	GESTIÓN DE SERVICIOS ACADÉMICOS Y BIBLIOTECARIOS		CÓDIGO	FO-GS-15	
			VERSIÓN	02	
	ESQUEMA HOJA DE RESUMEN			FECHA	03/04/2017
				PÁGINA	1 de 1
ELABORÓ		REVISÓ	APROBÓ		
Jefe División de Biblioteca		Equipo Operativo de Calidad	Líder de Calidad		

RESUMEN TRABAJO DE GRADO

AUTOR(ES):

NOMBRE(S): JENNIFER CELENA APELLIDOS: COLMENARES SUAREZ

FACULTAD: CIENCIAS DE LA SALUD

PLAN DE ESTUDIOS: PROGRAMA DE ENFERMERÍA

DIRECTOR:

NOMBRE(S): DIANNE SOFIA APELLIDOS: GONZALEZ ESCOBAR

TÍTULO DEL TRABAJO (TESIS): “FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE LOS PATIOS DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2023”

Los sistemas de gestión de calidad con énfasis en la gestión documental en salud, son aquellos que dan soporte a los procesos, procedimientos y responsabilidades de una organización para cumplir con los requisitos regulatorios, mejorar su eficiencia y eficacia de forma continua con miras a la calidad, los sistemas de gestión de calidad representan una problemática a menudo en instituciones prestadoras de salud, evidenciándose desactualizados, incompletos y/o inclusive incompletos, este proyecto fue desarrollado en el Hospital Local Municipio de Los Patios, donde se pudo evidenciar la necesidad de intervenir el sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias mediante la actualización y diseño documental, este proyecto inicio el 27 de marzo del 2023 y finalizo el 06 de junio del mismo año, con una intensidad horaria de 300 horas cumplidas, durante las cuales fueron llevadas a cabo las actividades planteadas; 1 diagnóstico situacional del SGC del servicio de urgencias, se diseñaron 62 documentos y se actualizaron 40 documentos y finalmente se llevaron a cabo acciones de educación relacionadas a la gestión documental en el marco de la pasantía.

PALABRAS CLAVES: Sistema de gestión, gestión documental, calidad, urgencias,

CARACTERÍSTICAS: PÁGINAS:614 TABLAS:13 ILUSTRACIONES:0 FIGURAS:28 CD ROOM:

0

PROYECTO PARA TRABAJOS DE EXTENSIÓN MODALIDAD PASANTÍA

**“FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL
SERVICIO DE URGENCIAS DE LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE LOS PATIOS
DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2023”**

JENNIFER CELENA COLMENARES SUAREZ

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

SAN JOSE DE CUCUTA

2023

PROYECTO PARA TRABAJOS DE EXTENSIÓN MODALIDAD PASANTÍA

**“FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL
SERVICIO DE URGENCIAS DE LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE LOS PATIOS
DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2023”**

JENNIFER CELENA COLMENARES SUAREZ

DIRECTOR (A) METODOLÓGICO:

DIANNE SOFIA GONZALEZ ESCOBAR

**Enfermera profesional, Esp. Docencia Universitaria y Practica Pedagógica
Universitaria, Mag. Educación de adultos, Mag. Enfermería con Énfasis en Cuidado Para
la Salud al Paciente Crónico**

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

SAN JOSE DE CUCUTA

2023



ACTA DE SUSTENTACION N° 10
PROYECTO DE GRADO MODALIDAD PASANTÍA

FECHA: SAN JOSE DE CUCUTA, 20 DE JUNIO DE 2023 **HORA:** 8:00 A.M.

LUGAR: FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD- SALA DE JUNTAS- BLOQUE C

PROGRAMA DE: ENFERMERÍA

TITULO DEL PROYECTO DE PASANTÍA: "FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE LOS PATIOS DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2023"

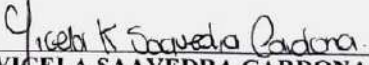
JURADOS: DIANNE SOFIA GONZALEZ ESCOBAR
YICELA SAAVEDRA CARDONA
MARÍA ELENA RAMÍREZ H.

DIRECTOR: DIANNE SOFIA GONZALEZ ESCOBAR

NOMBRE DE LOS ESTUDIANTES:	CODIGO	NOTA	CALIFICACION
<u>JENNIFER CELENA COLMENARES SUAREZ</u>	<u>1801022</u>	<u>4.6</u>	<u>(A) (M) (L)</u> <u>X</u>

