuada iluminación	1	Protocolo para la prevencion y reduccion de caidas
Medición semestral de adherencia al protocolo para la minimización de riesgos de caída de los usuarios y documentación de acciones de mejora si aplica	1	Semestral (indicadores de Adherencia)
11. Prevención de complicaciones anestésicas		
La IPS tiene implementado y hace seguimiento a acciones que permitan la prevención de complicaciones anestésicas. Registre cuales.	1	Guia de manejo en Anestesiologia
12. Implementación de equipos de respuesta rápida		
La IPS cuenta con un proceso o un mecanismo para que el personal asistencial reconozca tempranamente el empeoramiento de la condición clínica de un paciente y se dispere la pronta y eficaz atención que rescata al paciente del paro cardiorrespiratorio.	1	Guia de manejo para paciente paro cardiorrespiratorio.
13. Riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares		
La IPS ha implementado una guía basada en la evidencia para la atención del infarto agudo de miocardio y para el tratamiento profiláctico con betabloqueadores para pacientes de alto riesgo de evento isquémico cardiaco agudo durante una cirugía electiva.	1	
14. Reducción del riesgo de la atención del paciente crítico		
La IPS ha implementado acciones para la prevención de la hemorragia digestiva en pacientes críticos y prevención de la neumonia asociada al ventilador	1	
15. Seguridad en la obtención de ayudas diagnósticas		
Los estudios radiológicos y de imágenes diagnósticas cuentan con los siguientes datos: Nombre, número de identificación o número de historia clínica, género, fecha de nacimiento o edad, órgano objeto del estudio	1	Manual de toma de muestras de laboratorio.
Para los servicios de radiología, se tiene establecidos mecanismos de identificación y seguimiento en relación a prevención de la extravasación, prevención de fibrosis sistémica nefrogénica, reducción de infecciones en departamentos de radiología e imágenes diagnósticas, reducción de caída de pacientes	1	
La IPS tiene identificados mecanismos para identificar y evitar el uso de radiaciones médicas innecesarias	1	
La IPS ha implementado un protocolos para evitar errores la lectura e interpretación de las imágenes diagnósticas y prevenir el daño inducido por medios de contraste.	1	
La IPS desarrolla actividades para la prevención de eventos adversos en el área de resonancia magnética nuclear tales como identificación de los elementos ferromagnéticos o dispositivos intrínsecos o extrínsecos al paciente que pueden interferir en el estudio o generar evento adverso y consulta de contraindicaciones específicas.	1	
La IPS desarrolla actividades para la prevención de aspectos relacionados con los riesgos asociados con la sedación de pacientes para la realización de procedimientos y para la prevención de aspectos relacionados con la definición de prioridades de atención para evitar riesgos relacionados con la espera de la realización de procedimientos.	1	
16. Reducción del riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental		
La institución está desarrollando procesos para: - Identificación del riesgo. - Clasificación del riesgo al ingreso y egreso del paciente - Prevenir suicidio - Prevenir agresión física - Prevenir violación - Prevenir consumo de cigarrillo y psicoactivos - Prevenir pérdida de pacientes - Implementar protocolos de internación (sedación, suplencia alimentaria que le puede producir daño, barreras de infraestructura)	1	Docuemnto con atencion salud mental.
17. Prevención de la malnutrición o desnutrición		
La IPS ha identificado fallas en la atención relacionadas con los procesos nutricionales, tanto ambulatorios como hospitalarios.	1	Manual de nutricion. Protocolo de desnutricion infantil
La IPS dentro de sus procesos y o protocolos ha definido acciones encaminadas a garantizar la administración correcta del soporte nutricional, la indicación adecuada de dietas para pacientes ambulatorios y la educación al paciente.	1	
18. Practicas para mejorar la actuación de los profesionales		
La IPS Gestiona y desarrolla acciones que fomenten la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes.	1	Plan de bienestar, programas de recreacion e insentivos
La IPS Gestiona y desarrolla acciones que garanticen la prevención del cansancio en el personal de salud, tales como, definición de la proporción pacientes en relación al personal de Salud que presta servicios, asignación de horas de jornada laboral, prevención del trabajo en jornadas continuas entre instituciones que superen los límites máximos recomendados.	1	Horarios 12 horas. Todo el personal asistencial.
La IPS Garantiza la funcionalidad de los procedimientos de Consentimiento Informado	1	Protocolo de consentiminetos informado
La IPS ha establecido pautas claras para el proceso docente asistencial definiendo responsabilidades éticas y legales entre las partes. Cuenta con comité docente asistencial. Este parámetro se evalua en la verificación del estandar de talento humano.	1	Procedimineto. Se cuenta comité trimestral
19. Participación del paciente y su familia		
Se educa al paciente y su familia en acciones que promuevan su autocuidado y la seguridad del paciente durante el proceso de atención. Esto queda registrado en la Historia clínica.	1	Manual autocuidado al paciente.
La institución ha establecido acciones colaborativas de pacientes y sus familias para promover la seguridad de la atención.	1	Charlas educativas, y folletos.

TOTAL CUMPLIMIENTO PRACTICAS SEGURAS	106	105	99%
---	------------	------------	------------

Elabora por: <i>Coordinador Auditoria en Salud</i>	Revisado por: <i>Profesional de Calidad</i>	Aprobado por: <i>Vicepresidente de Servicios de Salud</i>
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		<i>Aprobado en septiembre de 2020</i>

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

		E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
PROCESO		GESTIÓN DE CALIDAD	
SUBPROCESO		SEGURIDAD DEL PACIENTE	
		PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

EJES TEMÁTICOS DE LA ACREDITACIÓN

TRANSFORMACIÓN CULTURAL PERMANENTE 	MEJORAMIENTO CONTINUO 	GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA
ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO 	GESTIÓN DEL RIESGO 	RESPONSABILIDAD SOCIAL
HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD 		GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA

SANTIAGO DE CALI, JUNIO 2022

Código GCAL-PRO-012-01	Versión 07	Página 1 de 69	Vigencia Junio 2022
---------------------------	---------------	-------------------	------------------------

		E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
PROCESO		GESTIÓN DE CALIDAD	
SUBPROCESO		SEGURIDAD DEL PACIENTE	
		PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	

1. POLÍTICA INSTITUCIONAL

POLITICA DE FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL, SIMPLIFICACION DE PROCESOS, CALIDAD Y SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL.

Mejorar los procesos internos que permitan atender las necesidades de los usuarios con mayor agilidad, accesibilidad, oportunidad, pertinencia, continuidad y seguridad, adecuando las funciones y competencias de los colaboradores, adecuando la operación de la organización en cuanto a la estructura organizacional, el suministro oportuno de recursos físicos y servicios internos, evaluando los resultados de cada uno de los procesos y estableciendo planes de mejoramiento según las desviaciones encontradas que conduzcan al logro de los objetivos organizacionales y la satisfacción de las partes interesadas.

POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITAL MARIO CORREA RENGIFO

El Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E. Propende por la consolidación de un entorno seguro para los pacientes, en donde el riesgo de ocurrencia de un evento adverso sea minimizado a partir del proceso de atención, de la implementación de barreras de seguridad eficientes y de la consolidación de una cultura institucional proactiva de prevención, implementando gestión del riesgo, prácticas seguras, reporte de incidentes, contribuyendo así al aprendizaje organizacional y construyendo una alianza con los diferentes actores institucionales, paciente y su familia.

2. OBJETIVO

Establecer un plan de trabajo para promover, gestionar e implementar prácticas seguras de la atención en salud, para apoyar la Política de Seguridad del Paciente del Hospital departamental Mario Correa Rengifo, estableciendo los mecanismos para responder con eficacia y de forma proactiva a los problemas de seguridad de los pacientes, reducir riesgos y errores con el fin de que exista mejora continua.

3. ALCANCE

Este programa es de aplicación para todo el equipo multidisciplinario que participa en la atención asistencial y administrativa del usuario y su familia del Hospital departamental Mario Correa Rengifo.

Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020



MACROPROCESO GESTION DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD
 PROCESO AUDITORIA INTEGRAL DE CALIDAD
 MODELO ACTA COMPROMISOS DE MEJORA CON IPS
 GAS-AI-F-65 Ver 01

COMO NOTIFICAR UN REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS

ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS

		HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GESTION DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES		Código: GCAL-F-012-08 Vigencia: Octubre 2020 Visión: 02	
Nombre del paciente: campo elias dominguez		No. Identificación 16680101			
Fecha de ocurrencia 10-may	Proceso hospitalizacion	Subproceso o servicio hospitalizacion	EPS coosalud		
Descripción del Evento: EVOLUCIÓN sujeto: Paciente hospitalizado en contexto de hematomas subdurales crónicos, Higroma, epilepsia y SMO en estudio AP; epilepsia, postración hace al menos un año, politraumatismo al ser atropellado por moto hace poco mas de 1 año, refieren qvue no come ni bebe, defagia severa de novo Objetivo: Al EF, conservando protocolos de bioseguridad, usando medidas y elementos de protección para evitar transmisión de enfermedades infecto contagiosas desde y hacia el paciente, se encuentra aparente REC, multica, hipoactivo, afebril, hidratado, pupilas isocóricas y normorreactivas, presenta ginecomastia izquierda con leve eritema local 10/05/2021 Ch Leu 14100, H 9700, Hb 12.6, PLT 253.000, PCR 95.3, Cr 0.88, NU 48.8, Na166.4, Cl 132.2, K 4.5, Uroanálisis Amarillo, turbio, Glu (-), Prot (-), pH 5.0, D 1.025, Hct (+), Leu 2-4 x, Eri (Eu) +4 x, Bact +++, Cdi bajas +++ análisis/pln: Se considera paciente con hematomas subdurales crónicos, Higroma, epilepsia y SMO secundarios, con deterioro de su estado neurológico y zona de artemia en región manara izquierda, con leucocitosis, neutrofilia, elevación de PCR, BUN, Ha y Cl (Déficit de agua libre), se decide toma de Rx tórax, Hemocultivo #2, Urocultivo, paso de SNG con Agua libre 100 cc cada hora, DAD 5% 20 cc/ hora inicio de cubrimiento AB para infección nosocomial con Meropenem y vancomicina (después de toma de cultivos), paciente con mal pronóstico y deterioro neurológico, ahora con sobrainfección posible foco en piel, requiere manejo urgente en nivel superior (No ha habido respuesta por parte de EPS a pesar del deterioro del paciente).					
Analic las posibles causas del evento adverso y numérelas					
Clasificación del caso reportado					
Incidente	<input type="checkbox"/>	Evento adverso	<input checked="" type="checkbox"/>		
Clasificación del evento adverso					
No prevenible	<input type="checkbox"/>	Prevenible	<input checked="" type="checkbox"/>		
Tipo del evento					
Severidad del evento adverso					
Leve	<input type="checkbox"/>	Moderado	<input type="checkbox"/>	Grave	<input checked="" type="checkbox"/>
Clasificación por programa					

Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020



MACROPROCESO GESTION DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD
 PROCESO AUDITORIA INTEGRAL DE CALIDAD
 MODELO ACTA COMPROMISOS DE MEJORA CON IPS
 GAS-AI-F-65 Ver 01

34	Tecnovigilancia	<input type="checkbox"/>	Farmacovigilancia	<input type="checkbox"/>	Hemovigilancia	<input type="checkbox"/>
35						
36						
37	Reactivovigilancia	<input type="checkbox"/>	Cove	<input type="checkbox"/>	Seguridad del paciente	<input checked="" type="checkbox"/>
38						
39	La causa fundamental del evento adverso o incidente fue					
40	presencia programada paciente adulto mayor multiples comorbilidades					
41	paciente con 1 mes en proceso de remision sin respuesta					
42						
43	Oportunidad de mejora					
44						
45	se realizara la revision con el personal medico.					
46						
47						
48						
49						

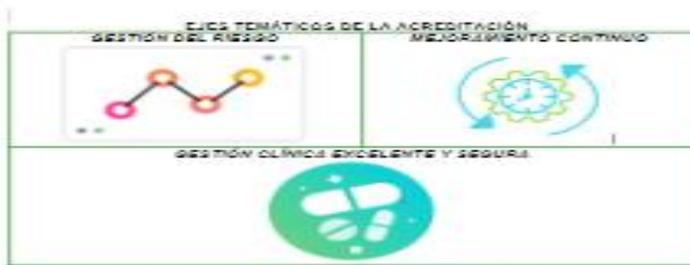
PLANES DE ACCION

HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORDERO RENGIFO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PLAN DE ACCION												
No.	Tipo de Evento	Nombre de Evento	Fecha de reporte	Item a mejorar	Descripción de la oportunidad de mejora (hallazgo, problema, falta, desviación, incumplimiento)	Causas	Descripción de la causa	Oportunidad de Mejora?	Acciones ¿CÓMO LO VAMOS A HACER? Actividades específicas para desarrollar la oportunidad de mejora en ciclo PDCA (deben iniciar con verbo en infinitivo)	Barreras	Indicador correspondiente	Responsable
1	EVENTO ADVERSO	REPORTE	14-02-22	PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES ASOCIADAS A REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS.	DAÑO O LESION EN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO (LESION A VASOS, NERVIOS U ORGANOS ADYACENTES). COMPLICACION DEL PACIENTE POR FALTA DE GESTION DE REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO QUE SE REQUIERE URGENTE.	Falta de adherencia a guías y protocolos.	paciente que se realiza insercion de cateter venoso central sin reduccion gearado en asenozot y posterior colocacion de tere. Se intenta realizacion de procedimiento de paso de sonda nasogastrica pero paciente por desicion de tabique no se logra realizar, no se realiza mas intervenciones.	no socializa los documentos con el personal.	p:Revisar documentos y realizar ajustes al protocolo de paso de cateter venoso central paso de sonda nasogastrica. h:Socializar con el personal asistencial u-a:Verificar adherencia por parte del lider de proceso y seguridad del paciente.	talento humano	no aplica	HOSPITALIZACION
5				DAÑO DE VENOPIUNCION SIN FLEBITIS	PACIENTE CON ORDEN DE TRANSFUSION SANGUINEA EL JEFE DE TURNO NO CANALIZA UNA VIA ALTERNIA, PARA EL REPODEROSADO A UNA.		LA JEFE REFIERE QUE DESCONOCE EL PROTOCOLO DE MAEJO DE		p:Enviar el documento de trafusion sanguinea a los jefes del area asistencial para su revision. o:Se asignara un jefe para que realice la			

Acciones ¿CÓMO LO VAMOS A HACER? Actividades específicas para desarrollar la oportunidad de mejora en ciclo PDCA (deben iniciar con verbo en infinitivo)	Barreras	Indicador correspondiente	P	Responsable P	H	Responsable H	V	Responsable V	Proceso y/o Áreas involucradas	Fecha propuesta de inicio	Fecha propuesta de cierre	Seguimiento	Evidencia de cumplimiento	Estado Acción
p:Revisar documentos y realizar ajustes al protocolo de paso de cateter venoso central paso de sonda nasogastrica. h:Socializar con el personal asistencial u-a:Verificar adherencia por parte del lider de proceso y seguridad del paciente.	talento humano	no aplica	o	HOSPITALIZACION	o	HOSPITALIZACION	o	HOSPITALIZACION	HOSPITALIZACION	feb-22	abr-22	febrero 2022: en el mes de febrero se realiza envio de procedimiento al area de calidad para la aprobacion. Se asigno una jefe para la socializacion del protocolo de paso de sonda nasogastrica. Esta propuesta para el dia 9 marzo la socializacion. El dia miercoles 6 de abril se inicio con las capacitaciones del personal de enfermeria por parte de jefe julio lider del cove.		C
p:Enviar el documento de trafusion sanguinea a los jefes del area asistencial para su revision. p:Se asignara un jefe para que realice la presentacion con los aspectos mas importantes.	talento humano	no aplica	o	HOSPITALIZACION	o	HOSPITALIZACION	p	HOSPITALIZACION	HOSPITALIZACION	feb-22	jun-22	febrero 2022: en el mes de febrero se realiza envio de procedimiento a las jefes de hospitalizacion para su revision. Se asigno una jefe para la socializacion del protocolo de transfusion sanguinea.		P

Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020

PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE GASES MEDICINALES



SANTIAGO DE CALI, SEPTIEMBRE 2021

6.5. PROCEDIMIENTO

N°	ACTIVIDAD Y DESCRIPCIÓN	PROCESO Y CARGO RESPONSABLE	REGISTROS	OBSERVACIONES
1	<p>Solicitar oxígeno medicinal:</p> <p>Se solicita de acuerdo con la necesidad de las diferentes áreas o disponibilidad de cilindros que se encuentran vacíos.</p> <p>El técnico se encarga de verificar la cantidad necesaria de cilindros en las diferentes áreas del hospital e informara al auxiliar de mantenimiento el requerimiento mediante el formato.</p>	<p>Gestión de tecnología y mantenimiento</p> <p>Auxiliar administrativo de mantenimiento y técnico</p>	<p>Recibo de cilindros vacíos o remisión - GTEM-F-009-54</p> <p>Formato Distribución de cilindros proveedor</p>	<p>Los gases se pueden suministrar algunos en fase líquida y otros en fase gaseosa</p>
2	<p>Verificar la cantidad de cilindros y oxígeno líquido en tanque entregados a la institución:</p> <p>Verificar que el recibo se encuentre acordó a lo relacionado para la</p>	<p>Gestión de tecnología y mantenimiento</p> <p>Auxiliar administrativo</p>	<p>Recibo de cilindros vacíos o remisión - GTEM-F-009-54</p> <p>Formato</p>	

Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020

Protocolo de Manejo para Reanimación Cardio Pulmonar:



7. CONTENIDO

7.1. PROCEDIMIENTO

N°	ACTIVIDAD Y DESCRIPCIÓN	PROCESO Y CARGO RESPONSABLE	REGISTROS	OBSERVACIONES
1	<p>Activación del código azul:</p> <p>A través de una alarma sonora (timbre), altavoz, mediante sistema de información al celular o llamada telefónica a la extensión destinada para eso.</p> <p>La persona del triage activara el sistema de información y la alarma sonora (solo en el proceso de urgencias)</p>	<p>Procesos asistenciales:</p> <p>Cualquier persona que lo detecte, lo informa</p>		Todas las personas del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo deben estar en capacidad de activar el código azul
2	<p>Acudir a la sala donde está el paciente:</p> <p>La enfermera y auxiliar asignadas al turno deberán acudir en forma inmediata al sitio respectivo</p>	<p>Procesos asistenciales:</p> <p>El médico de turno en urgencias asignado y cualquier otro que se encuentre disponible.</p>		Solamente si alguno está realizando una reanimación simultánea, se seguirá en su sitio.]
3	<p>Retirar a todo el personal que no se encuentre asignado para actividades de código azul:</p> <p>El líder del Código solicitará al personal que no se encuentre asignado para realizar actividades del mismo que se retire de la sala, solamente estará el personal requerido.</p>	<p>Procesos asistenciales:</p> <p>Líder del código médico general o especialista</p>		
	<p>Actividades líder-coordinador:</p> <ul style="list-style-type: none"> Solamente coordinar Ordenar medicamentos 			

Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020

Procedimiento de accidentes e incidentes de trabajo:

PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES E INCIDENTES DE TRABAJO



6. CONTENIDO

Nº	ACTIVIDAD Y DESCRIPCIÓN	PROCESO Y CARGO RESPONSABLE	REGISTROS	OBSERVACIONES
1	Reporte de Incidentes o Situaciones Inseguras: Cualquier servidor de planta o contratista, puede reportar un incidente y/o situaciones inseguras presentes en la institución a través del módulo de PANACEA.	Colaborador tanto de planta como agremiado		De estos reportes se pueden generar solicitudes de acciones correctivas.
2	Reporte del accidente: Tan pronto ocurre el hecho, por leve o grave que sea, el servidor de planta y/o contratista implicado, está en la obligación de reportar inmediatamente lo ocurrido a su jefe directo quien pondrá en conocimiento al área de Seguridad y Salud en el Trabajo.	Colaborador - jefe del área - líder de SST		Tan pronto ocurre el hecho, por leve o grave que sea, el servidor de planta y/o contratista implicado, está en la obligación de reportar en un lapso no mayor a 2 días hábiles a la ARL.
3	Proceso de investigación: El responsable o designado de SST, en compañía de un representante del COPASST y el jefe inmediato del accidentado (Comité investigador), en un tiempo no mayor a quince días calendario, procederán a investigar el hecho, iniciando con una reunión con la persona	Comité investigador		COPASST: comité paritario de seguridad y salud en el trabajo

Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020

Manual de Bioseguridad:

MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE
 BIOSEGURIDAD



SANTIAGO DE CALI, JULIO 2022

CONTENIDO

1. OBJETIVO	4
2. ALCANCE	4
3. NORMATIVA	4
4. DEFINICIONES	6

ido Sugerencias del editor: mostrando

6.21. NORMAS ESPECIFICAS DE BIOSEGURIDAD PARA EL ÁREA DE IMAGENOLÓGIA

Generales:

- Tras realizar el examen radiográfico de cada paciente se procederá a la limpieza de la mesa de rayos X.

Código TAHU-M-006-07	Versión 5	Página 34 de 50	Vigencia Julio 2022
-------------------------	--------------	--------------------	------------------------

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	GESTIÓN DE TALENTO HUMANO
	SUBPROCESO	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE BIOSEGURIDAD		

- El material de posicionamiento radiográfico (almohadillas radiotransparentes y sacos de arena) cuenta con fundas de tela que se lavan y desinfectan periódicamente.

Medidas de contención:

Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020



Medidas de contención:

- El técnico responsable del caso deberá informar de la sospecha o certeza de que un paciente es infectocontagioso. Y solo se realizarán estudios radiográficos si el clínico responsable los considera imprescindible, para ello se elegirá un horario de poco uso de los equipos, preferiblemente al final de la jornada de trabajo.
- El personal del Servicio de imagenología: - Usará guantes, mascarilla y bata desechable. - Minimizará el uso de material de posicionamiento, siempre que sea posible usará cobertura impermeable (desechable o permanente) encima de este material.
- Una vez realizado el estudio: - Se desecharán los guantes y mascarillas en contenedor respectivo.
 - Se procederá a la limpieza y desinfección de la mesa de rayos X
 - Se limpiarán y desinfectarán los delantales plomados
 - Se limpiará y desinfectará el material de posicionamiento usado con el paciente. Si se ha cubierto con cobertura desechable se retirará en los contenedores, si las fundas no son impermeables se retirarán y se envían a lavandería para su limpieza y desinfección.
 - Proceder a la limpieza y desinfección general de la sala.
 - Lavado de manos según normas, obligatorio, antes y después e haber estado en contacto con el paciente.

Elementos de uso para el personal:

Delantales plomados, cuellos tiroideos plomados, protector gonadal, blindaje, dosímetro

Elementos de uso para el personal:

Delantales plomados, cuellos tiroideos plomados, protector gonadal, blindaje, dosímetro personal.

ECOGRAFÍA:

General:

- Tras realizar el examen ecográfico de cada paciente se procederá a la limpieza de la carcasa de las sondas ecográficas empleadas y de la colchoneta de posicionamiento.

Código TAHU-M-006-07	Versión 5	Página 35 de 50	Vigencia Julio 2022
-------------------------	--------------	--------------------	------------------------

Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020



Medidas de contención:

- El técnico responsable del caso deberá informar de la sospecha o certeza de que un paciente es infectocontagioso. Y solo se realizarán estudios ecográficos si el clínico responsable los considera imprescindible, para ello se elegirá un horario de poco uso de los equipos, preferiblemente al final de la jornada de trabajo.
- El personal del Servicio de Ecografía: - Usará guantes, mascarilla y bata desechable. - Minimizará el uso de material de posicionamiento, siempre que sea posible usará cobertura impermeable (desechable o permanente) encima de este material.
- Una vez realizado el estudio:
 - Se desecharán los guantes y mascarillas en contenedor respectivo.
 - Se procederá a la limpieza y desinfección de la mesa de ecografía
 - Se limpiará y desinfectará el material de posicionamiento usado con el paciente. Si se ha cubierto con cobertura desechable se retirará en los contenedores, si las fundas no son impermeables se retirarán y se envían a lavandería para su limpieza y desinfección.
 - Proceder a la limpieza y desinfección general de la sala.

6.22. NORMAS ESPECIFICAS DE BIOSEGURIDAD PARA EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA

- Los consultorios deben contar con adecuada ventilación e iluminación.
- Los techos paredes y pisos deben ser lavables.
- Cada consultorio debe contar con lavamanos
- El personal debe hacer uso de los EPP (elementos de protección personal)

6.22. NORMAS ESPECIFICAS DE BIOSEGURIDAD PARA EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA

- Los consultorios deben contar con adecuada ventilación e iluminación.
- Los techos paredes y pisos deben ser lavables.
- Cada consultorio debe contar con lavamanos
- El personal debe hacer uso de los EPP (elementos de protección personal)
- Los elementos contaminados deben depositarse en recipiente rojo.
- Elementos cortopunzantes en el guardián.
- No salir con uniforme a la calle y mucho menor irse con él puesto para la casa.
- Mantener el cabello recogido.
- Mantener las uñas cortas y limpias.

6.23. PROTOCOLO DE MANEJO DEL ACCIDENTE DE TRABAJO

Ante la ocurrencia de un accidente laboral, se generan acciones a diferentes niveles (HOSPITAL, IPS, ARL), orientadas a evitar una infección en el trabajador.

La aplicación del protocolo tiene por objeto controlar en lo posible la severidad de la lesión y prevenir sus efectos, mediante técnicas sencillas que pretenden disminuir la cantidad de microorganismos presentes en la parte del cuerpo afectada o disminuir su replicación.

<i>Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud</i>	<i>Revisado por: Profesional de Calidad</i>	<i>Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud</i>
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020

E. S. E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
PROCESO	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
SUBPROCESO	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	

PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

EJES TEMÁTICOS DE LA ACREDITACIÓN

GESTIÓN DEL RIESGO 	GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA
ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO 	HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD

SANTIAGO DE CALI, JUNIO 2020

E. S. E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
PROCESO	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
SUBPROCESO	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	

CONTENIDO

1. OBJETIVO.....	3
2. ALCANCE.....	3
3. NORMATIVA.....	3
4. DEFINICIONES.....	4
5. RIESGOS.....	5
6. CONTENIDO.....	5
6.1. PROCEDIMIENTO DE PACIENTES QUE SE REMITEN.....	5
6.2. PROCEDIMIENTO DE PACIENTES QUE SE REMITEN A LA UCI (INTRAHOSPITALARIA).....	9
6.2.1. PACIENTE REMITIDO A UCI DUMIAN.....	9
6.2.2. RUTA DE PACIENTE INTERNO PARA INGRESO A LA UCI DEL HDMCR.....	12
6.2.3. RUTA DE PACIENTE EXTERNO PARA INGRESO A LA UCI DEL HDMCR.....	13
6.3. PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN DE PACIENTES REMITIDOS POR OTRAS ENTIDADES.....	14
6.4. PROCEDIMIENTO DE CONTRAREFERENCIA.....	16
6.5. CRITERIOS DE REMISIÓN.....	16
6.6. REMISIONES AL MISMO NIVEL DE COMPLEJIDAD.....	19
6.7. REMISIONES AL PRIMER NIVEL.....	19
6.8. VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL EN CASO DE SER DETECTADO EN LA VÍA PÚBLICA.....	19
6.9. ESTADO DE ALTERACIONES DE SALUD MENTAL EN CASO DE SER DETECTADO EN LA VÍA PÚBLICA.....	20
6.10. VÍCTIMAS DE VIOLENCIA CON AGENTES QUÍMICOS EN CASO DE SER DETECTADO EN LA VÍA PÚBLICA.....	20
6.11. MANEJO DE PACIENTE COVID-19.....	21
7. RECURSOS.....	22
7.1. PERSONAL QUE INTERVIENE.....	22
7.2. MATERIALES.....	22
8. RECOMENDACIONES.....	22
9. COMPLICACIONES.....	23
10. INDICADORES.....	23
11. BIBLIOGRAFÍA.....	24
12. ANEXOS.....	24
13. REGISTRO DE MODIFICACIONES.....	25
14. ELABORO Y APROBO.....	25

E. S. E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
PROCESO	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
SUBPROCESO	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	

SICO: Es un sistema regulador mediante una plataforma de tecnología o innovadora que articula servicios como referencia y contra referencia de pacientes coordinación y despacho de ambulancia entre otros.

IPS (Institución prestadora de salud) instituciones que envían o reciben los pacientes

5. RIESGOS.

RIESGOS	ACCIONES
Fallas en el sistema de información.	Se comentan los pacientes telefónicamente.
Paciente sin cobertura de salud.	La demora en autorización de autorizaciones o remisión a nivel superior.
Débil comunicación con las centrales de referencia de las EPS.	Mejorar sistema de comunicación.

6. CONTENIDO.

6.1. PROCEDIMIENTO DE PACIENTES QUE SE REMITEN

Nº	ACTIVIDAD Y (DESCRIPCIÓN)	PROCESO RESPONSABLE Y (CARGO RESPONSABLE)	DOCUMENTO O REGISTRO	OS SERVICIOS
1	Definir y registrar si el paciente requiere remisión: Revisión del paciente, por parte del médico general y/o especialista se detecta situación que refiere que el paciente debe ser remitido a otra institución de otra complejidad o caso.	Hospitalización, urgencias, cirugías, ambulatorios: Médico general o especialista	Aplicativo	

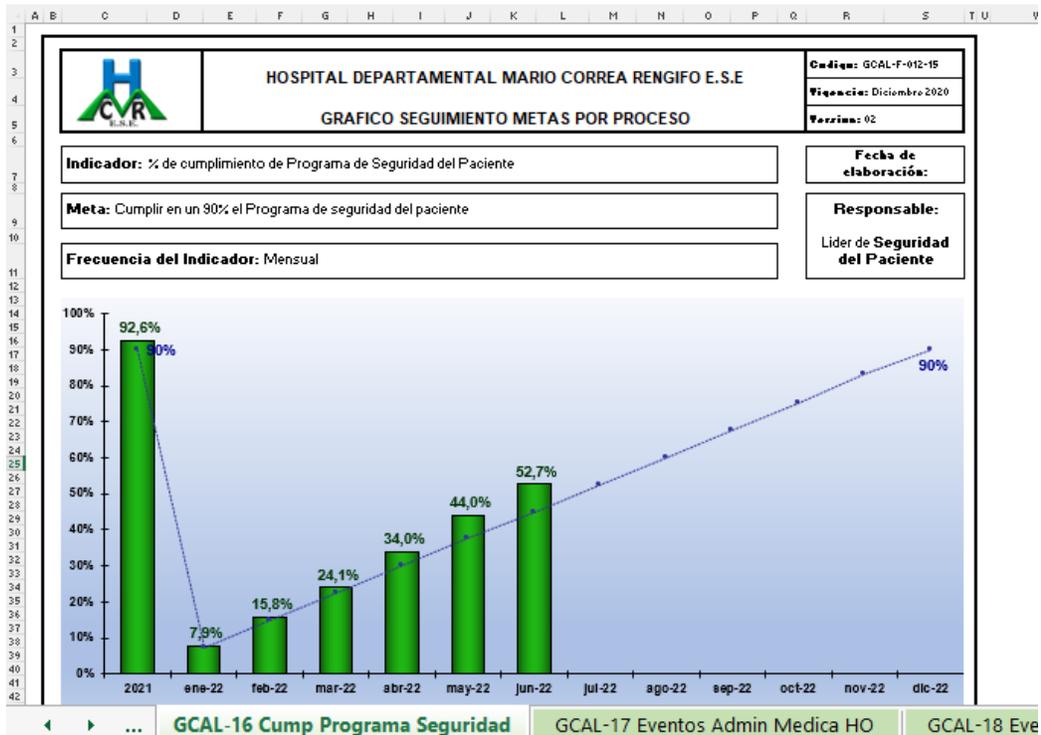
E. S. E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
PROCESO	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
SUBPROCESO	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	

2	Entregar al personal de referencia la documentación: La enfermera jefe o auxiliar entrega los documentos al personal de referencia para iniciar trámite de remisión.	Hospitalización - urgencias, cirugías, ambulatorios: Enfermera jefe o auxiliar	Aplicativo	
3	Establecer contacto con la red: Se diligencia la documentación para enviar vía internet y se confirma vía telefónica la recibida de esto.	Referencia y contra referencia: Personal Referencia y contra referencia	Historia clínica Correo Registro de control de referencia	
4	Verificar estado de salud del paciente por parte del regulador: Informar al médico tratante para que haga contacto con el centro regulador y se comente el estado de salud del paciente.	Referencia y contra referencia: Personal de referencia y Contrareferencia y el médico		
5	Gestionar aprobación remisión por parte del centro regulador: La entidad que regula al paciente envía mediante correo o vía telefónica el código de remisión y el nombre de la institución a donde se debe enviar el paciente.	Referencia y contra referencia: Auxiliar de referencia y Contrareferencia		
6	Solicitar autorización para traslado en ambulancia a la EPS: La auxiliar de referencia solicita a la auxiliar de anexos que se realice el trámite administrativo para la autorización de traslado de ambulancia.	Referencia y Contrareferencia: Auxiliar de referencia y Contrareferencia y auxiliar de anexos	Autorización de traslado de ambulancia de la EPS	

Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020



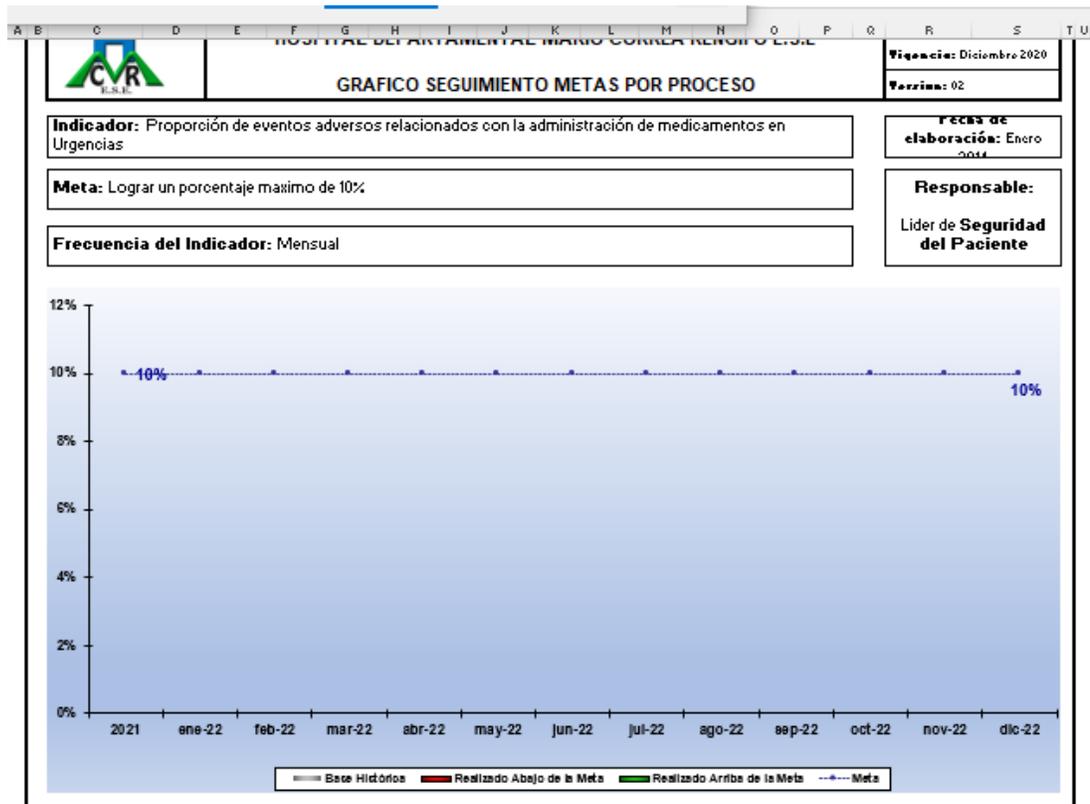
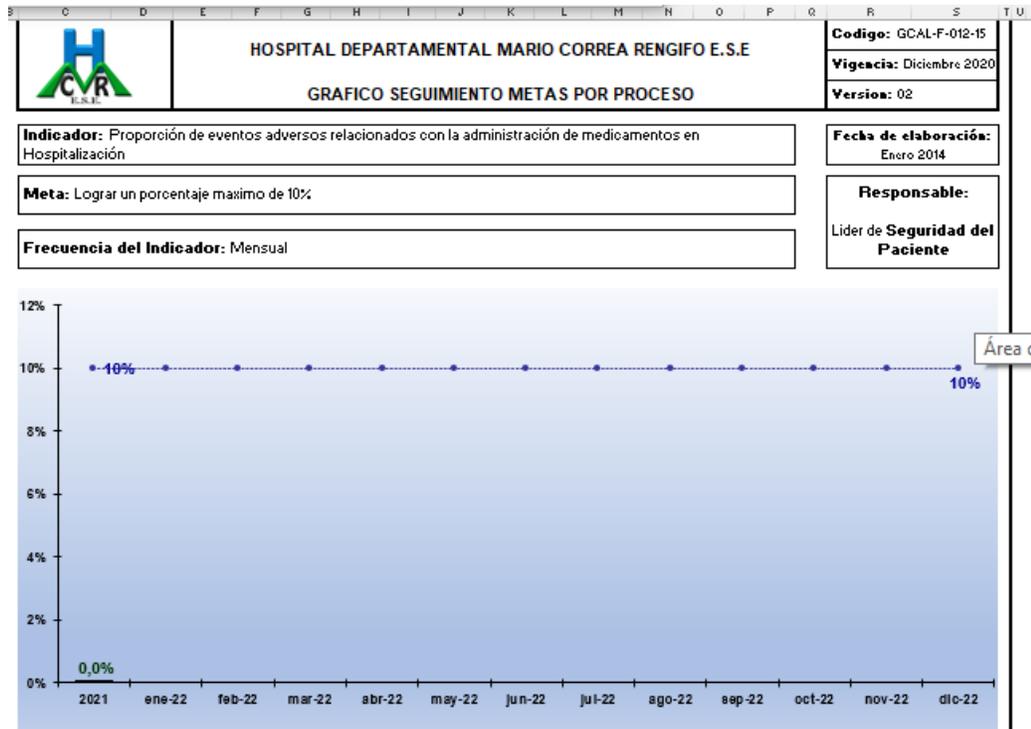
INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020



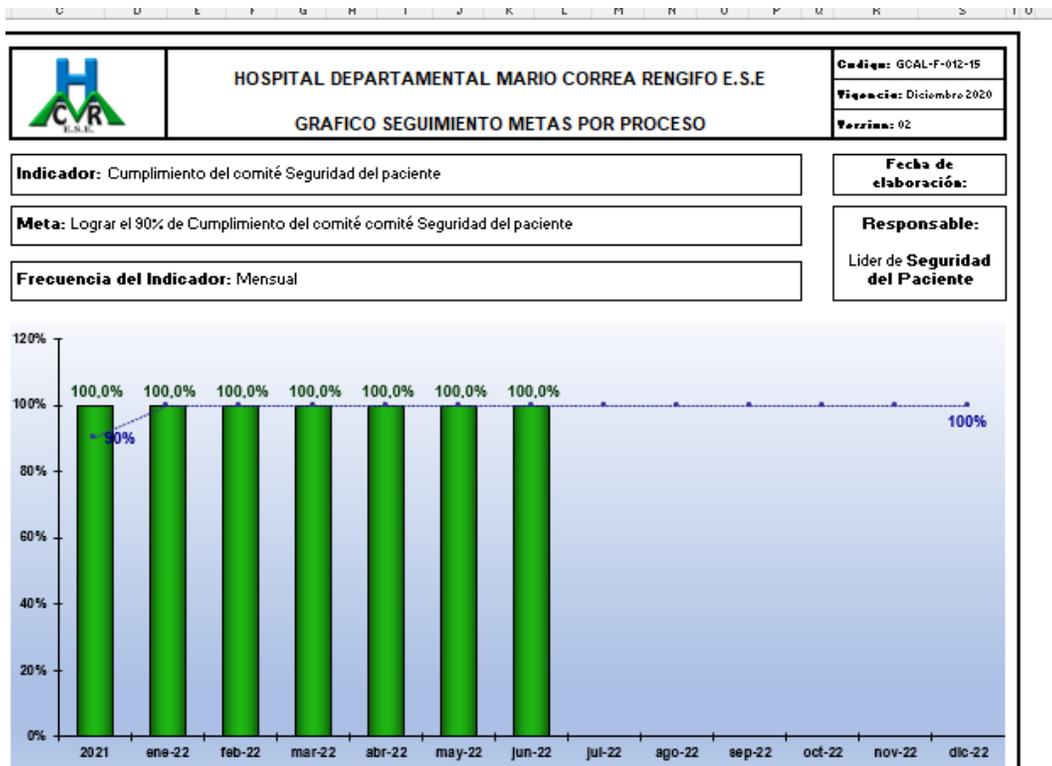
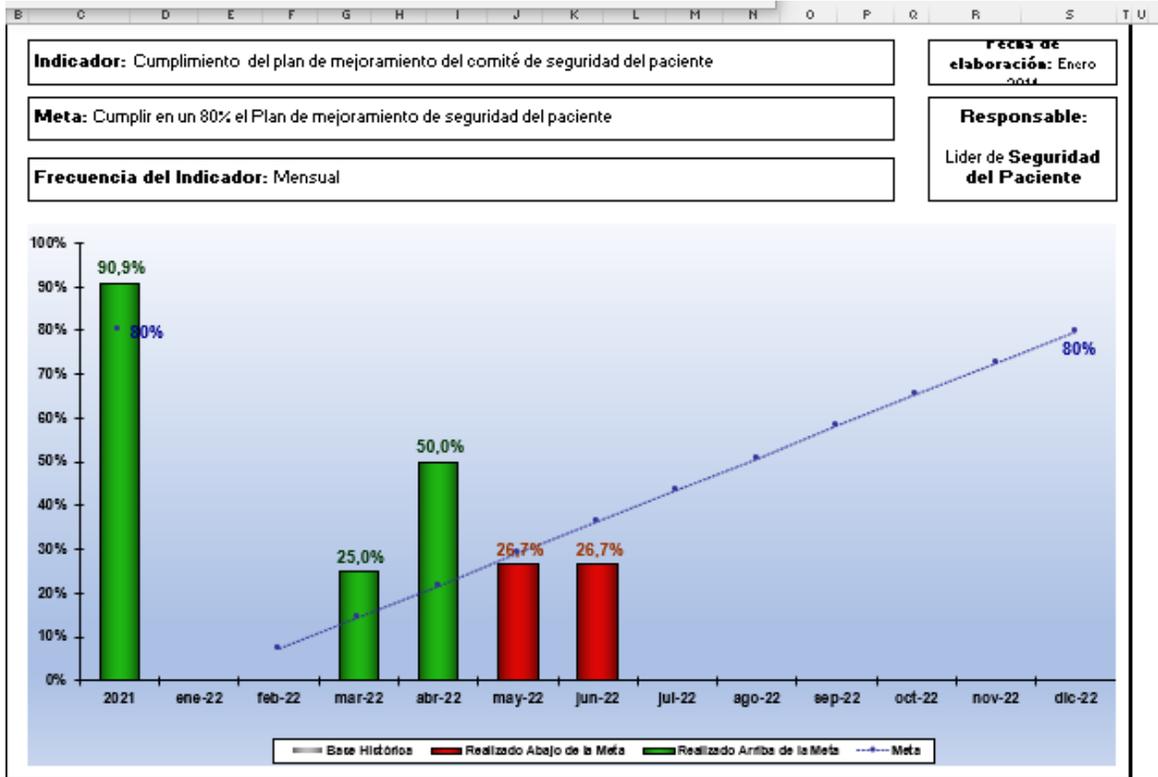
MACROPROCESO GESTION DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD
 PROCESO AUDITORIA INTEGRAL DE CALIDAD
 MODELO ACTA COMPROMISOS DE MEJORA CON IPS
 GAS-AI-F-65 Ver 01