FIRMA


DIANNE SOFIA GONZALEZ ESCOBAR
Jurado 1


YICELA SAAVEDRA CARDONA
Jurado 2


MARÍA ELENA RAMÍREZ H
Jurado 3


Vo.Bo. GLORIA OMAIRA BAUTISTA ESPINEL
Directora Programa Enfermería

Figura 1 Acta de sustentación

Tabla de contenido

Resumen	15
Introducción	16
1. Marco de referencia	17
1.1. Título	17
1.2. Planteamiento del problema	17
2. Justificación	21
3. Resultados esperados y potenciales a desarrollar	24
4. Objetivos	25
4.1. Objetivo general	25
4.2. Objetivos específicos	25
5. Marco referencial	26
5.1. Antecedentes	26
Internacionales	26
Nacionales	28
Regionales	31
5.2. Marco conceptual	32
5.3. Marco teórico	40
5.4. Marco legal	45
5.5. Marco contextual	47
6. Descripción del proyecto a desarrollar	56
7. Plan operativo	57
8. Presentación de resultados del proyecto desarrollado	65

8.1. Objetivo específico N°. 1	65
8.1.1. Actividad N°.1	65
8.1.2. Actividad 2	66
8.1.3. Actividad 3	67
8.1.4. Presentación de resultados objetivo específico 1	69
8.1.5. Presentación de evidencia documental objetivo específico 1.	92
8.1.5.1. Listado Maestro de Documentos y Registros	92
8.1.5.2. Archivo en “drive” del servicio de urgencias	100
8.1.5.3. Acta de concertación	105
8.2. Objetivo específico n°.2	111
8.2.1. Actividad 1	111
8.2.2. Actividad 2	112
8.2.3. Actividad 3	113
8.2.4. Presentación de resultados objetivo 2	115
8.2.5. Presentación de evidencia documental	121
8.2.5.1. Actividad 1. Actualización de documentos	121
8.2.5.1.1. Consentimiento informado toma parcial de orina con sonda (actualizado)	121
8.2.5.1.2. Consentimiento informado cateterismo vesical (actualizado)	123
8.2.5.1.3. Consentimiento informado aplicación de anestesia local (actualizado)	124
8.2.5.1.4. Consentimiento informado toma de muestra sanguínea (actualizado)	125
8.2.5.1.5. Consetimeinto informado endodoncia (actualizado)	127
8.2.5.1.6. Consentimiento informado Higiene oral (Actualizado)	129
8.2.5.1.7. Consentimiento informado Exodoncia simple (Actualizado)	132

8.2.5.1.8. Consentimiento informado Operatoria (actualizado)	134
8.2.5.1.9. Consentimiento informado Hisopado nasofaríngeo COVID 19	136
8.2.5.1.10. Consentimiento informado Prueba presuntiva de VIH (Actualizado)	138
8.2.5.1.11. Consentimiento informado Inserción DIU (Actualizado)	140
8.2.5.1.12. Consentimiento informado Frotis de flujo (Actualizado)	142
8.2.5.1.13. Consentimiento informado Citología (Actualizado)	144
8.2.5.1.14. Consentimiento Informado Vacunación 2-4-6 meses (Actualizado)	146
8.2.5.1.15. Consentimiento informado Vacunación 12 meses (Actualizado)	148
8.2.5.1.16. Consentimiento informado Vacunación 5-9 años (Actualizado)	150
8.2.5.1.17. Consentimiento informado para la toma de imágenes (Actualizado)	152
8.2.5.1.18. Consentimiento Informado Paquete de exámenes abuso sexual (actualizado)	154
8.2.5.1.19. Consentimiento informado termoterapia (Actualizado)	156
8.2.5.1.20. Disentimiento informado Procedimientos (Actualizado)	158
8.2.5.1.21. Disentimiento informado remisión (Actualizado)	160
8.2.5.1.22. Formato hoja de costos (digitalizado)	161
8.2.5.1.23. Formato historia clínica (digitalizado)	162
8.2.5.1.24. Formato solicitud – certificado apoyo diagnostico (digitalizado)	164
8.2.5.1.25. Formato recetario (digitalizado)	165
8.2.5.1.26. Formato ordenes medicas (digitalizado)	166
8.2.5.1.27. Formato nota de procedimientos (digitalizado)	168
8.2.5.1.28. Formato de tratamientos (digitalizado)	169
8.2.5.1.29. Formato Nota de Enfermería (Digitalizado)	171
8.2.5.1.30. Procedimiento Administración de medicamentos por vía parenteral (Actualizado)	172