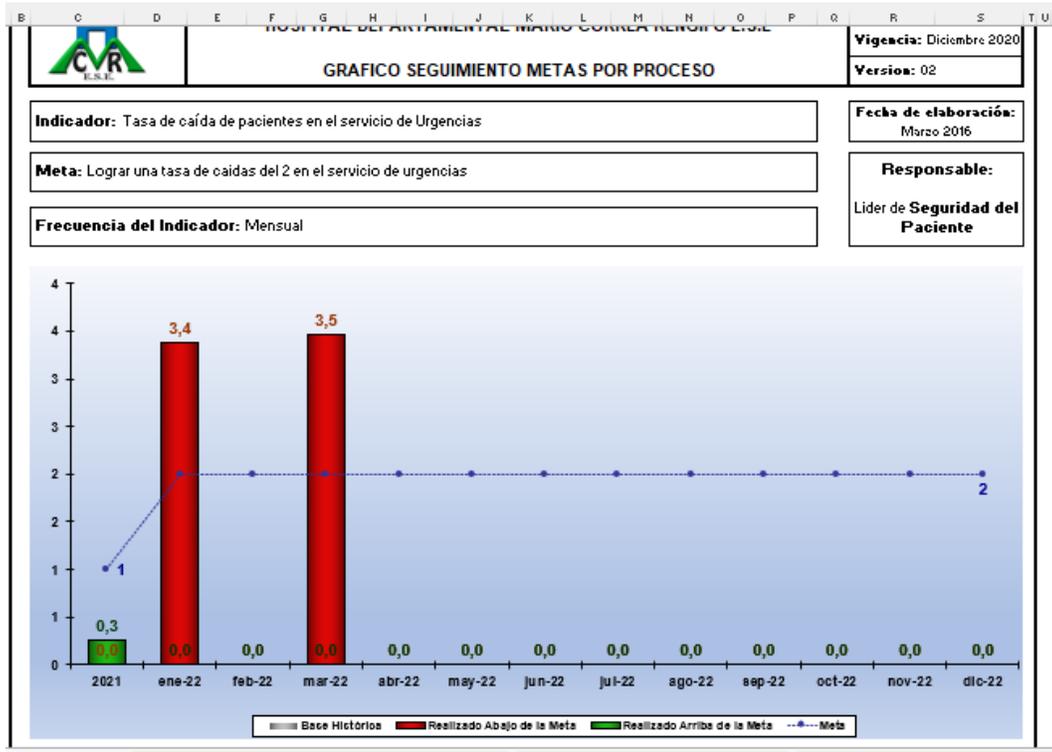
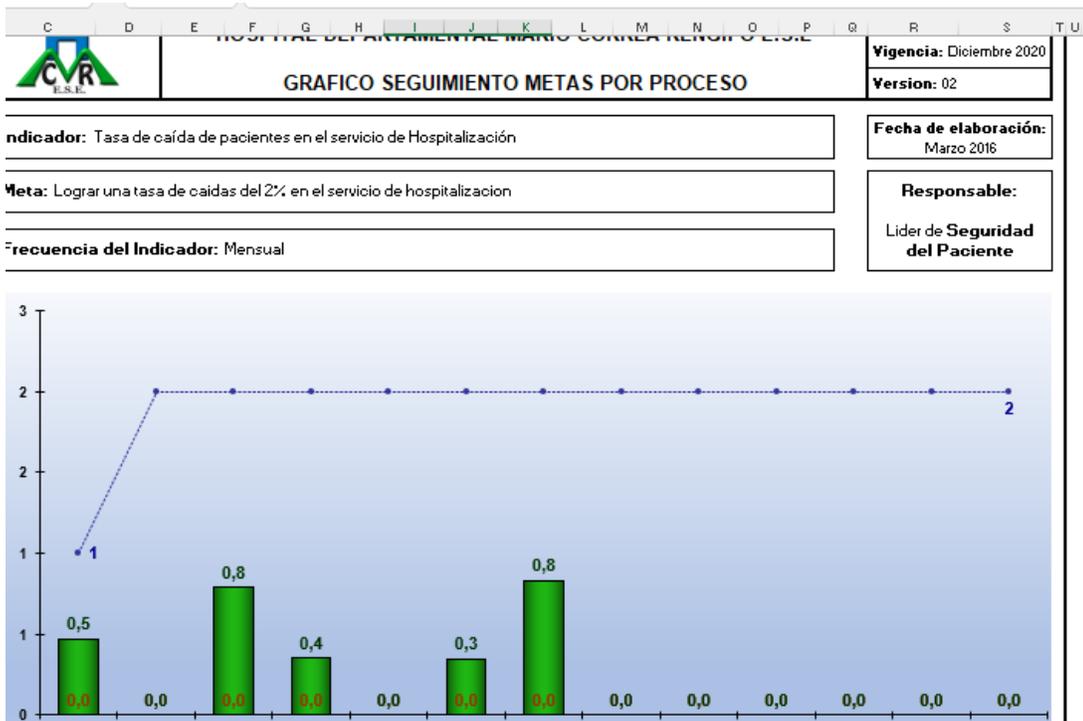
Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020



MACROPROCESO GESTIÓN DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD
 PROCESO AUDITORIA INTEGRAL DE CALIDAD
 MODELO ACTA COMPROMISOS DE MEJORA CON IPS
 GAS-AI-F-65 Ver 01



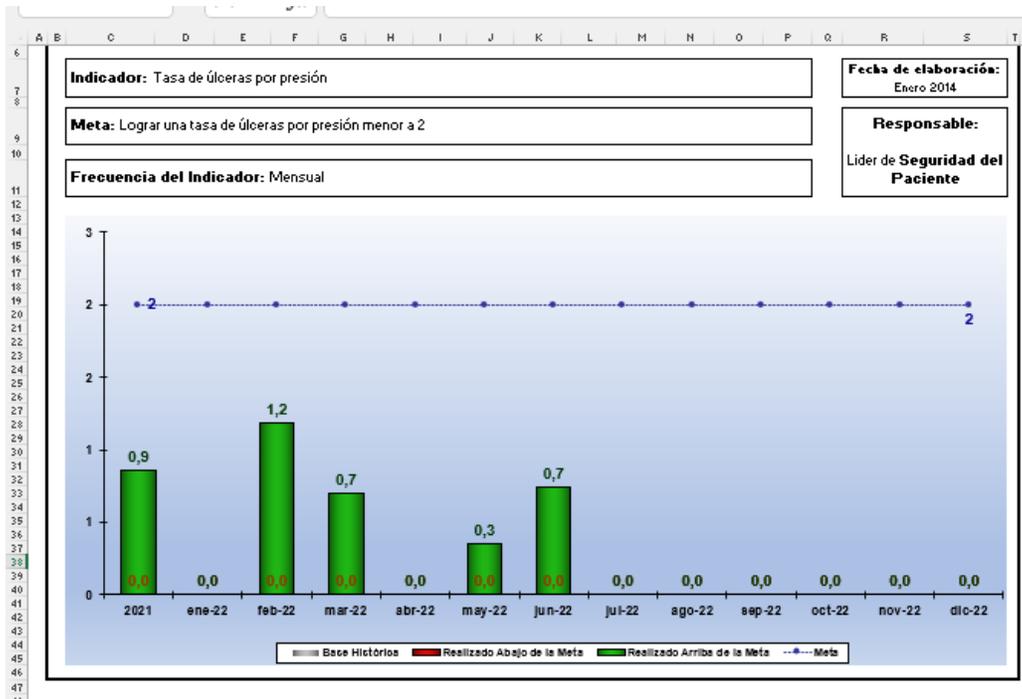
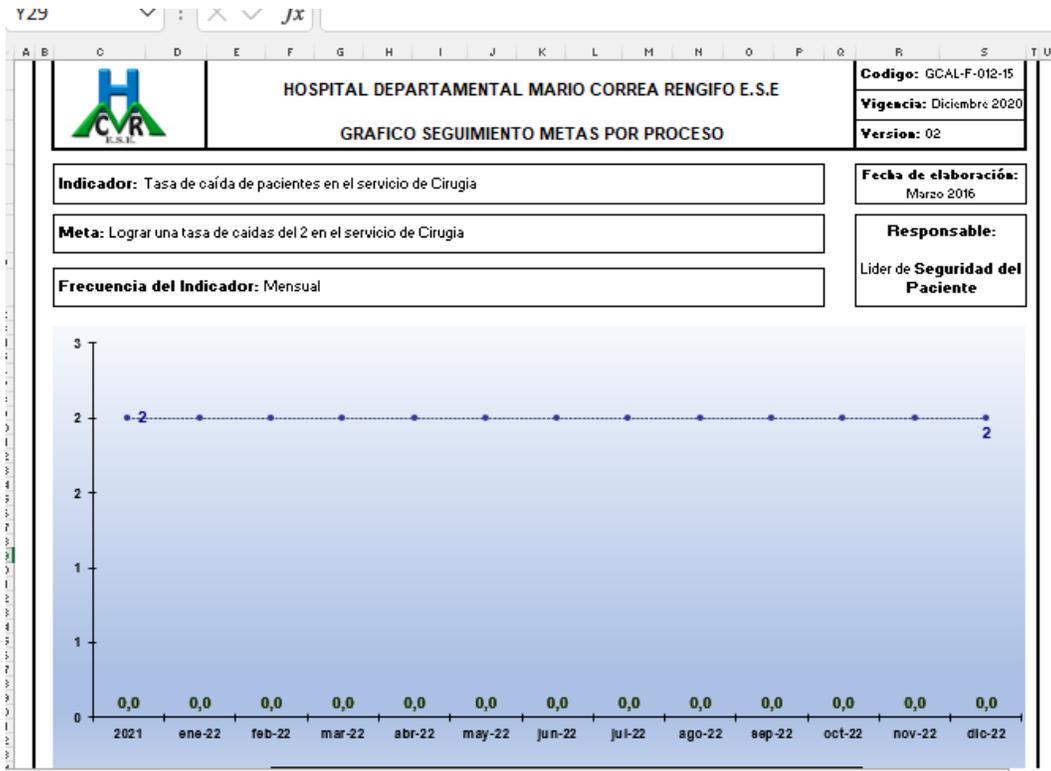
Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020



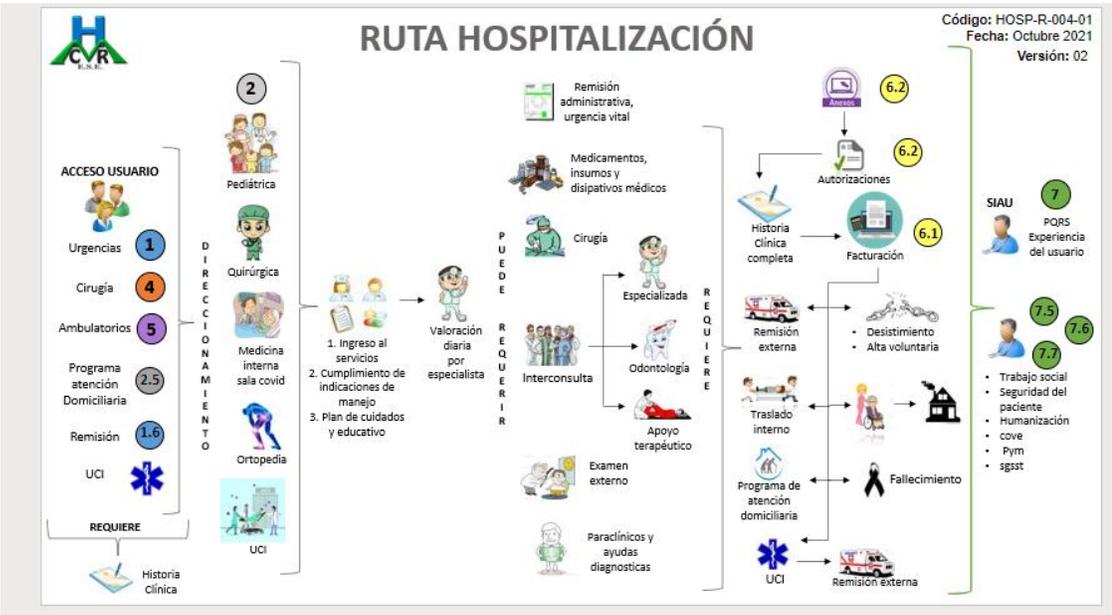
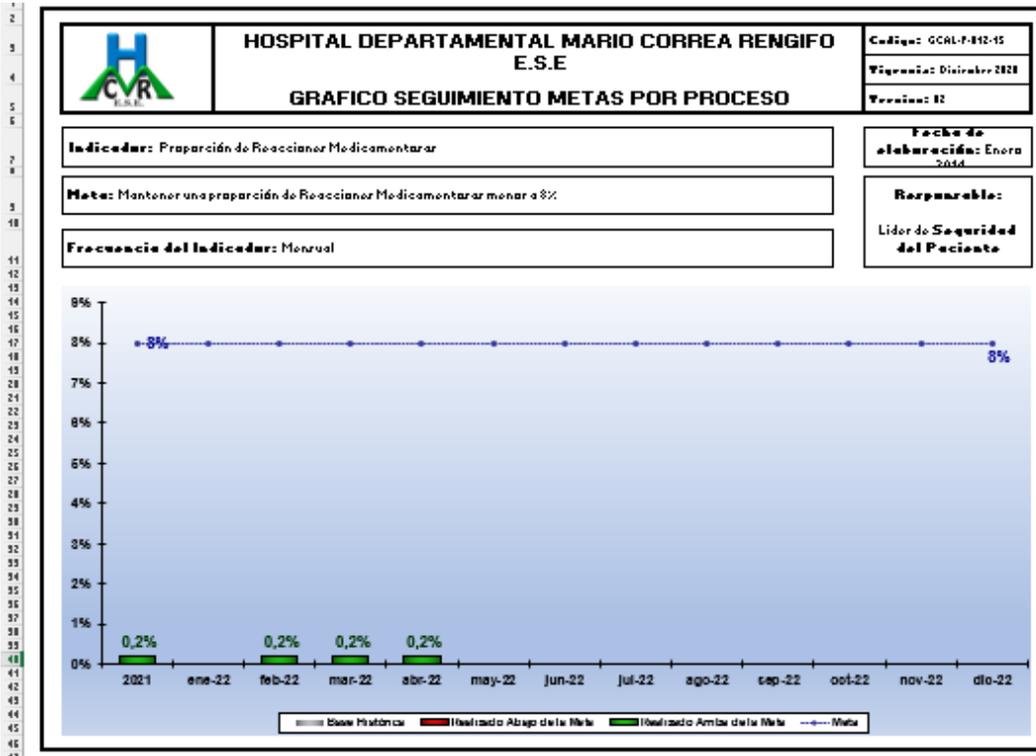
Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020



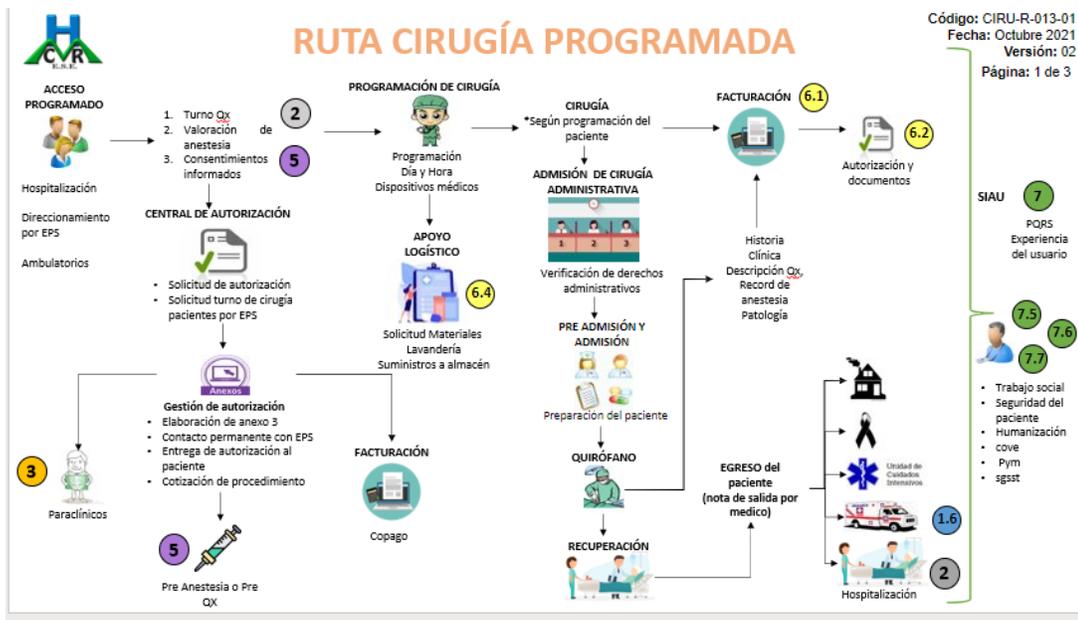
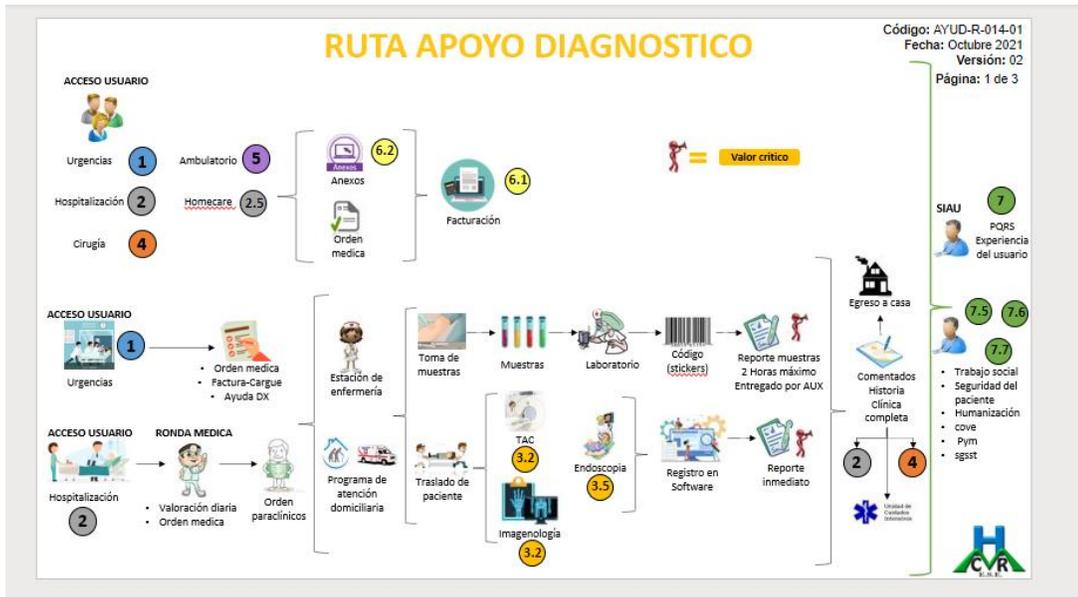
MACROPROCESO GESTION DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD
 PROCESO AUDITORIA INTEGRAL DE CALIDAD
 MODELO ACTA COMPROMISOS DE MEJORA CON IPS
 GAS-AI-F-65 Ver 01



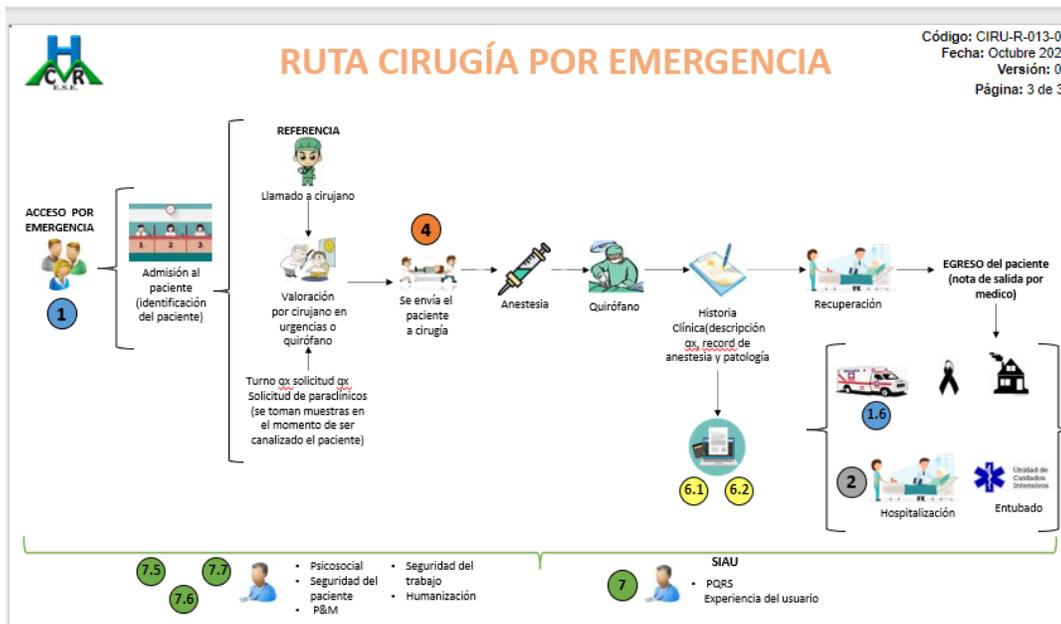
Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020



Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020



Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020



Elaborado por: Coordinador Auditoria en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	COVE
	SUBPROCESO	PROTOCOLO DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD

PROTOCOLO DE VIGILANCIA PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD



EJES TEMÁTICOS DE LA ACREDITACIÓN

<p>GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA</p> 	<p>HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD</p> 
<p>MEJORAMIENTO CONTINUO</p> 	<p>ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO</p> 

Elabora por: <i>Coordinador Auditoria en Salud</i>	Revisado por: <i>Profesional de Calidad</i>	Aprobado por: <i>Vicepresidente de Servicios de Salud</i>
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en <i>septiembre de 2020</i>

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	COVE
	SUBPROCESO	
PROTOCOLO DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD		

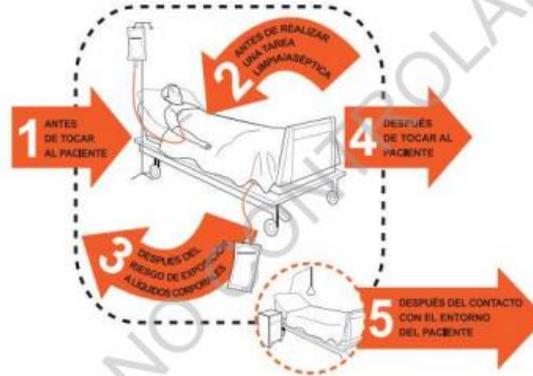
6.2.4. PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A CATÉTER

PREVIO A LA INSERCIÓN	DURANTE LA INSERCIÓN	CUIDADOS POSTERIORES
<ul style="list-style-type: none"> • Descolonice pacientes en UCI con baño diario usando Clorhexidina al 2% (pacientes mayores de 2 meses de edad). • Prepare la piel limpia con clorhexidina alcohólica antes de la inserción del catéter y durante los cambios de apósito. • Use el kit con todos los elementos necesarios para la inserción de catéter que incluyan: mascarilla quirúrgica, bata estéril, guantes estériles, gorro y campo estéril grande que lo cubra todo, con un orificio que solo permita el acceso al sitio de inserción. Realice higiene de manos (lavado y fricción) antes de la inserción del catéter. 	<ul style="list-style-type: none"> • Use precauciones estándar y técnica estéril. • Inserciones subclavias en lugar de yugulares o femorales en pacientes adultos. • Use catéteres venosos centrales con el número mínimo de puertos necesarios para el manejo del paciente. • Utilice catéter uni lumen para nutrición parenteral. • Si se anticipa la necesidad de un CVC por más de 4 semanas, prefiera los tunelizados o implantables. • Use gasa estéril transparente o apósito semipermeable para cubrir el sitio del catéter. • Sólo se puede hacer recambio del CVC por guía si no hay evidencia de infección. • Cuando la adherencia a la técnica aséptica durante la inserción del catéter ha quedado en duda (situaciones de emergencia) reemplace el catéter tan pronto sea posible. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestione diariamente signos de bacteriemia asociada a catéter, la necesidad del dispositivo y retírelo tan pronto como sea posible. • Mantenga en todo momento una técnica aséptica para el cuidado de los catéteres intravasculares. • Realice higiene de manos (fricción con solución alcohólica) antes y después de entrar en contacto con el dispositivo. • Desinfecte conectores y puertos de inyección antes de acceder al catéter. • Realice curación del catéter con clorhexidina 2% y cambio de apósitos transparentes cada 7 días o inmediatamente si el vendaje se ensucia, se desprende o se humedece. • Sustituya catéteres periféricos cada 72 horas. • Reemplace los elementos y equipos utilizados de infusión cada 72 horas y para transfusión, hemoderivados o lípidos en las 24 horas siguientes. • Si existe sospecha de infección asociada al catéter, retírelo y prefiera cambio por nueva vía y punción. • Baño diario con clorhexidina en

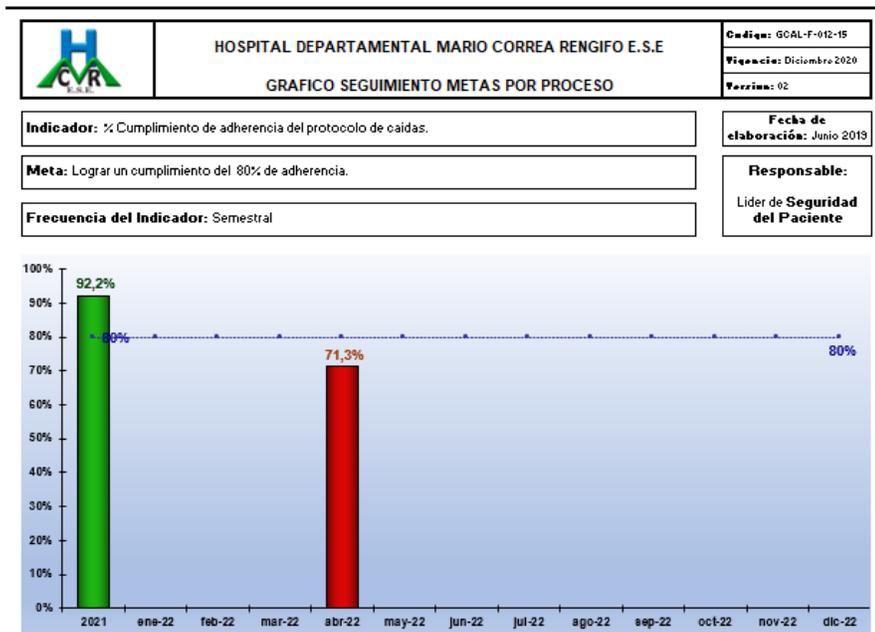
Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	COVE
	SUBPROCESO	
PROTOCOLO DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD		

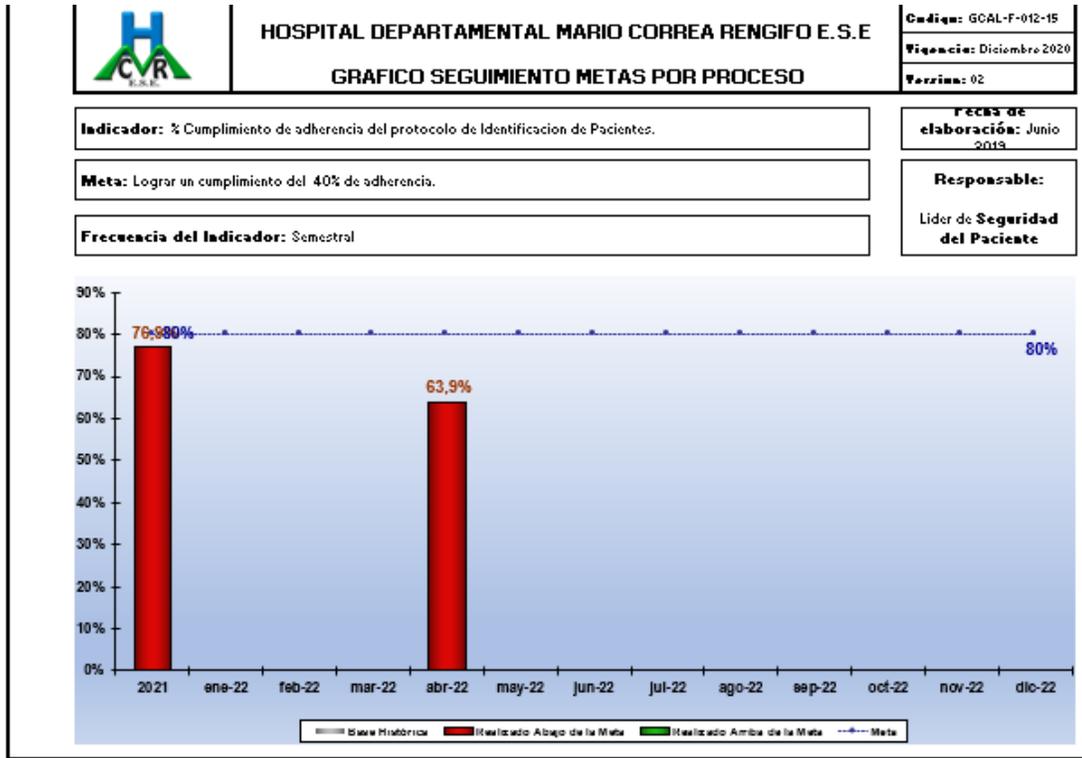
Sus 5 Momentos para la Higiene de las Manos



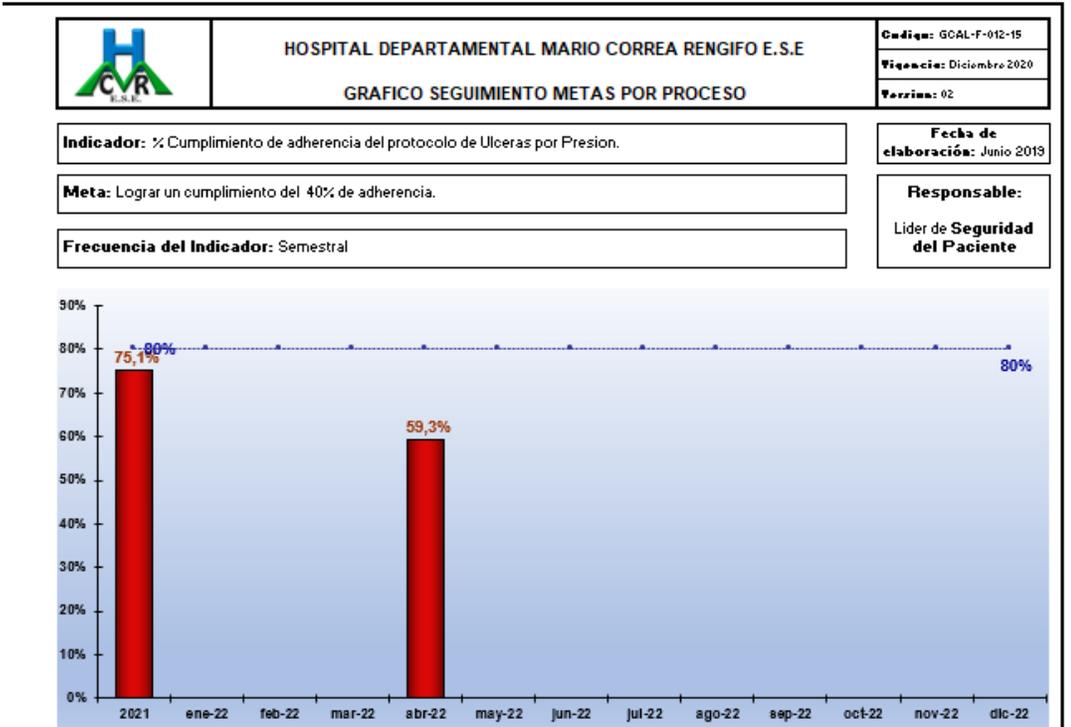
ANTES DE TOCAR AL PACIENTE		
1.	¿CUÁNDO?	Lávese las manos antes de tocar paciente cuando se acerque a él.
	¿POR QUÉ?	Para proteger al paciente de los microorganismos patógenos que tiene el profesional en las manos.
	EJEMPLOS	Exploración clínica, ayudarlo a moverse, darle la mano, tomar el pulso, tomar la tensión arterial, levantar al paciente, aseo, dar un masaje, etc.
ANTES DE REALIZAR UNA TAREA LIMPIA / ASÉPTICA		



Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020



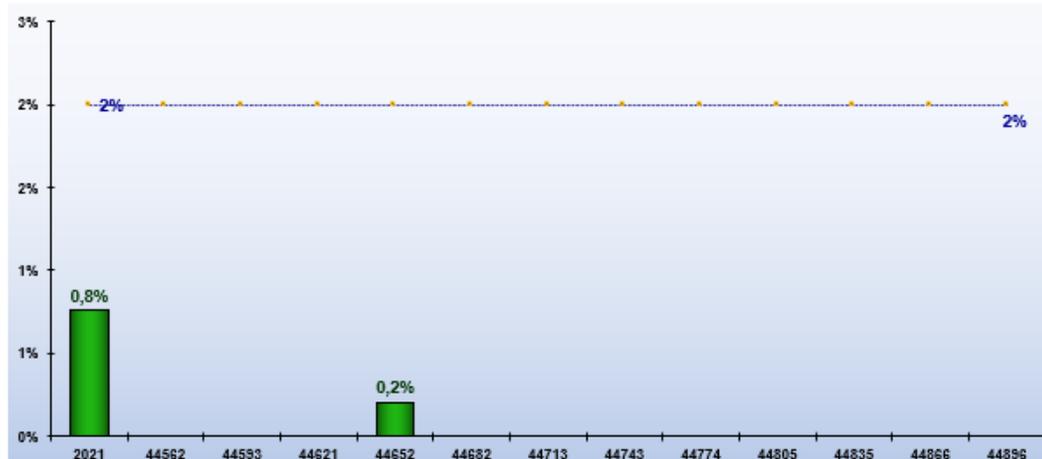
B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U



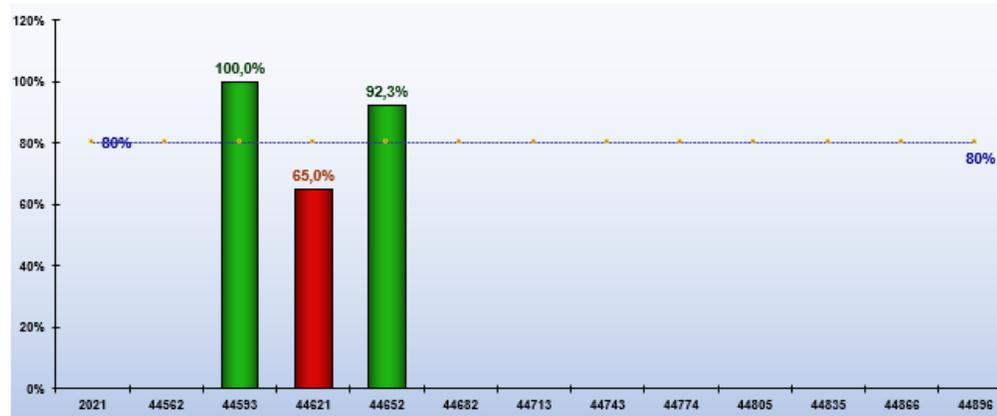
Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020

B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U

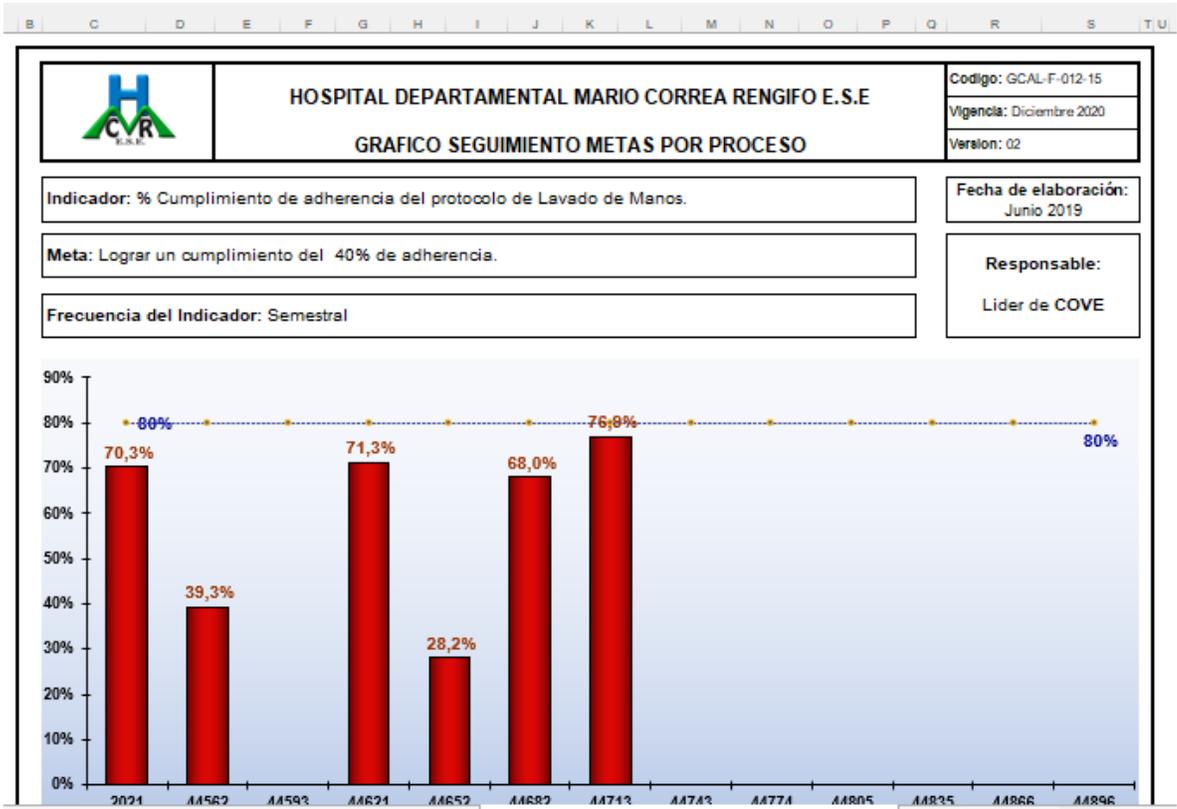
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E GRAFICO SEGUIMIENTO METAS POR PROCESO	Código: GCAL-F-012-15 Vigencia: Diciembre 2020 Versión: 02
	Indicador: Tasa de infección hospitalaria (Nosocomial)	Fecha de elaboración: Enero 2014
Meta: Lograr un porcentaje menor al 2%	Responsable: Líder de COVE	
Frecuencia del Indicador: Mensual		



	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E GRAFICO SEGUIMIENTO METAS POR PROCESO	Código: GCAL-F-012-15 Vigencia: Diciembre 2020 Versión: 02
	Indicador: % Infección urinaria asociada a sonda vesical	Fecha de elaboración: Junio 2019
Meta: Lograr un cumplimiento del 40% de adherencia.	Responsable: Líder de COVE	
Frecuencia del Indicador: Semestral		



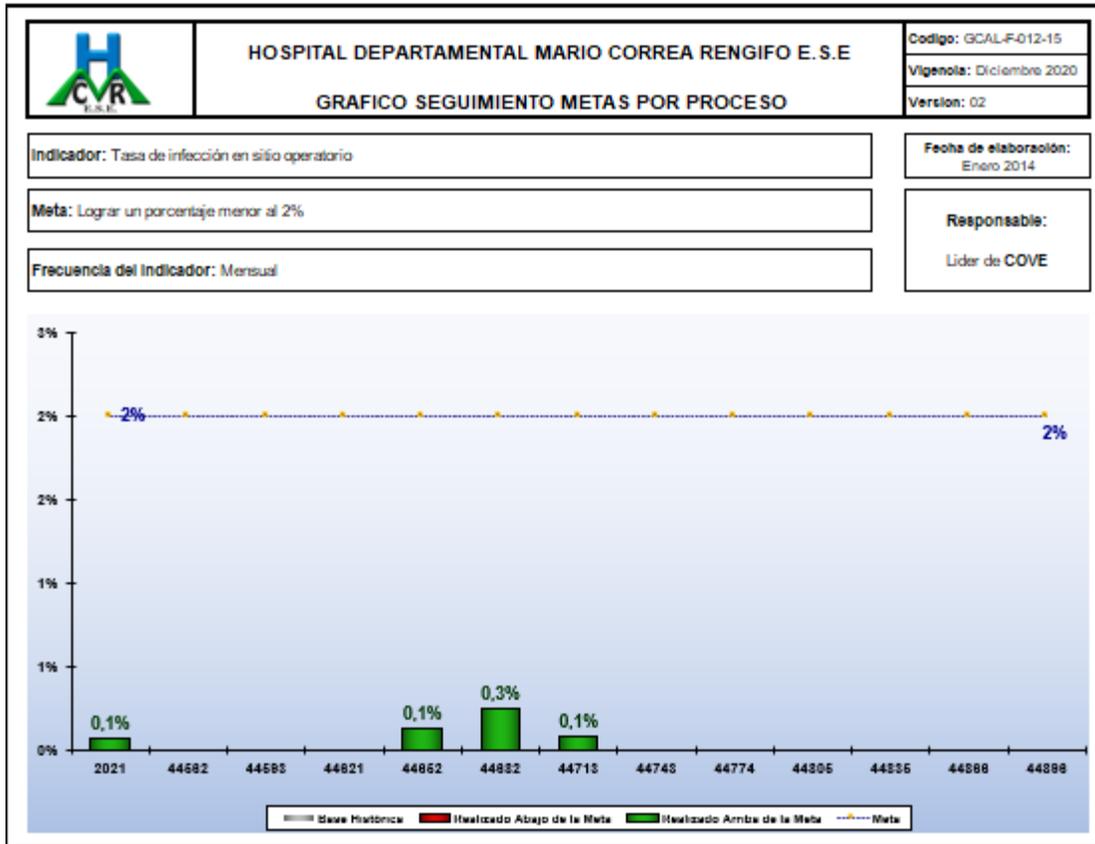
Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020