8.2.5.1.31. Procedimiento Nebulizaciones (Actualizado)	192
8.2.5.1.32. Procedimiento Cuidado de heridas (Actualizado)	198
8.2.5.1.33. Procedimiento Electrocardiograma (Actualizado)	207
8.2.5.1.34. Procedimiento Diligenciamiento del consentimiento informado (Actualizado)	216
8.2.5.1.35. Procedimiento informado Inmunización en casos de violencia sexual (Actualizado)	222
8.2.5.1.36. Procedimiento TRIAGE (Actualizado)	230
8.2.5.2. Actividad 2. Diseño de documentos	243
8.2.5.2.1. Consentimiento informado administración de medicamentos por vía no parenteral (Diseñado)	243
8.2.5.2.2. Consentimiento informado Toracostomía (Diseñado)	246
8.2.5.2.3. Consentimiento informado Onicectomía (Diseñado)	248
8.2.5.2.4. Consentimiento informado administración de medicamento por vía parenteral (Diseñado)	250
8.2.5.2.5. Consentimiento informado Suturas (Diseñado)	253
8.2.5.2.6. Consentimiento informado Paso de sonda nasogástrica (Diseñado)	255
8.2.5.2.7. Consentimiento informado Curaciones (Diseñado)	257
8.2.5.2.8. Consentimiento informado Electrocardiograma (diseñado)	259
8.2.5.2.9. Consentimiento informado Retiro de puntos (Diseñado)	261
8.2.5.2.10. Consentimiento informado Remisión (Diseñado)	263
8.2.5.2.11. Consentimiento informado monitoreo fetal (diseñado)	264
8.2.5.2.12. Consentimiento informado Amniotomía (diseñado)	266
8.2.5.2.13. Consentimiento informado episiotomía – episiorrafia (diseñado)	268

8.2.5.2.14. Consentimiento informado transporte asistencial (Diseñado)	270
8.2.5.2.15. Disentimiento informado Remisión (Diseñado)	272
8.2.5.2.16. Salida voluntaria (Diseñado)	273
8.2.5.2.17. No reanimación (Diseñado)	274
8.2.5.2.18. Consentimiento informado extracción del implante subdérmico (Diseño)	275
8.2.5.2.19. Consentimiento informado extracción de DIU (Diseño)	277
8.2.5.2.20. Consentimiento informado Vacunación 18 meses (Diseñado)	279
8.2.5.2.21. Consentimiento informado Vacunación 10 – 49 años (diseñado)	281
8.2.5.2.22. Consentimiento informado Vacunación gestantes (Diseñado)	283
8.2.5.2.23. Consentimiento informado Vacunación adultos 60 años (Diseñado)	285
8.2.5.2.24. Consentimiento informado Ecografía transvaginal (Diseñado)	287
8.2.5.2.25. Consentimiento informado Ecografía obstétrica (diseñado)	288
8.2.5.2.26. Consentimiento informado Ecografía abdominal (Diseñado)	290
8.2.5.2.27. Consentimiento informado Ecografía pélvica (Diseñado)	292
8.2.5.2.28. Consentimiento informado tejido blandos (diseñado)	294
8.2.5.2.29. Consentimiento informado toma de imágenes ionizantes (diseñado)	296
8.2.5.2.30. Consentimiento informado radiografía periapical (diseñado)	298
8.2.5.2.31. Consentimiento informado electroterapia (diseñado)	300
8.2.5.2.32. Consentimiento informado terapia física (diseñado)	302
8.2.5.2.33. Procedimiento administración de medicamentos por vía no parenteral (Diseñado)	304
8.2.5.2.34. Procedimiento Acceso venoso periférico (diseñado)	340
8.2.5.2.35. Procedimiento Cateterismo vesical (diseñado)	352
8.2.5.2.36. Procedimiento control de líquidos (diseñado)	368

8.2.5.2.37- Procedimiento lavado nasal (diseñado)	377
8.2.5.2.38. Procedimiento Preparación y dilución de medicamentos (Diseñado)	382
8.2.5.2.39. Procedimiento retiro de suturas (diseñado)	391
8.2.5.2.40. Procedimiento Sonda nasogástrica (diseñado)	399
8.2.5.2.41. kit de derrames (diseñado)	407
8.2.5.2.42. Formato de confidencialidad (diseñado)	409
8.2.5.2.43. Plan de Contingencia de residuos Hospitalarios (diseñado)	411
8.2.5.2.44. Política de calidad (diseñado)	423
8.2.5.2.45. Política de confidencialidad (Diseñado)	458
8.2.6. Presentación de evidencia fotográfica	461
8.3. Objetivo específico N°.3	462
8.3.1. Actividad 1	462
8.3.2. Actividad 2	463
8.3.3. Actividad 3	464
8.3.4. Presentación de resultados objetivo 3	466
8.3.5. Presentación de evidencia documental	475
8.3.5.1. Circular de capacitación: Procesos Prioritarios	475
8.3.5.2. Matriz de Educación: Consentimientos informados	477
8.3.5.3. Tabulación y análisis del pre test y post test	487
8.3.5.4. informe de capacitación	495
8.3.6. Presentación de evidencia listas de asistencia	549
8.3.7. Presentación de evidencia fotográfica	552
9. Conclusiones	554