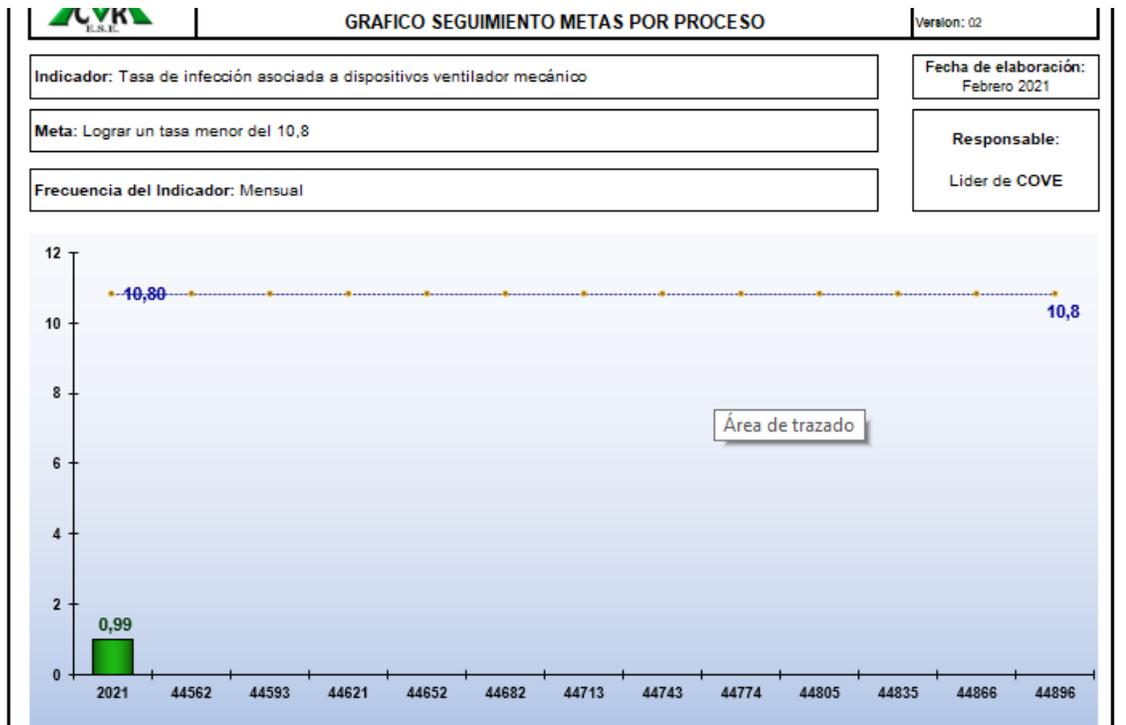
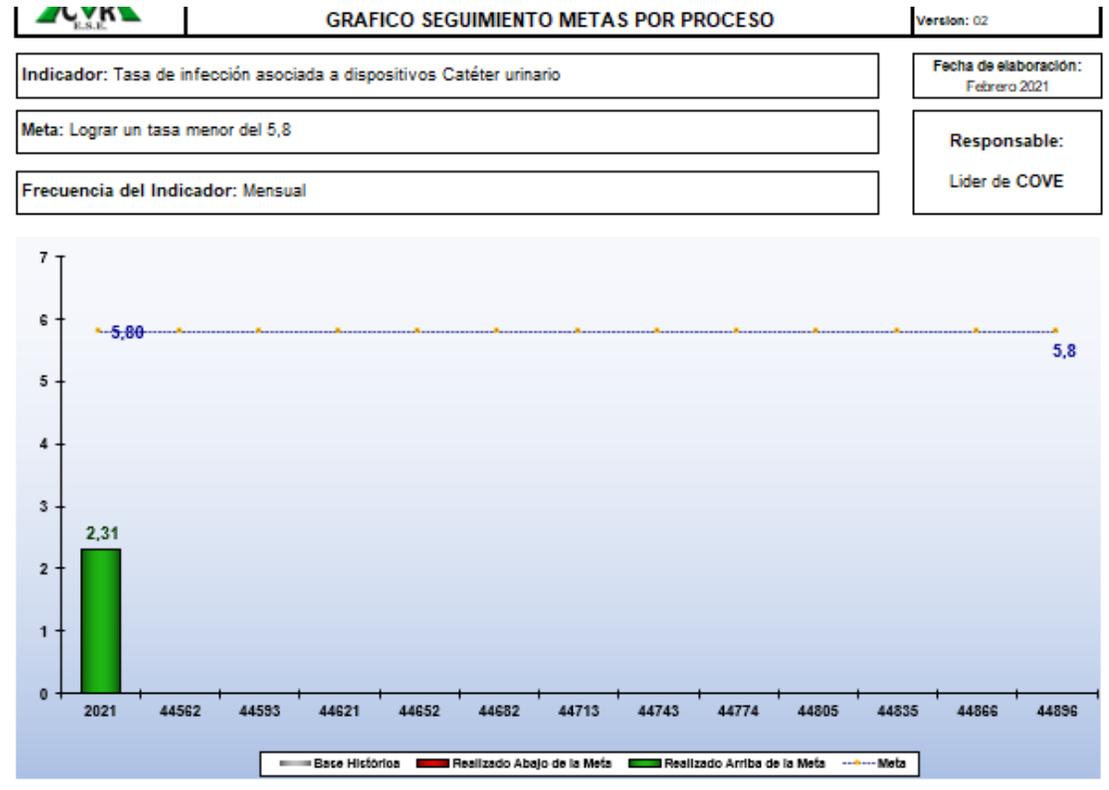
Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020



MACROPROCESO GESTION DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD
 PROCESO AUDITORIA INTEGRAL DE CALIDAD
 MODELO ACTA COMPROMISOS DE MEJORA CON IPS
 GAS-AI-F-65 Ver 01



Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020



Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	FARMACIA
	SUBPROCESO	FARMACIA GENERAL Y CIRUGIA
PROCEDIMIENTO DE DISPENSACION Y DISTRIBUCION DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS		

PROCEDIMIENTO DE DISPENSACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS



ES TEMÁTICOS DE LA ACREDITACIÓN

MEJORAMIENTO CONTINUO

GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA



	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	FARMACIA
	SUBPROCESO	FARMACIA GENERAL Y CIRUGIA
PROCEDIMIENTO DE DISPENSACION Y DISTRIBUCION DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS		

CONTENIDO

1. OBJETIVO.....	3
2. ALCANCE.....	3
3. NORMATIVA.....	3
4. DEFINICIONES.....	3
5. RIESGOS.....	4
6. CONTENIDO.....	4
6.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE ENTREGA Y DESPACHO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS EN URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN Y UCI	4
6.2. DISPENSACIÓN CUANDO FALLA EL SISTEMA.....	7
6.3. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE ENTREGA Y DESPACHO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS EN CIRUGIA.....	7
6.4. REQUISITOS QUE DEBE CONOCER EL AUXILIAR DE FARMACIA AUTORIZADO	9
6.5. PROHIBICIONES DEL DISPENSADOR.....	9
7. INDICADORES.....	10
8. ANEXOS.....	10
9. CONTROL DE REGISTROS.....	10
10. ELABORO, REVISO Y APROBO.....	11

4. DEFINICIONES

Devolutivos: Son los medicamentos que no son utilizados en el tratamiento.

Distribución física de medicamentos y dispositivos médicos: Es el conjunto de actividades que tienen por objeto lograr que el medicamento o dispositivo médico que se encuentra en el establecimiento farmacéutico, distribuidor autorizado, sea entregado oportunamente al usuario, para lo cual deberá contarse con la disponibilidad del producto, tiempo y espacio en el servicio farmacéutico o el establecimiento farmacéutico, estableciéndose vínculos entre el prestador del servicio, el usuario y los canales de distribución.

Código FARMA-P-019-08 Versión 03 Pagina 3 de 11 Vigencia Octubre 2020

Nº	ACTIVIDAD Y DESCRIPCIÓN	PROCESO Y CARGO RESPONSABLE	REGISTROS	OBSERVACIONES
1	Recepcionar pedido: Visualizar por medio del sistema PANACEA la necesidad de medicamento o dispositivo médico de los procesos de urgencias, hospitalización o UCI.	Farmacia: Auxiliar de farmacia	Sistema Panacea	Se genera un registro de pedido (número de pedido)
2	Visualizar e imprimir: Al visualizar un pedido el auxiliar de farmacia debe	Farmacia: Auxiliar de farmacia	Registro de pedido de panacea	

Código FARMA-P-019-08 Versión 03 Pagina 4 de 11 Vigencia Octubre 2020

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	FARMACIA
	SUBPROCESO	FARMACIA GENERAL Y CIRUGIA
PROCEDIMIENTO DE DISPENSACION Y DISTRIBUCION DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS		

3	imprimir el registro de pedido de panacea. Entregar el pedido en farmacia (Si es urgente): Por un chat que está integrado por farmacia y los diferentes servicios como hospitalización, urgencias y UCI se envía a farmacia el número de requerimiento (si se requiere urgente) para	Farmacia: Auxiliar de farmacia	Orden de dispensación de panacea	los criterios para considerar un pedido de urgencia lo determinan la sala que prescribe, (si es urgente hacen el pedido y llaman a farmacia que lo alisten de una vez)
---	---	-----------------------------------	----------------------------------	--

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	FARMACIA
	SUBPROCESO	FARMACIA GENERAL Y CIRUGIA
PROCEDIMIENTO DE DISPENSACION Y DISTRIBUCION DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS		

	sala en donde se esté realizando la entrega. Para el proceso de urgencia a medida que van llegando los pacientes van solicitando a farmacia y entregando por la ventana. Es decir, no hay un horario establecido, todo el día y la noche se entregan pedidos			
	Devolución de productos a			

Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020

	E. S. E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO
	PROCESO HOSPITALIZACIÓN
	SUBPROCESO GUÍA DE NUTRICIÓN PARENTERAL

GUÍA DE NUTRICIÓN PARENTERAL

EJES TEMÁTICOS DE LA ACREDITACIÓN

GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA 	HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD
MEJORAMIENTO CONTINUO 	ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO

	E. S. E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO
	PROCESO HOSPITALIZACIÓN
	SUBPROCESO GUÍA DE NUTRICIÓN PARENTERAL

CONTENIDO	
1.	INTRODUCCIÓN.....
2.	OBJETIVO.....
3.	ALCANCE.....
4.	NORMATIVA.....
5.	DEFINICIONES.....
6.	RIESGOS.....
7.	CONTENIDO.....
7.1.	POBLACIÓN OBJETIVO.....
7.2.	FORTALEZAS Y LIMITACIONES DEL CONJUNTO DE LA EVIDENCIA.....
7.3.	IDENTIFICACIÓN, CLASIFICACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LA EVIDENCIA.....
7.4.	FORMULACIÓN EXPLICITA DE RECOMENDACIONES.....
8.	RECURSOS.....
9.	RECOMENDACIONES.....
9.1.	INDICACIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL.....
9.2.	RECOMENDACIONES ASPEN PARA EVITAR EL SR.....
10.	COMPLICACIONES.....
11.	ANEXOS.....
12.	BIBLIOGRAFÍAS.....
13.	CONTROL DE REGISTROS.....
14.	ELABORO, REVISO Y APROBÓ.....

	E. S. E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO
	PROCESO FARMACIA
	SUBPROCESO PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO Y CONSERVACIÓN DE MEDICAMENTOS E INSUMOS

PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO Y CONSERVACIÓN DE MEDICAMENTOS E INSUMOS

EJES TEMÁTICOS DE LA ACREDITACIÓN

MEJORAMIENTO CONTINUO 	GESTIÓN DEL RIESGO
----------------------------------	-------------------------------

	E. S. E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO
	PROCESO FARMACIA
	SUBPROCESO PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO Y CONSERVACIÓN DE MEDICAMENTOS E INSUMOS

CONTENIDO	
1.	OBJETIVO.....3
2.	ALCANCE.....3
3.	NORMATIVA.....3
4.	DEFINICIONES.....3
5.	RIESGOS.....5
6.	CONTENIDO.....6
6.1.	RECEPCIÓN DE MEDICAMENTOS.....6
6.2.	ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS 7
6.3.	CONSERVACION DE LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS.....11
6.4.	MATERIAL Y EQUIPOS.....12
6.5.	CONTROL DE TEMPERATURAS.....12
7.	INDICADORES.....13
8.	ANEXOS.....13
9.	CONTROL DE REGISTROS.....13
10.	ELABORO, REVISO Y APROBO.....14

Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020

				mayoristas o minoristas
3	Colocar los medicamentos al detal en las diferentes estanterías, y los dispositivos médicos en estanterías diferentes.	Farmacia: Jefe de bodega /auxiliar de farmacia		Tener en cuenta las diferentes áreas que se encuentran en el servicio farmacéutico, delimitadas con cintas en el piso tales como área de almacenamiento, cuarentena, cadena frío, alistamiento y dispensación.
4	Control de temperatura -Los productos fotosensibles se almacenen protegidos de la luz. -Mantenimiento de la cadena de frío a temperaturas de refrigeración entre 2°C y 8°C Y los demás medicamentos a temperatura ambiente (entre 23 a 30°C)	Farmacia: Jefe de bodega /auxiliar de farmacia	FARM-F-019-02 Formato de control de temperatura y humedad relativa	La toma de las condiciones ambientales se realiza dos veces por día (en la mañana y en la tarde) Tener en cuenta los medicamentos que requieran refrigeración debe estar siempre en la nevera.
5	Verificar continuamente la fecha de vencimiento de los	Farmacia:		Se debe tener en cuenta la

PROCESO SUBPROCESO		COVE
PROCESO SUBPROCESO		COVE
PROTOCOLO USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS		PROTOCOLO USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS

PROCESO SUBPROCESO		COVE
PROCESO SUBPROCESO		COVE
PROTOCOLO USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS		PROTOCOLO USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS

CONTENIDO	
1. OBJETIVOS.....	4
2. ALCANCE.....	4
3. NORMATIVA.....	4
4. DEFINICIONES.....	4
5. RIESGOS.....	6
5.1. ESTRATIFICACION DE FACTORES DE RIESGO POR PACIENTE PARA INFECCIONES POR ENTEROBACTERIAEAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASA PARA INFECCIONES ADQUIRIDAS EN EL HOSPITAL.....	6
5.2. ESTRATIFICACION DE FACTORES DE RIESGO POR PACIENTE PARA INFECCIONES POR BACTERIAS PRODUCTORAS DE BLEE.....	7
5.3. FACTORES DE RIESGO PARA CANDIDIASIS INVASIVA.....	8
5.4. FACTORES DE RIESGO PARA INFECCION POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA.....	9
6. CONTENIDO.....	10
6.1. DOSIS DE ANTIMICROBIANOS –AJUSTES DE LA FUNCION RENAL.....	10
6.2. NUEVOS ANTIMICROBIANOS (USO EXCLUSIVO DE INFECTOLOGIA).....	20
6.3. RECOMENDACIONES ANTIMICROBIANAS.....	20
6.3.1. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.....	20
6.3.2. INFECCIONES DE CABEZA Y CUELLO (ORL).....	25
6.3.3. INFECCIONES DEL TRACTO RESPIRATORIO INFERIOR.....	32
6.3.4. INFECCIONES CARDIOVASCULARES.....	39
6.3.5. INFECCIONES INTRAABDOMINALES Y GASTROINTESTINALES.....	43
6.3.6. APENDICITIS AGUDA Y PLASTRON APENDICULAR EN GENERAL IGUAL PARA PERITONITIS.....	52
6.3.7. INFECCIONES GINECOLOGICAS.....	57
6.3.8. INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO.....	60
6.3.9. INFECCIONES OSTEO-ARTICULARES.....	78
6.3.10. INFECCIONES EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	87
6.3.11. OTRAS INFECCIONES.....	93
6.3.12. INFECCIONES DE INTERES EN SALUD PUBLICA.....	95
6.3.13. ESQUEMA DE TRATAMIENTO ESTANDAR PARA TUBERCULOSIS SENSIBLE.....	99
6.3.14. DURACION SUGERIDA DE TERAPIA ANTIMICROBIANA EN PACIENTES.....	99

Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020

comenzando por la valoración, diagnóstico y clasificación de la complejidad de la patología, reconocer si requiere o no la atención en este servicio; ofrecer su capacidad médico-científica, ética y humana para la recuperación del buen estado de salud del paciente.

3.2 DESCRIPCIÓN FUNCIONES ESENCIALES

- 3.2.1 Brindar atención médica general a pacientes que ingresen por urgencias al hospital, y/o en las áreas donde desarrolle sus funciones, de manera oportuna y con calidad, garantizando la prestación de servicios eficientes
- 3.2.2 Realizar con los profesionales de enfermería y los auxiliares de enfermería, la consecución traslado de equipos y exámenes requeridos para la realización de procedimientos.
- 3.2.3 Diligenciar con letra clara y legible de manera completa, los formatos Clínicos y administrativos requeridos para la buena y eficaz prestación de los servicios
- 3.2.4 Participar en la elaboración y ejecución de los protocolos de procedimientos diseñados para el servicio
- 3.2.5 Participación activa en el sistema de vigilancia de lesiones de causa externa, para medir la morbilidad, mortalidad y perfil epidemiológico de los pacientes que acuden al servicio.
- 3.2.6 Promover en el área de desempeño la cultura de los valores, la humanización en el servicio y principios éticos para garantizar transparencia en todos los actos del área.
- 3.2.7 Participar, Promover y desarrollar un programa de seguridad del paciente en el hospital Mario Correa Rengifo.
- 3.2.8 Participar en la implementación del sistema de gestión de la tecnología en el Hospital.
- 3.2.9 Cumplir con los turnos que se le asignen
- 3.2.10 MEDICO GENERAL EN SERVICIOS DE HOSPITALIZACION
 - 3.2.10.1 Atención de pacientes y realización de evaluación clínica.
 - 3.2.10.2 Practicar exámenes de medicina general, formular diagnósticos y realizar procedimientos especiales y/o prescribir el tratamiento que debe seguir el paciente según el caso, aplicando los derechos del enfermo.
 - 3.2.10.3 Realizar control de los pacientes que estén bajo su cuidado.
 - 3.2.10.4 Remitir pacientes a médicos especialistas cuando se requiera y de acuerdo a las normas del sistema de remisión de pacientes.
 - 3.2.10.5 Consultar y verificar el cumplimiento de todo tipo de orden médica.
 - 3.2.10.6 Verificar el trámite de procesos de los exámenes y procedimientos externos.
 - 3.2.10.7 Consultar y verificar el cumplimiento de todo tipo de orden medica dada
 - 3.2.10.8 Diligenciar con letra clara y legible de manera completa, los formatos clínicos y administrativos requeridos para la buena y eficaz prestación de los servicios.
 - 3.2.10.9 Cumplir con los turnos que se le asignen.
 - 3.2.10.10 Las demás funciones que le sean asignadas por su jefe inmediato y que estén acordes con la

	MANUAL ESPECIFICO DE FUNCIONES Y COMPETENCIAS LABORALES	Código: TAHU-F-006-44
		Vigencia: Mayo 2019
		Versión: 3
		Páginas: 95 de 152



1. IDENTIFICACION Y UBICACIÓN DEL EMPLEO	
1.1 NIVEL	Profesional
1.2 DENOMINACION DEL EMPLEO	Enfermero
1.3 CODIGO	243
1.4 GRADO	06
1.5 NUMERO DE CARGOS	Doce (12)
1.6 DEPENDENCIA	Área Asistencial
1.7 CARGO DEL JEFE INMEDIATO	Profesional Especializado
2. ÁREAS FUNCIONALES: ÁREAS ASISTENCIALES	
3 DESCRIPCIÓN DE FUNCIONES DEL EMPLEO	
3.1 PROPOSITO PRINCIPAL	
Administrar el área asignada mediante la planeación, dirección ejecución coordinación, seguimiento y evaluación de los diferentes procesos de enfermería para garantizar el cuidado integral al usuario y su familia basado en procesos de calidad científica humanística y satisfacer las necesidades inherentes al proceso salud-enfermedad	
3.2 DESCRIPCIÓN FUNCIONES ESENCIALES	
3.2.1	Diseñar planes y programas acorde con las directrices Institucionales, con el fin de asegurar un cuidado de enfermería de calidad científica, técnica humana y ética a la población del área de influencia.
3.2.2	Establecer el control, evaluación y rendimiento de planes y programas para mejorar la eficiencia en la

Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020



MACROPROCESO GESTION DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD
 PROCESO AUDITORIA INTEGRAL DE CALIDAD
 MODELO ACTA COMPROMISOS DE MEJORA CON IPS
 GAS-AI-F-65 Ver 01

ÁREAS ASISTENCIALES	
3 DESCRIPCIÓN DE FUNCIONES DEL EMPLEO	
3.1 PROPOSITO PRINCIPAL	Administrar el área asignada mediante la planeación, dirección ejecución coordinación, seguimiento y evaluación de los diferentes procesos de enfermería para garantizar el cuidado integral al usuario y su familia basado en procesos de calidad científica humanística y satisfacer las necesidades inherentes al proceso salud-enfermedad
3.2 DESCRIPCIÓN FUNCIONES ESENCIALES	
3.2.1	Diseñar planes y programas acorde con las directrices Institucionales, con el fin de asegurar un cuidado de enfermería de calidad científica, técnica humana y ética a la población del área de influencia.
3.2.2	Establecer el control, evaluación y rendimiento de planes y programas para mejorar la eficiencia en la prestación del cuidado de enfermería.
3.2.3	Ejercer control sobre la aplicación de métodos y procedimientos de enfermería a todos los usuarios.
3.2.4	Revisar historias clínicas y órdenes o prescripciones médicas de todos los casos de hospitalización o servicios ambulatorios a su cargo.
3.2.5	Presentar oportunamente al jefe inmediato las situaciones de emergencias y riesgos que se presenten en el área.
3.2.6	Controlar el estado y funcionamiento de equipos, instrumentos y elementos de servicios a su cargo.
3.2.7	Administrar el recurso humano para brindar un cuidado de enfermería eficiente.
3.2.8	Participar en investigaciones de tipo aplicado tendientes a esclarecer las causas y soluciones a los problemas de salud de la comunidad.
3.2.9	Participar como instructores en la capacitación, adiestramiento e instrucción al personal relacionado con el área.
3.2.10	Participar en la actualización del manual de normas y procedimientos del área.
3.2.11	Identificar las necesidades de instalaciones, suministro y equipos a través de un sistema de evaluación y control.
3.2.12	Las demás funciones que le sean asignadas por su jefe inmediato y que estén acordes con la naturaleza del cargo y el área de desempeño.
3.2.13	Promover en el área de desempeño la cultura de los valores, la humanización en el servicio y principios éticos para garantizar transparencia en todos los actos del área.
3.2.14	Participar, Promover y desarrollar un programa de seguridad del paciente en el hospital Mario Correa Rengifo.
3.2.15	Participar en la implementación del sistema de gestión de la tecnología en el Hospital.
3.2.16	Cumplir con los turnos que se le asignen.

	MANUAL ESPECIFICO DE FUNCIONES Y COMPETENCIAS LABORALES	Código: TAHU-F-006-44
		Vigencia: Mayo 2019
		Versión: 3
		Páginas: 130 de 152

MANUAL ESPECIFICO DE FUNCIONES Y DE COMPETENCIAS LABORALES	
1. IDENTIFICACION DEL EMPLEO	
1.1 NIVEL	Asistencial
1.2 DENOMINACION DEL EMPLEO	Auxiliar Área Salud (Auxiliar de Enfermería)
1.3 CODIGO	412
1.4 GRADO	13
1.5 NUMERO DE CARGOS	Sesenta y Ocho (68)
1.6 DEPENDENCIA	Áreas Asistenciales
1.7 CARGO DEL JEFE INMEDIATO	Profesional Especializado
2. ÁREAS FUNCIONAL	
ÁREAS ASISTENCIALES	
3. DESCRIPCIÓN DE FUNCIONES DEL EMPLEO	
3.1 PROPOSITO PRINCIPAL	Ejecutar las labores propias como Auxiliar de Enfermería, brindando atención human y segura mediante los cuidados permanentes a los pacientes según lo establecido por las órdenes médicas y de enfermería.
3.2 DESCRIPCIÓN FUNCIONES ESENCIALES	
3.2.1	Puntualidad, buena presentación personal (uñas cortas, cabello recogido), saludar, <u>presentarse ante</u> el paciente (nombre, cargo, turno en que estará a su servicio), recibo y entrega de turno paciente por paciente, con el formato completo diligenciado de manera clara, completa y oportuna, establecer

Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020

2. AREAS FUNCIONAL ÁREAS ASISTENCIALES
3. DESCRPCION DE FUNCIONES DEL EMPLEO
3.1 PROPOSITO PRINCIPAL Ejecutar las labores propias como Auxiliar de Enfermería, brindando atención human y segura mediante los cuidados permanentes a los pacientes según lo establecido por las órdenes médicas y de enfermería.
3.2 DESCRIPCIÓN FUNCIONES ESENCIALES
3.2.1 Puntualidad, buena presentación personal (uñas cortas, cabello recogido), saludar, <u>presentarse ante</u> el paciente (nombre, cargo, turno en que estará a su servicio), recibo y entrega de turno paciente por paciente, con el formato completo diligenciado de manera clara, completa y oportuna, establecer contacto visual, sonrisa .trato humanizado, mantener la comunicación en tono de voz bajo. 3.2.2 Revisar y cumplir con otras asignaciones que se tengan como código azul, central de esterilización, <u>curaciones</u> , <u>inventario</u> , control de temperatura de cuarto de medicamentos y otras asignadas por el jefe de turnos inherentes a la dinámica del servicio. 3.2.3 Entregar en cada turno el área de trabajo limpia y en orden (equipos y herramientas de trabajo: carros de medicamentos, carro de curación, carro de enfermería, estación de enfermería, en general la sala). 3.2.4 Verificar mediante registro panacea, recibo y entrega d turno, que el paciente tenga sus medicamentos, reciba su <u>tratamiento farmacológico</u> correspondiente, e informar novedades de manera oportuna al jefe y medico de turno. 3.2.5 Verificar condición y <u>estado clínico</u> del paciente mediante observación directa el estado de escaras, permeabilidad de sondas, gastrostomías,ostomías, heridas quirúrgicas, venopunción, estado de la piel, higiene. 3.2.6 Recibir <u>datos del</u> control de líquidos en cada turno, según protocolo de control de <u>líquidos</u> ingeridos y eliminados. 3.2.7 Verificar identificación del paciente en el tablero y su respectiva manilla. 3.2.8 planear sus actividades del turno, según condiciones y necesidades del paciente. 3.2.9 Sacar cuidados de enfermería del <u>kardex</u> en cada turno. 3.2.10 Explicar al paciente procedimientos y/o actividades a realizar 3.2.11 Brindar medidas de confort al paciente (baño general o en cama, masajes, cambio de posición; "teniendo en cuenta seguridad del paciente", arreglo de unidad, tendido de cama, cambio de sabana. 3.2.12 Toma de signos vitales, toma de glucometrias, exámenes de laboratorio, ekg, paso de sondas que la

E. S. E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	HOSPITALIZACIÓN
SUBPROCESO	HOSPITALIZACIÓN
PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	

PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS



EJES TEMÁTICOS DE LA ACREDITACIÓN

ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO 	GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA
HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD 	GESTIÓN DEL RIESGO

E. S. E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
HOSPITALIZACIÓN	
SUBPROCESO	
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	

CONTENIDO	
1. OBJETIVO	3
2. ALCANCE	3
3. NORMATIVA	3
4. DEFINICIONES	3
5. RIESGOS	4
6. CONTENIDO	5
6.1. ÓRDENES MÉDICAS	5
6.2. SOLICITUD DE MEDICAMENTOS	5
6.3. INSUMOS PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	5
6.4. RECEPCIÓN DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIA	5
6.5. ERROS DE MEDICACIÓN	6
6.6. REGLAS DE ORO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	6
6.7. ERRORES EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	8
6.8. OBTENER UNA HISTORIA FARMACOLÓGICA COMPLETA DEL PACIENTE	8
6.9. INVESTIGAR ALERGIAS DEL PACIENTE A MEDICAMENTOS	9
6.10. CONOCER LAS POSIBLES INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS	9
6.11. EDUCAR AL PACIENTE SOBRE EL MEDICAMENTO QUE SE LE VA A ADMINISTRAR	9
6.12. REGISTRAR CADA MEDICAMENTO QUE SE ADMINISTRE	10
6.13. HUMANIZACIÓN	11
7. INDICADORES	11
8. RECURSOS	11
9. RECOMENDACIONES	12
9.1. NORMAS GENERALES	12
9.2. CONSERVACIÓN Y ALMACENAMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS	13
9.3. OTRAS RECOMENDACIONES	14
10. COMPLICACIONES	14
11. CONTROL DE REGISTROS	15
12. ELABORO, REVISO Y APROBO	15

Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020



MACROPROCESO GESTION DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD
 PROCESO AUDITORIA INTEGRAL DE CALIDAD
 MODELO ACTA COMPROMISOS DE MEJORA CON IPS
 GAS-AI-F-65 Ver 01

	E. S. E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO
	PROCESO HOSPITALIZACIÓN
	SUBPROCESO PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

garantizar su seguridad. El riesgo de reacciones adversas y de interacciones medicamentosas aumenta con el número de fármacos administrados. Al ingreso interroga al paciente sobre el nombre, dosis, vía y horario de los medicamentos que viene recibiendo y realice los ajustes necesarios. Además, la unidad de medida que está utilizando. Compruebe si está tomando medicamentos que no requieren fórmula médica.

6.9. INVESTIGAR ALERGIAS DEL PACIENTE A MEDICAMENTOS

Recuerde que ningún medicamento es completamente seguro, pueden producir reacciones impredecibles y efectos adversos de aparición inmediata o tardía. Las reacciones farmacológicas anafilácticas son fáciles de reconocer, pero algunos signos de reacción alérgica tales como sudoración pueden pasarse por alto.

Pida al paciente y familiares que informe a todos los profesionales sobre cualquier alergia que tenga. Anótelos en carpeta la historia clínica, en el kárdex de enfermería, en hoja para registro de medicamentos y en la hoja de recibo y entrega de turno, con el Un rótulo apropiado de: **ALERGICO A:** _____ y repórtelo en cada entrega de turno.

6.10. CONOCER LAS POSIBLES INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS

Siempre que se administren conjuntamente dos o más medicamentos puede ocurrir una interacción farmacológica. La reacción puede aumentar o disminuir la absorción o el efecto de un medicamento. Los adultos mayores corren un mayor riesgo debido a las alteraciones fisiológicas secundarias al proceso de envejecimiento. Algunos alimentos pueden influir en la acción farmacológica de ciertos medicamentos.

Cuando el paciente tiene formulado más de dos medicamentos solicite a la farmacia realizar un análisis y asesoría para ajustar los horarios y dosis. Controle estrechamente las concentraciones séricas del medicamento.

6.11. EDUCAR AL PACIENTE SOBRE EL MEDICAMENTO QUE SE LE VA A ADMINISTRAR

El tiempo que usted invierta en educar al paciente puede proporcionarle beneficios al aumentar la seguridad y participación de éste. Informe acerca del efecto farmacológico del medicamento y resalte la necesidad de una administración constante, oportuna y el tiempo de duración del Tratamiento.

El paciente debe:

- Aprender los nombres de los medicamentos recibidos, la dosis y las horas exactas

	E. S. E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO
	PROCESO HOSPITALIZACIÓN
	SUBPROCESO PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

almacenamiento, los elementos y las unidades de medida para tomar las dosis exactas.

6.12. REGISTRAR CADA MEDICAMENTO QUE SE ADMINISTRE

El seguimiento de las pautas anteriores debería ayudar a garantizar la seguridad de su paciente. Pero sigue existiendo un riesgo potencial: su responsabilidad. Las historias clínicas tienen un papel fundamental y en ocasiones definitivo en los procesos de responsabilidad médica. Si usted no registra lo que ha hecho, desde el punto de vista legal, está comprometiéndose.

El registro del medicamento debe incluir el nombre del fármaco, la fecha y hora; la dosis y la vía de administración. Realice el registro del medicamento inmediatamente después de su administración. Registre sus observaciones sobre la respuesta del paciente al medicamento, especialmente si presenta algún problema o reacción adversa.

En este caso anote las medidas y acción que se realizaron. Registre el motivo por el cual no administró un medicamento ordenado. (ni), fecha, nombre de quien preparo el medicamento. No utilice abreviaturas en las etiquetas.

Recomendaciones:

- Nunca deje un medicamento en la habitación del paciente, corre el riesgo de que no se lo tome o que lo ingiera otro paciente
- Nunca registre un medicamento antes de administrarlo, si el paciente lo rechaza, o se le desconcierta, le resultará difícil explicar el motivo por lo cual anotó algo que no administró.
- Nunca tome prestadas dosis de otros pacientes o áreas.
- Asegúrese de manejar correctamente las bombas de infusión
- Familiarícese con la orden médica y el sistema de distribución de medicamentos del hospital Verifique toda orden médica antes de su administración.
- Para la administración segura de medicamentos, utilice todos los recursos disponibles en el hospital.
- Los medicamentos de control (como midazolam, fentanilo, entre otros)

Otras recomendaciones

Administre el medicamento respetando en lo posible el ciclo de sueño del paciente en los siguientes horarios propuestos:

		CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES ESPECIFICO ANUAL														R-MT009			
		DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ENTIDAD	DIRRECCIÓN	TELEFONO	CONTRATO No	INTERVENTOR	VIGENCIA										
									DESDE				HASTA						
		VALLE	CALI	HMCR	Carrera 78#2A-00	3180020		RODRIGO GONZALEZ	DI	ME	AN	DI	ME	AN					
UBICACIÓN	Ítem	EQUIPO	MARCA	MODELO	SERIE	ACTIVO FIJO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	BRE	OCTUBRE	RE	RE	
AMBULANCIA MEDICALIZADA 1	1	MONITOR MULTIPARAMETRO	BIOCARE	IM15	CS16110367	5510													
AMBULANCIA MEDICALIZADA 2	2	MONITOR MULTIPARAMETRO	BISTOS	BT-740	DFL50170	6657													
CIRUGÍA ADMISIÓN	3	MONITOR MULTIPARAMETRO	EDAN	M8	301132-M11A00470001	1606													
CIRUGÍA QUIRÓFANO 4	4	MONITOR MULTIPARAMETRO	EDAN	IM70	M20213040012	6420													
CIRUGÍA QUIRÓFANO 6	5	MONITOR MULTIPARAMETRO	EDAN	IM70	M20213040020	6421													
	6	MONITOR MULTIPARAMETRO	BLT	M7000	M009A018345	5945													
	7	MONITOR MULTIPARAMETRO	BLT	M7000	M009A018351	5940													

Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020



MACROPROCESO GESTION DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD
 PROCESO AUDITORIA INTEGRAL DE CALIDAD
 MODELO ACTA COMPROMISOS DE MEJORA CON IPS
 GAS-AI-F-65 Ver 01

		HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CRONOGRAMA												Código: GCAL-F-012-17 Vigencia: Octubre 2020 Versión : 4													
NOMBRE DEL PROGRAMA, PROYECTO O PLAN DE TRABAJO:		CRONOGRAMA DE CONTROL DE PLAGAS Y VECTORES-FUMIGACION																									
FECHA DE ELABORACIÓN:		2021																									
ACTIVIDAD	PROCESO	RESPONSABLE	ENERO		FEBRERO		MARZO		ABRIL		MAYO		JUNIO		JULIO		AGOSTO		SEPTIEMBRE		OCTUBRE		NOVIEMBRE		DICIEMBRE		OBSERVACIONES
			P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	
Realizar el proceso de licitación para la prestación del servicio de fumigación- control de plagas y vectores.	Gestión de apoyo logístico - Sistema de gestión ambiental	Gestión de contratación														x	x	x									
Diagnóstico inicial de las áreas e identificación de riesgos	Gestión de apoyo logístico - Sistema de gestión ambiental	Gestión de apoyo logístico - Sistema de gestión ambiental y Proveedor																x									
Control de plagas y vectores generales en las áreas administrativas y asistenciales	Gestión de apoyo logístico - Sistema de gestión ambiental	Proveedor																x	x	x	x	x	x	x	x		
Control de insectos ruidosos y voladores	Gestión de apoyo logístico - Sistema de gestión ambiental	Proveedor																	x	x	x	x	x	x	x		
Control áreas de alimentación	Gestión de apoyo logístico - Sistema de gestión ambiental	Proveedor																		x	x	x	x	x	x		

	E. S. E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO
PROCESO	HOSPITALIZACIÓN
SUBPROCESO	UCI
GUÍA DE ANTICOAGULACIÓN PROFILÁCTICA	

GUÍA DE ANTICOAGULACIÓN PROFILÁCTICA

EJES TEMÁTICOS DE LA ACREDITACIÓN

GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA 	HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD
MEJORAMIENTO CONTINUO 	ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO

	E. S. E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO
PROCESO	HOSPITALIZACIÓN
SUBPROCESO	UCI
GUÍA DE ANTICOAGULACIÓN PROFILÁCTICA	

CONTENIDO	
1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. OBJETIVO.....	3
3. ALCANCE.....	3
4. NORMATIVA.....	4
5. DEFINICIONES.....	4
6. RIESGOS.....	4
7. CONTENIDO.....	5
8. RECOMENDACIONES.....	7
9. COMPLICACIONES.....	7
10. ANEXOS.....	7
11. CONTROL DE REGISTROS.....	11
12. ELABORO, REVISO Y APROBO.....	11

Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020

7. CONTENIDO

TRATAMIENTO PROFILÁCTICO

Los métodos de **tromboprofilaxis** no farmacológica (mecánicos) utilizados en la actualidad son las medias de compresión graduada (MCG) y los dispositivos de compresión mecánica

Código HOSP-PR-004-23	Versión 1	Página 5 de 11	Vigencia Junio 2021
--------------------------	--------------	-------------------	------------------------

significativa (63%)²¹ el riesgo de ETV en pacientes hospitalizados no quirúrgicos o en pacientes en estado crítico con otras patologías concomitantes. Asimismo, enoxaparina ha demostrado su eficacia vs HNF y está recomendado por las Guías del ACCP como profilaxis de primera línea en pacientes con ETV en pacientes hospitalizados o con traumatismos graves (Nivel de evidencia I A). Recomendación: en los pacientes críticamente enfermos con moderado riesgo de un ETV (ej. pacientes con enfermedad médica aguda o **postoperatorios** de cirugía general) se recomienda el uso de **tromboprofilaxis** farmacológica

Código HOSP-PR-004-23	Versión 1	Página 6 de 11	Vigencia Junio 2021
--------------------------	--------------	-------------------	------------------------

	E. S. E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	HOSPITALIZACIÓN
	SUBPROCESO	UCI
GUÍA DE ANTICOAGULACIÓN PROFILÁCTICA		

con heparina de bajo peso molecular (HBPM) o heparina no fraccionada (HNF). En pacientes con alto riesgo tromboembólico (ej. pacientes **postoperatorios** mayor o cirugía ortopédica) se recomienda el uso de HBPM (Grado A ACCP).

Los pacientes hospitalizados en la UTI tienen riesgo para desarrollar TVP. La evidencia actual muestra claros beneficios de la **tromboprofilaxis** en pacientes internados tanto en la UTI como en salas generales de hospitalización. Los pacientes con sepsis grave pueden presentar los mismos factores de riesgo que el resto de enfermos críticos. Diferentes estudios clínicos aleatorizados controlados con placebo sobre el uso de profilaxis para TVP en pacientes críticamente enfermos han **demostrado** una reducción en la incidencia de la TVP y de la EP. La prevalencia de infección/sepsis es de 17% en todos los estudios y de 52% en los pacientes de la UTI. El beneficio de la **tromboprofilaxis** ha sido demostrado en diferentes metaanálisis. El riesgo de su administración es bajo, la gravedad de no administrarla es alta y el costo es bajo (Nivel 1 SSC). De acuerdo a la evidencia los resultados con el uso de HBPM y HNF es equivalente en la población médica en general. Un metaanálisis comparó la administración de HNF dos veces o tres veces al día, demostrando que la HNF aplicada tres veces al día produce mayor eficacia y menos sangrado que la de dos veces al día. Los médicos deben evaluar el riesgo de un ETV y de sangrado de forma individual y elegir la forma de administración. El costo de la HBPM es mayor y la frecuencia de administración es menor. La HNF es preferida sobre la HBPM en pacientes con función renal moderada o grave (Nivel 1 SSC). Los métodos mecánicos (MCG o DCM) se implementan cuando la anticoagulación.

	E. S. E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	HOSPITALIZACIÓN
	SUBPROCESO	UCI
GUÍA DE ANTICOAGULACIÓN PROFILÁCTICA		

Cuadro I. Escala de gradación NICE (National Institute for Clinical Excellence)

Niveles de Evidencia NICE	
1++	Metaanálisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con muy bajo riesgo de sesgo.
1+	Metaanálisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgo de sesgo.
1	Metaanálisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad, estudios de cohortes o de casos controlados, o estudios de cohortes o de casos controlados de alta calidad, con muy bajo riesgo de confusión, sesgo o sesgo a una alta probabilidad de que la relación sea causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos controlados bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgo o sesgo a una moderada probabilidad de que la relación sea causal.
2	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo.
2-	Estudios no aleatorios, como estudios de casos y series de casos.
3	Opinión de expertos.
Grados de recomendación NICE	
A	Al menos un metaanálisis, o un ensayo clínico aleatorio categorizado como 1++, que sea directamente aplicable a la población objetivo, o un ensayo sistemático o un ensayo clínico aleatorio o un ensayo de evidencia con estudios categorizados como 1+, que sea directamente aplicable a la población objetivo y demuestre consistencia de los resultados.
B	Evidencia a partir de la especificación de NICE.
C	Un volumen de evidencia que incluye estudios calificados de 2++, que sean directamente aplicables a la población objetivo y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o
D	Estudios de evidencia que incluyen estudios calificados de 2+, que sean directamente aplicables a la población objetivo y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o
PP	Estudios de nivel 3 o 4.
PP#	Estudios de nivel calificados como 2+ o
#	Condiciones formales.
PP#	Punto de buena práctica (PBP) es una recomendación para la mejor práctica basada en la experiencia del grupo que elabora la guía.
#	Recomendación a partir del manual para procedimientos de implementación de NICE.

Cuadro II. Factores de riesgo tromboembólico en pacientes hospitalizados en la UTI.