10. Recomendaciones	556
11. ANEXOS	557
11.1. Acta de inicio	557
11.2. Asistencias a la pasantía	561
11.3. Paz y salvo	572
11.4. Acta de sustentación.	573
11.5. Gestión documental que no hizo parte del plan operativo	575
11.5.1. Circulas 149 Información comités vigencia 2023	575
11.5.2. Acta de priorización PAMEC	593
11.6. Cronograma de actividades	606
11.1. Presupuesto	608
BIBLIOGRAFÍA	610

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Acta de sustentación	4
Figura 2 La Trilogía de Juran de manera gráfica	40
Figura 3 Hospital Local Municipio de Los patios.	47
Figura 4. Listado maestro Hospital Local Municipio de Los Patios.	69
Figura 5. Proceso de filtración “líder urgencias” del listado maestro.	70
Figura 6. Proceso de filtración “urgencias” del listado maestro	70
Figura 7. Archivo de calidad en drive del servicio de urgencias hospital	71
Figura 8. Acta de concertación	82
Figura 9 Acta de cumplimiento	88
Figura 10. Acta de cumplimiento	89
Figura 11. Acta de cumplimiento	90
Figura 12. Acta de cumplimiento	91
Figura 13. Circular para el personal: procesos prioritarios mes de junio	470
Figura 14. Matriz de educación. Consentimientos informados.	471
Figura 15. Diapositivas capacitación al personal.	472
Figura 16. Acta de reuniones internas	474
Figura 17. Tabulación pre test pregunta 1.	488
Figura 18. Tabulación pre test pregunta 2.	488
Figura 19. Tabulación pre test pregunta 3.	489
Figura 20. Tabulación del pre test pregunta 4.	490
Figura 21. Tabulación del pre test pregunta 5.	490
Figura 22. Tabulación del post test pregunta 1.	491
Figura 23. Tabulación del post test pregunta 2	492
Figura 24. Tabulación del post test pregunta 3	492

Figura 25. Tabulación del post test pregunta 4	493
Figura 26. Tabulación del post test pregunta 5	494
Figura 27. Evidencia capacitación via google meet.	552
Figura 28. Evidencia capacitación cia google meet.	553

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 <i>Capacidad instalada de la institución en atención inmediata</i>	53
Tabla 2 <i>Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias.</i>	55
Tabla 3 <i>Descripción del proyecto a desarrollar.</i>	56
Tabla 4 <i>Plan operativo</i>	57
Tabla 5. <i>Resultados objetivo específico N°1</i>	65
Tabla 6. <i>Cruce de datos listado maestro y archivo de drive de Urgencias.</i>	74
Tabla 7. <i>Estándar de procesos prioritarios según resolución 3100 de 2019</i>	77
Tabla 8. <i>Conversión de colores tabla 7.</i>	80
Tabla 9. <i>Resultados objetivo específico 2.</i>	111
Tabla 10. <i>Resultados objetivo específico 3.</i>	462
Tabla 11. <i>Priorización de capacitaciones al personal</i>	467
Tabla 12. <i>Cronograma de actividades</i>	606
Tabla 13. <i>Presupuesto</i>	608

Resumen

Los sistemas de gestión de calidad con énfasis en la gestión documental en salud, son aquellos que dan soporte a los procesos, procedimientos y responsabilidades de una organización para cumplir con los requisitos regulatorios, mejorar su eficiencia y eficacia de forma continua con miras a la calidad, los sistemas de gestión de calidad representan una problemática a menudo en instituciones prestadoras de salud, evidenciándose desactualizados, incompletos y/o inclusive incompletos, este proyecto fue desarrollado en el Hospital Local Municipio de Los Patios, donde se pudo evidenciar la necesidad de intervenir el sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias mediante la actualización y diseño documental, este proyecto inicio el 27 de marzo del 2023 y finalizo el 06 de junio del mismo año, con una intensidad horaria de 300 horas cumplidas, durante las cuales fueron llevadas a cabo las actividades planteadas para el desarrollo de este proyecto la cuales fueron 1 diagnóstico y análisis situacional del sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias con énfasis en la gestión documental a través de la aplicación del listado maestro proporcionado por la institución y normatividad vigente, específicamente la resolución 3100 de 2019 de habilitación en salud, en base a esto se intervino el SGC del servicio de urgencias diseñando 62 documentos y se actualizando 40 documentos para finalmente se llevar a cabo acciones de educación dirigidas al personal relacionadas a la gestión documental desarrollada por la pasante en el marco del proyecto de extensión dando fin al mismo.

Introducción

Este proyecto se llevará a cabo con el propósito de diseñar y/o actualizar el sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias de la ESE Hospital Local de Los Patios, con énfasis en la gestión documental, es decir diseño y actualización de protocolos, guías y formatos propios del servicio, basados en la normatividad ad vigente que aplique en cada caso; la calidad es un factor supremamente importante en la prestación de servicios de salud, en especial, en las instituciones de salud públicas en Colombia, donde es reconocida como un derecho fundamental que se le debe garantizar a todo usuario, y es deber de todas las instituciones de salud implementar acciones con el ánimo de incrementar la satisfacción de la comunidad y usuarios en general en la prestación del servicio.