Factores de riesgo individual	
•	Edad (la incidencia anual de ETV incrementa con cada década a partir de los 40 años de edad)
•	Embrazo y parto
•	Malignidad oculta o activa
•	ETV previa

	E. S. E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	FARMACIA
	SUBPROCESO	PROCEDIMIENTO DE DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS

PROCEDIMIENTO DE DEVOLUCIÓN DE
 MEDICAMENTOS Y/O DISPOSITIVOS MÉDICOS AL
 SERVICIO FARMACÉUTICO



ES TEMÁTICOS DE LA ACREDITACIÓN

MEJORAMIENTO CONTINUO



GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y
 SEGURA



	E. S. E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	FARMACIA
	SUBPROCESO	PROCEDIMIENTO DE DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS

CONTENIDO

1. OBJETIVO.....	3
2. ALCANCE	3
3. NORMATIVA	3
4. DEFINICIONES.....	3
5. RIESGOS.....	4
6. CONTENIDO.....	5
7. INDICADORES.....	6
8. ANEXOS.....	7
9. CONTROL DE REGISTROS.....	7
10. ELABORO, REVISO Y APROBO.....	7

Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud

Revisado por: Profesional de Calidad

Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Aprobado en septiembre de 2020



MACROPROCESO GESTION DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD
 PROCESO AUDITORIA INTEGRAL DE CALIDAD
 MODELO ACTA COMPROMISOS DE MEJORA CON IPS
 GAS-AI-F-65 Ver 01



ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO
 NIT - 890399047-8
 Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida
 Cra 78 Oeste No. 2A - 00 - 3180020 - Cali - Colombia

CONSULTA DE URGENCIAS

890701 - CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellidos:	QUITUMBO YONDA	Nombres:	ADIELA
Tipo identificación:	CC	Número documento:	29507683
Fecha de Nacimiento:	18/06/1978	Edad:	44 Años/0 Meses/27 Dias
Género:	Femenino	Ocupación:	NO APLICA
Dirección:	FLORIDA VALLE	Teléfono:	3024643842
Nombre del Cliente:	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA EPS I	Convenio:	AIC SUBSIDIADO VIGENCIA 2021
Fecha registro :		Fecha atención:	15/07/2022 00:23

DATOS ACOMPAÑANTE RESPONSABLE

Nombre responsable:
 Teléfono responsable:
 Parentesco responsable:

TRIAGE

Registro de Triage:
 Diagnósticos: OTRAS COLELITIASIS
 Sede:
 Especialidad:
 Destino: Urgencias
 Nivel de triage sugerido: TRIAGE 02
 Reingreso: No

ANAMNESIS

Ámbito de atención: Urgencias
 Motivo de consulta: PACIENTE REMITIDA DEL HOSPITAL BENJAMIN VANEGAS DE FLORIDA CO DX DE DOLOR ABDOMINAL
 Enfermedad actual: PACIENTE REMITIDA POR CC DE DOLOR ABDOMINAL DE 1 DIA DE EVOLUCION, ASOCIADO A ICTERICIA EN ESCLERAS. REMITIDA PARA VAL X CX GENERAL.
 NIEGA OTROS
 Tiempo de evolucion de la enfermedad: 2 Dias

ANTECEDENTES

otros antecedentes personales: PATOLOGICOS: NIEGA (NO REFIERE)
 Antecedentes familiares: NIEGA
 Antecedentes quirúrgicos: POMEROY
 Antecedentes alérgicos: (NO REFIERE)
 LESIONES DE PIEL: No
 SINTOMAS RESPIRATORIOS: NINGUNA

ANTECEDENTES GINECOLOGICOS

G: 0
 A: 0 C: 0 P:: 0
 FUM: NO RECUERDA
 Embarazada: No

FACTORES RIESGOS

FACTORES DE RIESGO ESPECIFICO: NINGUNO

Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	HOSPITALIZACIÓN
	SUBPROCESO	
PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES		

PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES



EJES TEMÁTICOS DE LA ACREDITACIÓN

ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO 	GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA 
HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD 	GESTIÓN DEL RIESGO 

SANTIAGO DE CALI, JUNIO 2022

Código
HOSP-PR-004-55

Versión
05

Página
1 de 15

Vigencia
Junio 2022

Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud

Revisado por: Profesional de Calidad

Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Aprobado en septiembre de 2020

6.15. PROCEDIMIENTO DE DESCRIPCIÓN PARA LA IDENTIFICACIÓN CORRECTA DE LOS PACIENTES

N	ACTIVIDAD Y DESCRIPCIÓN	PROCESO Y CARGO RESPONSABLE	DOCUMENTO O REGISTRO	OBSERVACIONES
1	<p>Colocar manilla de identificación:</p> <p>Al ingreso del paciente a la institución, en el consultorio de triage el enfermero debe colocar la manilla de identificación de acuerdo con el riesgo que presente el paciente.</p> <p>En caso de que lleguen pacientes remitidos, hacer el cambio de manilla por la institucional y dar la educación al paciente sobre los riesgos.</p>	<p>Consultorio de triage:</p> <p>Enfermera jefe</p>		
2	<p>Lugar de instalación del brazalete:</p> <p>El brazalete será colocado en una de las extremidades superiores. De no ser posible instalarlo en las extremidades superiores, se podrá hacer en las extremidades inferiores. (En los pacientes que sea imposible la colocación del brazalete en las extremidades, como, por ejemplo: amputado, quemado, politraumatizado, psiquiátrico y en aquellos que se lo</p>	<p>Todos los procesos asistenciales:</p> <p>Auxiliar de enfermería</p>		

Código
HOSP-PR-004-55

Versión
05

Página
10 de 15

Vigencia
Junio 2022

Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020

PROTOCOLO PARA LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y SUS COMPONENTES		CONTENIDO				
<p>EJES TEMÁTICOS DE LA ACREDITACIÓN</p> <table border="1"> <tr> <td>GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA</td> <td>HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD</td> </tr> <tr> <td>MEJORAMIENTO CONTINUO</td> <td>ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO</td> </tr> </table> <p>SANTIAGO DE CALI, JUNIO 2021</p>		GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA	HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD	MEJORAMIENTO CONTINUO	ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO	1. INTRODUCCIÓN 4 2. OBJETIVO 4 3. ALCANCE 4 4. NORMATIVA 4 5. DEFINICIONES 5 6. RIESGOS 9 7. CONTENIDO 9 7.1. TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES EN PACIENTES ADULTOS 9 7.1.1. GLÓBULOS ROJOS (GR) 9 7.1.2. PLAQUETAS 10 7.1.3. HEMOCOMPONENTES MODIFICADOS (GLOBULOS ROJOS Y PLAQUETAS) 14 7.1.4. PLASMA FRESCO CONGELADO 15 7.1.5. CRIOPRECIPITADO 17 7.2. TRANSFUSION DE COMPONENTES SANGUINEOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS 18 7.2.1. GLÓBULOS ROJOS 18 7.2.2. PLAQUETAS (COMUNES Y MODIFICADOS) 19 7.3. TRANSFUSIONES EN SITUACIONES CLÍNICAS ESPECÍFICAS 19 7.3.1. HEMORRAGIA AGUDA (ANEMIA AGUDA POR HEMORRAGIA) 19 7.3.2. TRANSFUSIÓN EN EL PERI OPERATORIO 20 7.3.3. TRANSFUSIÓN EN PACIENTES CON AUTOANTICUERPOS Y LOANTIGUEROS 21 7.3.4. TRANSFUSIÓN DE GLÓBULOS ROJOS RHD POSITIVO A PACIENTES RHD NEGATIVO 22 7.4. SECUENCIA DE LA TRANSFUSION 22 7.5. DURANTE LA TRANSFUSION 23 8. INDICADORES 25 9. RECURSOS 25 10. RECOMENDACIONES 25 11. COMPLICACIONES 28 12. ANEXOS 30
		GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA	HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD			
		MEJORAMIENTO CONTINUO	ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO			

8. INDICADORES	
NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA
Porcentaje de notificación de reacciones adversas a la transfusión	$\frac{RAT\ reportada}{RAT\ presentada} \times 100$
% adherencia al protocolo de transfusión sanguínea	$\frac{\text{total de criterios que se cumplen}}{\text{total de criterios evaluados}} \times 100$
9. RECURSOS	
PERSONAL <ul style="list-style-type: none"> Médico general Bacteriólogo Enfermera Auxiliar de enfermería Auxiliar de laboratorio 	
MATERIALES <ul style="list-style-type: none"> Guantes Torniquete Algodón Alcohol al 70% Aguja o catéter #18 adultos y en niños #20 Españador o ginepropra. Equipo de transfusión con filtro Solución salina 0.9% Jeringa 10 cc. Historia clínica Unidad de productos sanguíneos con sello de calidad. Cairo de paro 	
10. RECOMENDACIONES	
La transfusión debe ser adecuada, en el paciente correcto, en el momento oportuno, en las condiciones idóneas y de acuerdo con guías apropiadas. Una cadena de acontecimientos integrados, que comienza con la decisión de que un paciente realmente necesita sangre y finaliza con una evaluación del resultado clínico de la transfusión. Un proceso para	
conseguir el uso seguro, clínicamente eficaz y eficiente de la sangre humana donada, sin reacciones adversas ni infecciones, que beneficie al paciente y que no se realice innecesariamente.	
ACTITUD ANTE UNA REACCIÓN TRANSFUSIONAL INMEDIATA Si en el curso de la transfusión aparece un efecto adverso se deberá inmediatamente:	
a. Control de temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, durante previsto. b. Comunicar inmediatamente la sospecha de reacción transfusional al personal del Servicio de Transfusión y seguir sus instrucciones. c. Enviar al Servicio de Transfusión la bolsa causante de la reacción junto al impreso de registro de reacciones transfusionales "Notificación inicial de r. Transfusional". d. Una vez establecida la etiología de la reacción, se tomarán las medidas específicas.	
ACTITUD ANTE UNA REACCIÓN TARDÍA Ocurren entre 24 horas y 30 días después de la transfusión y se clasifican en inmunes y no inmunes.	

Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020

10. RECOMENDACIONES

La transfusión debe ser adecuada, en el paciente correcto, en el momento oportuno, en las condiciones idóneas y de acuerdo con guías apropiadas. Una cadena de acontecimientos integrados, que comienza con la decisión de que un paciente realmente necesita sangre y finaliza con una evaluación del resultado clínico de la transfusión. Un proceso para

Código: HOSP-G-004-15
 Versión: 3
 Página: 25 de 32
 Vigencia: Junio 2021

h. Una vez establecida la etiología de la reacción, se tomarán las medidas específicas.

ACTITUD ANTE UNA REACCION TARDIA

Ocurren entre 24 horas y 30 días después de la transfusión y se clasifican en inmunes y no inmunes.

Código: HOSP-G-004-15
 Versión: 3
 Página: 26 de 32
 Vigencia: Junio 2021

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	HOSPITALIZACION
	SUBPROCESO	PROTOCOLO PARA LA TRANSFUSION DE SANGRE Y SUS COMPONENTES

INMUNES

- Reacción hemolítica tardía.** Es causada por anticuerpos ~~antieritrocitarios~~ que no son detectables en las pruebas ~~pretransfusionales~~, generalmente ocurren en pacientes ~~politransfundidos~~ o en embarazos donde se han generado anticuerpos pero que no han sido capaces de producir incompatibilidad in vitro.
- Púrpura ~~post-transfusional~~.** No se ha descrito una causa aparente, pero se asocia a la participación de complejos inmunes que se adhieren a plaquetas autólogas a través de receptores, absorción de anticuerpos plaquetarios y a la producción de autoanticuerpos. Estos anticuerpos plaquetarios pueden tener títulos muy altos y ser capaces de activar el sistema de complemento, trayendo consigo la destrucción de sus propias plaquetas. Se caracteriza por presentar trombocitopenia aguda con cuadro hemorrágico de gravedad variable.
- Reacción de injerto contra el huésped transfusional.** Es una patología de muy baja frecuencia, pero de mucha gravedad, se produce cuando el receptor no tiene la capacidad de inactivar los linfocitos inmunocompetentes que recibe en una transfusión, de igual forma se puede presentar al recibir sangre de primer grado de consanguinidad, esta reacción es provocada por linfocitos T del donante que producen anticuerpos contra diferentes tejidos del receptor. Los órganos más afectados son la piel produciendo reacción anafiláctica dérmica o entema maculopapular, intestino, produciendo diarrea con sangre, hígado, células hematopoyéticas y también compromete el riñón.

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	HOSPITALIZACION
	SUBPROCESO	PROTOCOLO PARA LA TRANSFUSION DE SANGRE Y SUS COMPONENTES

Los efectos adversos relacionados con la transfusión deben comunicarse al sistema de ~~hemovigilancia~~, a través de los servicios de transfusión hospitalarios. Quién primero detecta los efectos adversos de la transfusión es el equipo asistencial de los servicios clínicos que, a la cabecera del paciente, debe saber interpretar y detectar los signos y síntomas de una posible reacción, y conocer la manera para notificarlos al servicio de transfusión. La reacción adversa a la transfusión (RAT) es una complicación o una respuesta anormal que un paciente desarrolla con la administración de cualquier clase de ~~hemocomponente~~, esta puede ser inmediata o tardía; de tipo inmune o no inmune. Los tipos de reacciones según su clasificación se describen en la siguiente tabla:

Reacciones inmediatas		Reacciones tardías	
Inmunológicas	No inmunológicas	Inmunológicas	No inmunológicas
<ul style="list-style-type: none"> Hemolítica Febril. No hemolítica Alérgica. Anafiláctica TRALI 	<ul style="list-style-type: none"> Hemolítica (mecánica, térmica, osmótica) Febril no hemolítica TACO Hipotensión Contaminación bacteriana TRALI Alteraciones metabólicas 	<ul style="list-style-type: none"> Hemolítica Posttransfusional EIVH. Imunización a antígenos Inmunomodulación 	<ul style="list-style-type: none"> Púrpura Transmisión de infecciones.

Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020

paciente, permite determinar los aloanticuerpos que podría desarrollar el paciente, como resultado de transfusiones o embarazos, y transfundir glóbulos rojos negativos para el o los antígenos negativos en el paciente. Además, el fenotipo permite simplificar en posteriores transfusiones las investigaciones sobre la presencia de posibles aloanticuerpos.

La transfusión de glóbulos rojos basada en la compatibilidad fenotípica provee mayor seguridad. Sin embargo, el fenotipo extendido es técnicamente difícil cuando el paciente tiene un Test de Coombs Directo positivo, o ha sido recientemente transfundido. En estos casos si existe la tecnología disponible se pueden utilizar técnicas moleculares basadas en la Reacción de la Polimerasa en Cadena y predecir los antígenos de grupo sanguíneo a partir del genotipo de los antígenos eritrocitarios.

Código HOSP-G-004-15	Versión 3	Página 21 de 32	Vigencia <u>Junio 2021</u>
-------------------------	--------------	--------------------	-------------------------------

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	HOSPITALIZACIÓN
	SUBPROCESO	
PROTOCOLO PARA LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y SUS COMPONENTES		

- En caso de que el paciente sea menor de edad los padres y/o acudientes son los responsables de firmar el consentimiento.
- Si el paciente pertenece alguna religión o etnia, se niega a la realización del procedimiento se debe hacer firmar el formato de desistimiento HOSP-F-004-74
- El médico debe realizar la solicitud de las unidades del componente sanguíneo que requiere del paciente por el sistema de panacea, con todas las pruebas complementarias (pruebas cruzadas, pruebas de compatibilidad, hemoclasificación).
- La enfermera debe verificar la solicitud del médico, corroborando el número de unidades y el componente a transfundir junto con el consentimiento informado debidamente diligenciado.
- La enfermera es la encargada de hacer la solicitud del componente al laboratorio e informar la urgencia con la que este producto se requiere.
- La auxiliar de enfermería debe tomar la muestra de sangre un tubo lila anti coagulado con EDTA de 5 cc debidamente diligenciada debe llevarla al laboratorio con la orden médica de solicitud de reserva o aplicación de sangre para la realización de las pruebas.

Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020

7.4. SECUENCIA DE LA TRANSFUSIÓN

- El medico indica la cantidad del hemo componente a transfundir de acuerdo a la condición del paciente.
- El médico debe hacer firmar el consentimiento informado para transfusión sanguínea AYUD-F-04-16, donde el paciente da la autorización de realizar el procedimiento.
- En caso de que el paciente no pueda firmar debe anexar la huella o en su defecto si no está consiente el familiar se hace responsable del paciente y es quien debe firmar el consentimiento informado.

Código HOSP-G-004-15	Versión 3	Página 22 de 32	Vigencia <u>Junio</u> 2021
-------------------------	--------------	--------------------	-------------------------------

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	HOSPITALIZACIÓN
	SUBPROCESO	
	PROTOCOLO PARA LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y SUS COMPONENTES	

- La enfermera debe aplicar los 5 momentos de lavado de manos.
- La enfermera utiliza correctamente los elementos de protección personal.
- La enfermera o auxiliar de enfermería (si lo delega la enfermera) realiza la punción en una vena de gran calibre para el paso del componente, NO se deben administrar medicamentos por la misma vía se la transfusión.
- Se debe tener otro acceso venoso para paso de líquidos, medicamentos.
- La enfermera coloca el equipo de transfusión a la unidad de sangre e insértelo al equipo venoso.
- La enfermera educa al paciente y al acompañante si presenta signos de alarma como Agotamiento, Dificultad para respirar, Tos, Vómito Hipotensión, Taquicardia, Bradicardia.
- Inicie el paso de sangre a goteo mínimo, el tiempo estipulado para el paso debe ser en de una hora.
- La enfermera tiene en cuenta el horario iniciado y la velocidad de la transfusión, teniendo en cuenta el ~~hemo~~componente para la nota de enfermería.
- Una vez iniciada la transfusión, controlar al paciente durante unos minutos para verificar que no presenta ninguna reacción

Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020



MACROPROCESO GESTION DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD
 PROCESO AUDITORIA INTEGRAL DE CALIDAD
 MODELO ACTA COMPROMISOS DE MEJORA CON IPS
 GAS-AI-F-65 Ver 01

	PROTOCOLO DE CIRUGIA SEGURA EN LOS PACIENTES DEL HMCR	Código: CIRU-P-013-20
		Vigencia: <u>Mayo 2018</u>
		Versión: 1
		Página: 1 de 26

**PROTOCOLO DE CIRUGIA SEGURA
 EN LOS PACIENTES DEL HMCR**

	PROTOCOLO DE CIRUGIA SEGURA EN LOS PACIENTES DEL HMCR	Código: CIRU-P-013-20
		Vigencia: <u>Mayo 2018</u>
		Versión: 1
		Página: 2 de 26

CONTENIDO

1. Introducción	3
2. Justificación	4
3. Alcance	5
4. Objetivo general	5
Objetivos específicos	5
5. Poblacion objeto	5
6. Personal que interviene	5
7. Cirugia segura	6
7.1 Definición	6
7.2 Casos especiales	6
7.3 Partes fundamentales de la lista de chequeo	8
8. Flujograma de la pausa quirurgica	11
9. Descripción del procedimiento	19
10. Flujograma	21
11. Normatividad	23
12. Cronograma de revision	24
13. Bibliografía	25
14. Anexos	28

	HOSPITAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.		Código: CIRU-F-013-01
	LISTA DE CHEQUEO PACIENTE LISTO PARA SU INGRESO Y EGRESO SERVICIO DE CIRUGIA		Vigencia: ENERO 2018
			Versión: 04

REGISTRO DE ACTIVIDADES EN PREPARACION DE CIRUGIA (ESTACION 1)

Fecha:	Hora de llegada:	Régimen de Seguridad Social:	
Nombre paciente:		Edad:	H.C. No:
Hora de consumo ultimo alimento líquida:		Nombre acompañante:	

Elementos requeridos para la cirugía	SI	NO	N.A.	OBSERVACIONES
-Malla <input type="checkbox"/> - Hemovac <input type="checkbox"/> - Vendas de yeso <input type="checkbox"/>				
- Tensoplas <input type="checkbox"/> -Vendas elásticas <input type="checkbox"/> - Vendas de algodón <input type="checkbox"/>				
- Micropore <input type="checkbox"/> - Sutura mecánica <input type="checkbox"/> - Material de osteosíntesis y/o injertos <input type="checkbox"/>				

	SI	NO	N.A.
Uñas despintadas			
Retiró de joyas			
Retiró de prótesis			
Trae radiografías			
Trae suspensorios			
Confirmar reserva de sangre			

Señalar según condición del paciente

- **DIABETES**
- **HIPERTENSION**
- **INFECCION**
- **ALERGICO A**
- **OTROS:** _____

Elabora por: <i>Coordinador Auditoria en Salud</i>	Revisado por: <i>Profesional de Calidad</i>	Aprobado por: <i>Vicepresidente de Servicios de Salud</i>
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en <i>septiembre de 2020</i>

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	HOSPITALIZACIÓN
	SUBPROCESO	PROTOKOLO DEL CUIDADO DEL PACIENTE CON ULCERA POR PRESIÓN

PROTOKOLO DEL CUIDADO DEL PACIENTE CON ULCERAS POR PRESION UPP



EJES TEMÁTICOS DE LA ACREDITACIÓN

<p>ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO</p> 	<p>GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA</p> 
<p>HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD</p> 	<p>GESTIÓN DEL RIESGO</p> 

SANTIAGO DE CALI, JUNIO 2022

Código
HOSP-PR-004-58

Versión
4

Página
1 de 16

Vigencia
Junio 2022

Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020

HOSP-F-004-75 ESCALA DE VALORACIÓN DEL RIESGO DE ULCERAS POR PRESIÓN DE BRADEN ::: ENFERMERIA PROFESIONAL ::: ESTEFANIA ARCILA VARGAS
 CC 1061601902 ::: JORGE LUIS NARVAEZ MENESES ::: 19/03/1999 (23 Años/3 Meses/30 Dias)

Principal **Formatos**

Guardar Cerrar Imprimir Salir Evolución Notas aclaratorias Protocolos y Guías Atenciones otras entidades Triage Pendientes por finalizar urgencias Referencias Partos Telemedicina

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE UPP Gráficas Adjuntos TablasCalculo Consultas Anteriores

Identificación del Paciente

Fecha registro * 18/07/2022 16:06

Nombre paciente * JORGE LUIS NARVAEZ MENESES Tipo identificación * CC Número de identificación * 1061601902

Fecha nacimiento 19/03/1999 Edad * 23 Años/3 Meses/30 Dias Género * Masculino

VALORACIÓN RIESGO UPP

PERCEPCION SENSORIAL * EXPOSICION A LA HUMEDAD * ACTIVIDAD * MOVLIDAD * NUTRICION * FRICCIÓN Y ROCE * Riesgo Bajo 15 a 23:
 * Educación al paciente, familia y comunidad.
 * Cuidado: Revisar diariamente la piel; mantener limpia, seca e hidratada 2 veces al día.

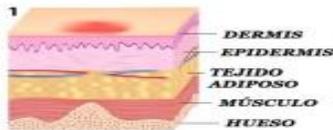
Riesgo Medio 13 a 14:
 * Uso del colchón anti escaras, cojines y almohadas minimizar la presión.
 * Realizar cambios de posición cada 2 horas.
 * Realizar masajes de articulación; mantener las sábanas y planchar bien tendidas

Riesgo Alto 1 a 12:
 * Aplicar todos los cuidados anteriores.
 * Acompañante permanente / apoyo familiar estricto.
 * Interconsulta con trabajo social, si hay presencia familiar

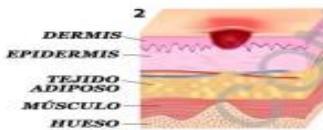
Profesional de la Salud

Nombre profesional * ESTEFANIA ARCILA VARGAS Tipo identificación. * CC Número de identificación. * 1107071585

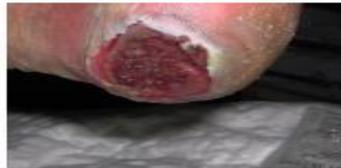
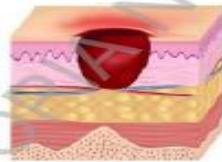
E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO
 PROCESO HOSPITALIZACIÓN
 SUBPROCESO HOSPITALIZACIÓN
PROTOCOLO DEL CUIDADO DEL PACIENTE CON ULCERA POR PRESION



- **Úlcera Grado II.** De acuerdo al tratamiento recibido desde el Estado I, ésta puede ser reversible o progresar a otro Estado.