La realización de este proyecto contribuirá al mejoramiento continuo de la E.S.E. Hospital Local del Municipio de los Patios, en la prestación de servicios de salud específicamente en el servicio de urgencias al ser afín a sus políticas institucionales y a lo que se pretende como ente territorial del estado en un municipio como Los Patios, donde para sus pobladores es el principal referente en salud, logrando la estandarización de los procesos que se llevan a cabo en el servicio, además de esto, garantizar, la adecuada adherencia del talento humano en salud a los lineamientos establecidos en busca de fortalecer sus conocimientos y habilidades que guíen la práctica clínica, lo anterior bajo una mirada de calidad, humanización y seguridad del paciente.

1. Marco de referencia

1.1. Título

Fortalecimiento del sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias de la E.S.E. hospital local de los patios durante el primer semestre del 2023.

1.2. Planteamiento del problema

El objetivo principal de toda entidad prestadora de servicios de salud es la atención del paciente y facilitarla en un centro que apoye y responda a necesidades específicas; para ello es fundamental garantizar un sistema de calidad con la finalidad de ofrecer una asistencia médica eficiente que mejore el estado de salud y el grado de satisfacción de la población. (1).

El sistema de gestión, bajo los componentes de planificación, organización, garantía y mejora continua se encarga de diseñar, gestionar y mejorar los procesos institucionales hacia una cultura de calidad. Dentro de la gestión institucional y direccionamiento estratégico se encuentra el componente de gestión de calidad y es deber de las entidades prestadoras de salud determinar, aplicar y direccionar estrategias que permitan cumplir con un proceso de mejoramiento planificado para la atención en salud.

En base a lo anterior, la calidad en los servicios de salud debe dar cumplimiento a las normas técnicas que incluyen la infraestructura, equipos, materiales, medicamentos, talento humano con conocimientos y habilidades para ofrecer el servicio. Pero también, de las necesidades sentidas del usuario que involucran la entrega amable y respetuosa. Así pues, la calidad de la atención en el proceso interpersonal debe incluir valores y normas socialmente definidas que gobiernen la interacción de los individuos en general y en situaciones particulares,

esto hace referencia al interés que se tiene por las personas, el cual se demuestra por la comodidad, la privacidad y por el ambiente que se les proporciona en los diferentes lugares donde se presta la atención en salud (2).

En Colombia, a partir de la expedición de la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios se generó una gran transformación del sector salud, que hizo que las instituciones de salud asumieran retos con relación a su organización, de igual manera, produjo cambios en el papel ejercido por los usuarios, pues el nivel de exigencias y expectativas fue modificado, haciendo que hoy en día los usuarios de los servicios de salud sean personas conscientes de sus derechos, estén informadas y requieran una atención oportuna, personalizada y eficiente lo cual implica ofertar servicios con calidad (3).

El Decreto 780 de 2016 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social ", que compiló al Decreto 1011 de 2006 "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud", se plantea la calidad de la atención de salud como “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios” (4).

La E.S.E Hospital Local del Municipio de los Patios, es una entidad pública de baja complejidad, descentralizada, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa; adscrita a la dirección local de salud e integrante de SGSSS previsto en la Ley 100 de 1993. (5).

El servicio de urgencias está conformado por una infraestructura amplia dispone de recursos humanos asignados durante todo el año. Pese a que la E.S.E Hospital Local del Municipio de los Patios es una institución de primer nivel de complejidad atiende todo tipo de urgencias, ya que es el único centro sanitario público de la zona y el principal referente de las personas del municipio donde se espera una atención oportuna.

Por otra parte, el área de calidad institucional, liderado por una enfermera profesional, se encarga de todo el proceso de gestión documental del servicio de urgencias, así como del resto de servicios ofertados por la institución, el cual juega un papel bien importante en la planificación, manejo y organización del actuar en cuanto a la prestación de servicios de salud en el Hospital y esto, bajo unos lineamientos establecidos y unificados; por medio de los cuales, todo el talento humano en salud contratado por la institución se debe regir, esto con el fin de minimizar posibles eventos adversos en la atención en salud y garantizar los máximos estándares de calidad del servicio.

Por ende, es indispensable que el Hospital Local del Municipio de los Patios, cuente con documentos actualizados y estandarizados, entendiéndose por documentos; los protocolos, guías procedimientos, y formatos institucionales con el fin de estandarizar el cuidado de la población con eficacia, eficiencia y de calidad, en especial en un servicio como el de urgencias; además de esto, garantizar, la adecuada adherencia del talento humano en salud a los lineamientos establecidos y difundidos por el Hospital para el actuar durante la atención en salud de los usuarios que acuden a esta institución.

Mediante una necesidad expresa por la enfermera profesional que lidera estos procesos desde el área de calidad, la cual menciona que es necesario la intervención del sistema de gestión

de calidad específicamente del servicio de urgencias ya que el mismo no cuenta con todos los procedimientos documentados para la prestación de servicios acorde con el modelo de atención donde se evidencien claramente los flujos, los responsables, los tiempos de respuesta, las características del proceso, entre otros. Así mismo, el Hospital Local del Municipio de Los patios no cuenta con muchos de los procedimientos guías de manejo y o protocolos para las patologías que se atienden en el servicio de urgencias, y/o estos no son conocidos por el personal de salud que labora en el área.

Lo anterior descrito, nos deja oportunidades de intervención, una dirigida a la gestión documental donde se verificaría la existencia de los procesos asistenciales estandarizados en el servicio según la normatividad vigente de habilitación de servicios de salud como lo es la resolución 3100 de 2019, diseñando y/o actualizando según corresponda, difundiendo al personal la información actualizada o diseñada para su conocimiento e implementación y mediante la verificación de la adecuada adherencia a los mismos.

Por último, cabe mencionar que el no realizar estas intervenciones podría impactar negativamente en el mejoramiento continuo de la institución, así como, en el cumplimiento y desempeño del Hospital a la hora de prestar servicios de calidad a la población Patiense al no garantizar una atención, rápida, oportuna y eficaz estandarizada e interiorizada por todo el personal de salud.

2. Justificación

En salud como en todos los ámbitos, existen dos prioridades para el cumplimiento de todos los estándares de calidad en la prestación de servicios, siendo estos “la eficiencia” y la “eficacia”. En la ley 100 de 1993, la cual plantea en su artículo 153 como regla rectora, la prestación de servicios de salud de calidad; a partir de allí se expide una nueva reglamentación que orienta una filosofía centrada en el usuario que garantiza una atención oportuna, integral y humanizada. (6)

Todas las instituciones de salud, sin importar su naturaleza y su tamaño, deben asegurar prestar los mayores niveles de calidad, aunque en el sector público esto puede ser un poco más difícil, lo que significaría entonces mayores esfuerzos para el logro de los objetivos, velando siempre por y para el usuario.

Teniendo en cuenta que la ESE Hospital del municipio de los patios en su política de calidad tiene como compromiso producir y prestar servicios de salud con calidad y direccionados por las necesidades de la población usuaria en el municipio, con el recurso humano profesional, técnico y auxiliar creativo y permanentemente actualizado, buscando el mejoramiento continuo del sistema y proporcionando valor para nuestros clientes y para el ese hospital local de los patios logrando resultados que impacten la situación de salud de la comunidad. (8)

En relación a lo anterior mencionado, la urgente necesidad de actualizar el sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias radica en el abordaje holístico en la prestación de servicios, con calidad y centrado en el usuario, en satisfacer sus necesidades y expectativas ya que, el hospital local de los patios como empresa social del estado, cuenta con una gran capacidad instalada, como institución prestadora de salud, es el principal referente en casos de

urgencias en el municipio de los Patios, y por ende, es deber del talento humano en salud de la institución, estar preparados para atender cualquier situación de salud que ingrese al servicio de urgencias, desde el momento que ingresa hasta el alta preservando siempre la calidad como eje rector de la atención. (7)

En este sentido, el diseño y/o actualización del sistema de gestión de calidad con énfasis en la gestión documental, es decir, diseño y actualización de protocolos, guías, manuales y formatos de atención durante el desarrollo del proyecto de extensión en el marco de la pasantía en el servicio de urgencias de la ESE Hospital local de los patios durante el primer semestre del 2023, favorecerá en la institución la calidad en el servicio prestado, mejoramiento de indicadores importantes, además mejorara la imagen institucional a través de un incremento de la calidad del servicio percibido por los usuarios.

Por otra parte, desde el punto de vista científico, este proyecto es importante ya que, aportará nuevos datos e información complementaria a la institución donde se desarrollará la pasantía, diseñando las directrices por medio de las cuales se debe basar el actuar del personal de salud, fortaleciendo sus conocimientos teóricos y prácticos, promoviendo la estandarización de procedimientos basados en la evidencia científica e información actualizada esperando que con esto, se genere un efecto domino, impactando en la reducción de eventos adverso y por consiguiente, en la calidad de la atención en el servicio de urgencias de la ESE Hospital del Municipio de Los Patios.

A nivel académico, es relevante porque como estudiante de pregrado del programa de enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander, reconociendo que este, es un programa de alta de calidad reconocido ampliamente a nivel regional y nacional por la

excelencia de sus egresados, el desarrollo de este proyecto favorecerá el desarrollo científico y reconocimiento de la institución, de igual forma, para la estudiante, ya que mediante la ejecución del presente proyecto podrá desarrollar competencias para la vida laboral.