- **Úlcera Grado III.** Requiere tratamiento especializado



Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
PROCESO	HOSPITALIZACIÓN
SUBPROCESO	
PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS	

PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS

EJES TEMÁTICOS DE LA ACREDITACIÓN

ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO	GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA
HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD	GESTIÓN DEL RIESGO

SANTIAGO DE CALI, JUNIO 2022

Código HOSP-PR-004-57	Versión 5	Página 1 de 12	Vigencia Junio 2022
--------------------------	--------------	-------------------	------------------------

HOSP-F004-32 CLASIFICACIÓN RIESGO DE CAÍDAS ::: ENFERMERIA PROFESIONAL ::: ESTEFANIA ARCILA VARGAS
 CC 1061601902 ::: JORGE LUIS NARVAEZ MENESES ::: 19/03/1999 (23 Años/3 Meses/30 Dias)

Principal Formatos

Guardar Imprimir Salir Paciente no atendido Notas aclaratorias Protocolos y Guías Atenciones otras entidades Triage Pendientes por finalizar urgencias Referencias Partos Telemedicina

CLASIFICACIÓN RIESGO DE CAÍDAS Gráficas Adjuntos TablasCalculo Consultas Anteriores

Clasificación riesgo de caídas

Identificación del Paciente

Nombre paciente * JORGE LUIS NARVAEZ MENESES Tipo identificación * CC Número de identificación * 1061601902

Fecha nacimiento 19/03/1999 Edad * 23 Años/3 M Género * Masculino

Fecha registro * 18/07/2022 16:10

EDAD* * CAIDAS PREVIAS * *

EFFECTOS DE MEDICAMENTOS * * ANALGESIA * *

TIEMPO POSOPERATORIO * * ENFERMEDAD PULMONAR * *

DEFICIT NEUROLOGICO * * DEFICIT SENSORIAL * *

ESTADO MENTAL * * ALTERACIONES PSIQUIATRICAS * *

DEAMBULACION * *

CLASIFICACIÓN RIESGO DE CAÍDAS

Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E GUÍAS DE MANEJO EN ANESTESIA	Código: CIRU-G-013-09
		Vigencia: Septiembre 2018
		Versión: 02
		Página: 1 de 63

GUIA DE MANEJO EN ANESTESIA

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: center;">E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">PROCESO</td> <td style="text-align: center;">URGENCIAS</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">SUBPROCESO</td> <td style="text-align: center;">INFARTO AGUDO A MIOCARDIO SIN ELEVACION DE ST</td> </tr> </table> <div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;"> <h3>GUIA DE MANEJO PARA EL INFARTO AGUDO A MIOCARDIO SIN ELEVACION DE ST</h3> </div> <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: small;">EJES TEMATICOS DE LA ACREDITACION</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <p style="font-size: x-small;">ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO</p> </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <p style="font-size: x-small;">GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA</p> </td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <p style="font-size: x-small;">HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD</p> </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <p style="font-size: x-small;">GESTIÓN DEL RIESGO</p> </td> </tr> </table> <p style="text-align: center; font-weight: bold; margin-top: 10px;">SANTIAGO DE CALI, OCTUBRE 2021</p>		E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	PROCESO	URGENCIAS	SUBPROCESO	INFARTO AGUDO A MIOCARDIO SIN ELEVACION DE ST	<p style="font-size: x-small;">ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO</p>	<p style="font-size: x-small;">GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA</p>	<p style="font-size: x-small;">HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD</p>	<p style="font-size: x-small;">GESTIÓN DEL RIESGO</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: center;">E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">PROCESO</td> <td style="text-align: center;">URGENCIAS</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">SUBPROCESO</td> <td style="text-align: center;">INFARTO AGUDO A MIOCARDIO SIN ELEVACION DE ST</td> </tr> </table> <div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;"> <h3>CONTENIDO</h3> </div> <ol style="list-style-type: none"> 1. INTRODUCCIÓN 3 2. OBJETIVO 3 3. ALCANCE 3 4. NORMATIVA 3 5. DEFINICIONES 3 6. RIESGOS 4 7. CONTENIDO 4 <ol style="list-style-type: none"> 7.1. DIAGNÓSTICO 5 7.2. MEDIDAS TERAPÉUTICAS 7 7.3. INDICACIÓN DE CATETERISMO 7 8. RECURSOS 8 9. COMPLICACIONES 9 10. ANEXOS 9 11. CONTROL DE REGISTROS 9 12. ELABORO, REVISO Y APROBÓ 10 		E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	PROCESO	URGENCIAS	SUBPROCESO	INFARTO AGUDO A MIOCARDIO SIN ELEVACION DE ST
	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO																
PROCESO	URGENCIAS																
SUBPROCESO	INFARTO AGUDO A MIOCARDIO SIN ELEVACION DE ST																
<p style="font-size: x-small;">ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO</p>	<p style="font-size: x-small;">GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA</p>																
<p style="font-size: x-small;">HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD</p>	<p style="font-size: x-small;">GESTIÓN DEL RIESGO</p>																
	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO																
PROCESO	URGENCIAS																
SUBPROCESO	INFARTO AGUDO A MIOCARDIO SIN ELEVACION DE ST																

<i>Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud</i>	<i>Revisado por: Profesional de Calidad</i>	<i>Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud</i>
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		<i>Aprobado en septiembre de 2020</i>

MANUAL PARA REDUCIR EL RIESGO DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÍTICO

EJES TEMÁTICOS DE LA ACREDITACIÓN

GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA	ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO
HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD	MEJORAMIENTO CONTINUO

SANTIAGO DE CALI, MARZO 2022

CONTENIDO

1. POLÍTICA INSTITUCIONAL	3
2. OBJETIVO	3
3. ALCANCE	3
4. NORMATIVA	3
5. DEFINICIONES	3
6. RIESGOS	6
7. CONTENIDO	7
7.1. PROCEDIMIENTO	7
7.2. EVENTOS QUE SE PRESENTAN MÁS COMUNJENTE EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO	8
8. INDICADORES	8
9. BIBLIOGRAFIA	9
10. CONTROL DE REGISTROS	10
11. ELABORO, REVISO Y APROBO	10

MANUAL DE TOMA, TRANSPORTE, CONSERVACIÓN Y REMISIÓN DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO Y TEJIDOS ANATOMOPATOLOGICOS

EJES TEMÁTICOS DE LA ACREDITACIÓN

ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO	GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA
HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD	GESTIÓN DEL RIESGO

CONTENIDO

1. OBJETIVO	3
2. ALCANCE	3
3. NORMATIVA	3
4. DEFINICIONES	3
5. RIESGOS	4
6. CONTENIDO	5
6.1. GARANTÍA DE CALIDAD DE LAS MUESTRAS	5
6.2. ORDEN MÉDICA	5
6.3. CONCERTACION DE LOS TIEMPOS DE TOMA DE MUESTRA	6
6.4. REPORTE DE RESULTADOS CARACTERIZADOS COMO URGENTES	7
6.5. CONDICIONES PARA LA TOMA DE MUESTRAS	8
6.6. PREPARANDO LA TOMA DE MUESTRA	8
6.7. TOMA DE MUESTRAS	12
6.8. TOMA DE MUESTRAS DE SANGRE EN NIÑOS	12
6.9. PUNCIÓN VENOSA	13
6.10. PUNCIÓN CAPILAR	16
6.14. INDICACIONES PARA LA CONSERVACION DE MUESTRAS	19
6.15. INSTRUCCIONES PARA ENVIO Y TRANSPORTE DE MUESTRAS	20
6.15.1. ROTULACIÓN DE TUBOS	21
6.15.2. TRANSPORTE INSTITUCIONAL	21
7. ANEXOS	22
8. BIBLIOGRAFIA	22
9. CONTROL DE REGISTROS	24
10. ELABORO, REVISO Y APROBO	24

Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	AYUDAS DIAGNOSTICO
	SUBPROCESO	IMAGENOLÓGIA
PROTOCOLO DE TOMA DE IMAGENOLÓGIA GENERAL		

PROTOCOLO DE TOMA DE IMAGENOLÓGIA GENERAL



EJES TEMÁTICOS DE LA ACREDITACIÓN

GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURO	HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD
---	---

6.5. PREPARACIÓN DE PACIENTES PARA REALIZAR PROCEDIMIENTOS

Paciente positivo o sospecha de COVID-19 deberá ser comentado en la sala de procedimientos para activar la ruta de desinfección covid-19 ayudas diagnosticas fuente GALH-P-017-06 y teniendo presente los elementos de bioseguridad según GSST-P-006-09 Procedimiento de elementos de protección personal COVID-19 y se deberá utilizar la cama de aislamiento.

PRUEBA	DESCRIPCIÓN	RIESGOS	PREPARACIÓN	COMPAÑÍA	OBSERVACIONES
Ecocardiograma transtorácico	Es una prueba diagnóstica de imagen, no invasiva, en la que se emplean ondas sonoras de alta frecuencia (ultrasonidos). Se observa el tamaño del corazón, el grosor de sus paredes, su funcionamiento global y regional y el aspecto y comportamiento de sus válvulas. También aporta información sobre la porción inicial de la aorta, si existe acúmulo de líquido alrededor del corazón y datos sobre la circulación y las presiones pulmonares.	No hay riesgos asociados a esta prueba, es inocua, no se emite radiación	El paciente: No precisa una preparación especial. No es necesario acudir en ayunas. Puede tomar medicación habitual.	NO	

Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020

PRUEBA	DESCRIPCIÓN	RIESGOS	PREPARACIÓN	COMPañIA	OBSERVACIONES
Holter 24 horas	El monitor Holter se utiliza para determinar cómo responde el corazón a la actividad normal. Para diagnosticar problemas con el ritmo cardíaco que pueden estar causando síntomas tales como palpitaciones o síncope (pérdida de conciencia/desmayos). Es una máquina que registra los ritmos cardíacos en forma continua. Se lleva puesto de 24 a 48 horas durante la actividad normal.	No hay riesgos importantes relacionados con el uso de un monitor Holter, más allá de las posibles molestias o irritación de la piel en las áreas en las que se colocan los electrodos.	El paciente: No precisa una preparación especial. No es necesario acudir en ayunas. Puede tomar su medicación habitual.	NO	
Ecocardiograma stress con ejercicio	Evalúa la enfermedad valvular, enfermedad coronaria o sospecha de la misma.	Existe un bajo riesgo de presentarse eventos cardiovasculares (arritmias, eventos coronarios) que pueden requerir un manejo inmediato. Se requiere que el estómago esté vacío para evitar broncoaspiración	El paciente no puede: Consumir alimentos sólidos, ni líquidos al menos seis horas antes del examen. Tomar alcohol, café, tabaco, ni realizar ejercicios horas previas al examen.	Si	

PRUEBA	DESCRIPCIÓN	RIESGOS	PREPARACIÓN	COMPañIA	OBSERVACIONES
Transesofágico con MD	Un TEE es un examen de diagnóstico. Esto quiere decir que se realiza solo con el fin de ayudar al médico a buscar un diagnóstico (la causa de su enfermedad) y determinar el mejor plan de tratamiento.	No hay riesgos asociados a esta prueba.	El paciente no puede: Consumir nada después de la medianoche del día anterior al procedimiento, ni siquiera caramelos solubles, ni goma de mascar. Entre la medianoche y hasta 2 horas antes del momento en que se va a realizar el examen, puede tomar 12 onzas (355 ml) de agua en total. A partir de las 2 horas previas al momento en que se va a realizar el examen, no puede comer ni beber nada, ni siquiera agua.	Si	
Monitoreo de presión arterial mapa	El MAPA (monitoreo ambulatorio de la presión arterial), también llamado holter de tensión arterial es un método técnico no invasivo que pretende obtener una medición de la presión arterial durante un período de tiempo determinado, generalmente 24 horas, de tal forma que los datos de tensión arterial recogidos puedan ser posteriormente analizados por su médico.	No hay riesgos asociados a esta prueba.	El paciente: No precisa una preparación especial. No es necesario que se encuentre en ayunas. Puede tomar su medicación habitual.	Si	

Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	HOSPITALIZACIÓN
	SUBPROCESO	MANUAL DE NUTRICIÓN CLÍNICA Y DIETAS HOSPITALARIAS

MANUAL DE NUTRICIÓN CLÍNICA Y DIETAS HOSPITALARIAS



EJES TEMÁTICOS DE LA ACREDITACIÓN

<p>ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO</p>	<p>GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA</p>
<p>HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD</p>	<p>GESTIÓN DEL RIESGO</p>

SANTIAGO DE CALI, OCTUBRE 2021

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	GESTIÓN DE TALENTO HUMANO
	SUBPROCESO	PLAN DE BIENESTAR

PLAN DE BIENESTAR



EJES TEMÁTICOS DE LA ACREDITACIÓN

<p>TRANSFORMACIÓN CULTURAL PERMANENTE</p>	<p>MEJORAMIENTO CONTINUO</p>	<p>GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA</p>
<p>ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO</p>	<p>GESTIÓN DEL RIESGO</p>	<p>RESPONSABILIDAD SOCIAL</p>
<p>HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD</p>	<p>GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA</p>	

SANTIAGO DE CALI, ENERO 2022

Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;">PROCESO</td> <td style="width: 50%;">HOSPITALIZACIÓN</td> </tr> <tr> <td>SUBPROCESO</td> <td>PROTOKOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</td> </tr> </table> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 20px;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">EJES TEMÁTICOS DE LA ACREDITACIÓN</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: top;"> GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA </td> <td style="text-align: center; vertical-align: top;"> ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: top;"> HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD </td> <td style="text-align: center; vertical-align: top;"> MEJORAMIENTO CONTINUO </td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">SANTIAGO DE CALI, MARZO 2022</p>	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO		PROCESO	HOSPITALIZACIÓN	SUBPROCESO	PROTOKOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	EJES TEMÁTICOS DE LA ACREDITACIÓN		GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA 	ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO 	HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD 	MEJORAMIENTO CONTINUO 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;">PROCESO</td> <td style="width: 50%;">HOSPITALIZACIÓN</td> </tr> <tr> <td>SUBPROCESO</td> <td>CONSENTIMIENTO INFORMADO</td> </tr> </table> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">CONTENIDO</th> </tr> <tr> <td>1. OBJETIVO</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>2. ALCANCE</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>3. NORMATIVA</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>4. DEFINICIONES</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>5. RIESGOS</td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td>6. CONTENIDO</td> <td style="text-align: right;">5</td> </tr> <tr> <td>6.1. ASPECTOS QUE DEBE INCLUIR EL DOCUMENTO</td> <td style="text-align: right;">5</td> </tr> <tr> <td>6.2. ELEMENTOS QUE DEBEN DE REUNIR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO</td> <td style="text-align: right;">5</td> </tr> <tr> <td>6.3. EXCEPCIONES AL CONSENTIMIENTO INFORMADO</td> <td style="text-align: right;">7</td> </tr> <tr> <td>6.4. CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DEL HOSPITAL</td> <td style="text-align: right;">7</td> </tr> <tr> <td>6.5. PROCEDIMIENTO</td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> <tr> <td>7. INDICADORES</td> <td style="text-align: right;">10</td> </tr> <tr> <td>8. RECURSOS</td> <td style="text-align: right;">10</td> </tr> <tr> <td>9. RECOMENDACIONES</td> <td style="text-align: right;">11</td> </tr> <tr> <td>10. COMPLICACIONES</td> <td style="text-align: right;">12</td> </tr> <tr> <td>11. ANEXOS</td> <td style="text-align: right;">12</td> </tr> <tr> <td>12. BIBLIOGRAFIA</td> <td style="text-align: right;">12</td> </tr> <tr> <td>13. CONTROL DE REGISTROS</td> <td style="text-align: right;">12</td> </tr> <tr> <td>14. ELABORO, REVISO Y APROBÓ</td> <td style="text-align: right;">13</td> </tr> </table> </div>	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO		PROCESO	HOSPITALIZACIÓN	SUBPROCESO	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CONTENIDO		1. OBJETIVO	3	2. ALCANCE	3	3. NORMATIVA	3	4. DEFINICIONES	3	5. RIESGOS	4	6. CONTENIDO	5	6.1. ASPECTOS QUE DEBE INCLUIR EL DOCUMENTO	5	6.2. ELEMENTOS QUE DEBEN DE REUNIR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO	5	6.3. EXCEPCIONES AL CONSENTIMIENTO INFORMADO	7	6.4. CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DEL HOSPITAL	7	6.5. PROCEDIMIENTO	8	7. INDICADORES	10	8. RECURSOS	10	9. RECOMENDACIONES	11	10. COMPLICACIONES	12	11. ANEXOS	12	12. BIBLIOGRAFIA	12	13. CONTROL DE REGISTROS	12	14. ELABORO, REVISO Y APROBÓ	13
E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO																																																											
PROCESO	HOSPITALIZACIÓN																																																										
SUBPROCESO	PROTOKOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO																																																										
EJES TEMÁTICOS DE LA ACREDITACIÓN																																																											
GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA 	ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO 																																																										
HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD 	MEJORAMIENTO CONTINUO 																																																										
E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO																																																											
PROCESO	HOSPITALIZACIÓN																																																										
SUBPROCESO	CONSENTIMIENTO INFORMADO																																																										
CONTENIDO																																																											
1. OBJETIVO	3																																																										
2. ALCANCE	3																																																										
3. NORMATIVA	3																																																										
4. DEFINICIONES	3																																																										
5. RIESGOS	4																																																										
6. CONTENIDO	5																																																										
6.1. ASPECTOS QUE DEBE INCLUIR EL DOCUMENTO	5																																																										
6.2. ELEMENTOS QUE DEBEN DE REUNIR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO	5																																																										
6.3. EXCEPCIONES AL CONSENTIMIENTO INFORMADO	7																																																										
6.4. CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DEL HOSPITAL	7																																																										
6.5. PROCEDIMIENTO	8																																																										
7. INDICADORES	10																																																										
8. RECURSOS	10																																																										
9. RECOMENDACIONES	11																																																										
10. COMPLICACIONES	12																																																										
11. ANEXOS	12																																																										
12. BIBLIOGRAFIA	12																																																										
13. CONTROL DE REGISTROS	12																																																										
14. ELABORO, REVISO Y APROBÓ	13																																																										

III. Consolidado de Compromisos de mejora:

Tipo de actividad: P: Preventiva, C: Correctiva, CY: Coyuntural

IV. En caso de acciones de seguimiento diligencié: Se aclara que la auditoria de prácticas seguras y el programa seguridad del paciente obtuvo un cumplimiento satisfactorio del 99%, pero se dejan sugerencias y recomendaciones para el próximo seguimiento de dicha auditoria.

Se sugiere que se continúe realizando el comité de prácticas seguras con la periodicidad que requiera la institución.

También realizar revisión en la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales; teniendo en cuenta la elaboración de material en los dialectos que utilicen sus usuarios, dispone de traductor y concierta con la diversidad cultural del territorio, los protocolos de la atención en salud con enfoque diferencial

a) Seguimiento a compromisos adquiridos en la pasada reunión

Actividad		Plazo	Responsable	Porcentaje de ejecución	Observaciones
Tipo	Descripción				
	NA				

Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020



b) **Tipo de actividad:** P: Preventiva, C: Correctiva, CY: Coyuntural

V. Lineamientos de acuerdo a las políticas establecidas por la empresa: Por el momento, la IPS Hospital Mario correa Rengifo tiene un cumplimiento satisfactorio de 99%.

Se sugiere tener en cuenta las recomendaciones anteriores para el próximo seguimiento de la EPS.

VI. Conclusiones: Se concluye la auditoria de registros clínicos, con un cumplimiento satisfactorio con un valor de 100%.

Se da por concluida la auditoria de practicas seguras, con la líder de Seguridad del Paciente jefe Estefanía Arcila de la IPS Hospital Mario Correa; y Luz Angela Ramirez Fajardo Profesional II de Auditoria de ASMET SALUD EPS SAS, se socializaron cada uno de los ítems anteriormente mencionados.

Fecha próxima reunión de seguimiento	Por definir		Elaborada por	Luz Angela Ramirez Fajardo
---	-------------	--	----------------------	----------------------------

<i>Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud</i>	<i>Revisado por: Profesional de Calidad</i>	<i>Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud</i>
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020



MACROPROCESO GESTIÓN DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD
PROCESO AUDITORIA INTEGRAL DE CALIDAD
MODELO ACTA COMPROMISOS DE MEJORA CON IPS
GAS-AI-F-65 Ver 01

MACROPROCESO PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO
PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
MODELO ACTA DE REUNIONES
PD-DE-F-14 Ver 1

1. Firma de los asistentes

N°	Nombre	Cargo	Firma
1	Diego A. Infante	Calidad	[Firma]
2	Esther Araya	Seguridad del Paciente	Esther Araya
3	Esperanza Anilla	calidad	Esperanza Anilla
4	Luz Angela Ramirez F.	Profesional de Auditoría en el Departamento de ASMET Salud	[Firma]
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud	Revisado por: Profesional de Calidad	Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en septiembre de 2020



CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
1	29/09/2020	Versión inicial del documento

<i>Elabora por: Coordinador Auditoria en Salud</i>	<i>Revisado por: Profesional de Calidad</i>	<i>Aprobado por: Vicepresidente de Servicios de Salud</i>
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		<i>Aprobado en septiembre de 2020</i>