3. Resultados esperados y potenciales a desarrollar

- ✓ Satisfacción del usuario sobre la atención recibida en el servicio de urgencias del ESE hospital local de los patios.
- ✓ Mejoramiento de la estructura, procesos, resultados, impactos y satisfacción de los usuarios del servicio de urgencias de la ESE Hospital Local de Los Patios a través de la implementación del plan de mejoramiento del sistema de gestión de calidad.
- ✓ Actualización y diseño de todo el sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias del hospital Local de los Patios de acuerdo a las necesidades identificadas.
- ✓ Estandarización de los procesos asistenciales del servicio de urgencias del Hospital Local de Los Patios
- ✓ Personal asistencial del servicio de urgencias más capacitado acerca de los procesos y protocolos institucionales, lo cual conlleva al mejoramiento del trabajo articulado entre los actores de la ESE Hospital Local de los Patios.
- ✓ Mejoramiento de los indicadores de calidad del servicio de urgencias de la ESE Hospital Local de Los Patios.
- ✓ Impacto positivo de la imagen institucional en el municipio de los patios mediante la percepción de calidad en el servicio recibido por los usuarios.

4. Objetivos

4.1. Objetivo general

Fortalecer el sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias de la E.S.E Hospital Local de Los Patios durante el primer semestre del 2023.

4.2. Objetivos específicos

- Realizar un diagnóstico situacional del sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias de la E.S.E Hospital Local de Los Patios a través del listado maestro proporcionado por la institución.
- Realizar el diseño y actualización del sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias de la E.S.E. Hospital Local del Municipio mediante una revisión bibliográfica y científica.
- Socializar los documentos diseñados y actualizados mediante una priorización según necesidades y requerimientos de la E.S.E. Hospital Local del municipio de Los Patios en el servicio de urgencias.

5. Marco referencial

5.1. Antecedentes

En este contexto se ubican algunas de las investigaciones relacionadas con el fin del presente trabajo, tanto en el contexto internacional, como nacional y local.

Internacionales

En Cuba, Elizabeth Hebia-Carro junto a Jorge Luís Guach-Estévez y a Zayda Sánchez-Soca realizaron un estudio retrospectivo, transversal y de intervención en las instituciones provinciales de salud en Holguín titulado Gestión de calidad en la atención de urgencias médicas desde la ciencia y la innovación en Holguín, su objetivo fue valorar, desde una perspectiva multidimensional de ciencia, tecnología e innovación la gestión de calidad del servicio de urgencias en las instituciones de salud de Holguín. Se realizó un estudio comprendido entre 2017-2019, con la aplicación de diferentes métodos cuantitativos y cualitativos. Se concluyó que, a pesar de existir un sistema de gestión de la calidad, se presentan como debilidades principales, el insuficiente dominio de las reglamentaciones e indicadores, falta adecuar el modelo de capacitación a las necesidades, sobre todo en la parte investigativa y científica. La solución al problema científico se sustenta en la aplicación de la ciencia y la tecnología desde un enfoque interdisciplinar y multidisciplinar que permite una visión integradora de la demanda de solución. Se aporta un sistema de acciones integrado de gestión de la calidad desde la ciencia y la tecnología de salud que permitirá incrementar los niveles de eficiencia en el servicio para la atención médica y su impacto en la calidad de vida de las personas en la provincia. (10)

En 2020, en la Habana Cuba, Se realizó una investigación sobre los sistemas y servicios de salud en el área de urgencias del Policlínico Docente Emilia de Córdova y Rubio, de

Maybeque, desde 1ro de abril de 2017 hasta 31 de marzo de 2018, se aplicó una guía de observación y cuestionarios para evaluar la estructura y satisfacción de pacientes y prestadores. Se utilizó la auditoría interna para evaluar los procesos; y los indicadores de letalidad de las enfermedades trazadoras, para los resultados. Para el análisis estadístico se emplearon frecuencias absolutas y relativas, A manera de conclusión, la calidad de la atención en el servicio de urgencias del policlínico de San Nicolás, en el período estudiado, fue regular. Los elementos evaluados como deficientes de la variable estructura afectaron sensiblemente a esta y al nivel de satisfacción de usuarios y prestadores. La calidad de los procesos de atención fue buena, aunque el infarto de miocardio se comportó con una letalidad elevada. Existen elementos intrínsecos que atender por la jefatura del servicio y la dirección del policlínico. Los problemas de calidad se identifican al comprobar que en los resultados de la atención de salud no se cumplen las expectativas de los clientes y/o los requisitos establecidos por el sistema o institución. Es necesario analizar el proceso, las causas de esos problemas y corregirlas. (11)

En el año 2019 en Perú se desarrolló una investigación por Sr. Alfredo Víctor Laguna Urdanivia, Sra. Elia Obregón Rodríguez, Sra. Ruth Vilma Quijada Fernández bajo la dirección de Vilma Aurora Montañez Ginocchio titulada: “PROPUESTA DE MEJORA DEL PROCESO DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS”. El objetivo general de la investigación fue diagnosticar y plantear una propuesta de mejora al proceso actual de atención en el Servicio de Emergencia del INCN, La investigación se realizó en el Servicio de Emergencia del INCN. La recolección de información fue realizada en un periodo de diez días, haciendo seguimiento al proceso de atención inicial en el Servicio de Emergencia. La técnica de recolección de datos fue la observación y el análisis documental, se empleó como instrumento una ficha de recolección,

mediante esta investigación se lograron identificar las deficiencias del servicio de urgencias y en consecuencia se diseñó una propuesta de mejora en busca de reducir el tiempo de demora en la institución para la atención inicial de los pacientes que acuden a este servicio, a través de la optimización de la facturación, sistemas de información, dotación de recursos humanos que estén capacitados para agilizar los procesos y por último, mejoras en el mantenimiento de equipos, en la propuesta también se incluyen otras recomendaciones, como la introducción de un comité ejecutivo clave para la toma de decisiones coordinadas y eficaces a nivel institucional. (12)

Nacionales

Ballén A, Castillo N, Guzmán A, Tovar L en su trabajo de grado denominado “PROPUESTA DE MEJORAMIENTO EN EL PROCESO DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA E.S.E. HOSPITAL DE CHIQUINQUIRÁ” Bogotá (2021) mediante el cual buscaban determinar de qué forma se puede implementar de manera eficaz y eficiente el proceso de atención en el servicio de urgencias en la E.S.E Hospital de Chiquinquirá apoyados por un sistema de información gerencial. Primero, realizaron un diagnóstico de la institución e identificaron las falencias en el servicio de urgencias dejando en evidencia que, la mayoría de estas falencias estaban relacionadas con un sistema de información ineficiente, proponiendo inicialmente, la conformación de equipos de trabajo multidisciplinarios con el fin de enriquecer diferentes ideas y perspectivas que permitan complementar conceptos y objetivos desde el amplio panorama de la salud. Así mismo, realizar y actualizar el sistema de información de la institución y que el mismo, sea ampliamente difundido, de fácil acceso, interpretación y uso, permitiendo así, resultados óptimos y cumplimiento con los objetivos propuestos, por otra parte, otra propuesta mencionada en el documento fue, la realización de capacitaciones continuas y actualización al personal sobre el uso de estos sistemas de información, mejorando de esta

manera, su desempeño y habilidades. El estudio concluye que la aplicación de la Teoría de Sistemas para entender lo relacionado con la Calidad de la Atención en Salud constituye una alternativa que permite analizar e interpretar los problemas desde otra perspectiva. Las evidencias del impacto de las herramientas encontradas sobre el mejoramiento de la atención en salud, aun resultan insuficientes, pues constituyen un tema de reciente abordaje, fuente para futuras investigaciones (13).

Bohórquez A en el año 2017, realizó un estudio en Colombia denominado **“DESARROLLO DE UNA PROPUESTA DE MEJORAMIENTO CONTINUO PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA (HUS), CON LA APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA LEAN HEALTHCARE”**. El objetivo principal de este trabajo de investigación fue implementar una propuesta de mejora continua para el servicio de urgencias del hospital universitario de la Samaritana bajo una metodología específica, la cual es “Lean Healthcare” mediante se mejore el nivel de calidad del servicio prestado en el área de urgencias. Al igual que en otras investigaciones, el primer paso fue realizar un diagnóstico situacional del del servicio, el cual arrojó que la operación que menos agrega valor al servicio era la “portería” mientras que la “consulta” fue la que más aporta, seguida de la sala de observaciones. Los problemas que causaban efectos fuertes en el proceso de atención en emergencias se resumieron en los siguientes: 1. falta acompañamiento al paciente remitido en las primeras etapas del proceso, 2. no identificación a tiempo de fallas en inventario, 3. falta de alertas visuales y difusión oportuna de la información relacionada con la ubicación del paciente, 4. reprocesos, 5. falta de compromiso y resistencia al cambio y 6. problemas de comunicación. Las herramientas de la metodología Lean Healthcare aplicadas básicamente fueron la estandarización de procesos, la polivalencia, el ciclo

de Deming, mejora continua y principalmente los grupos Kaizen. Así las estrategias de mejoramiento adoptadas fueron; 1. definir un procedimiento para la recepción de pacientes que llegan remitidos al servicio de urgencias, 2. definir un mecanismo de apoyo para el seguimiento a las necesidades de recursos del servicio y 3. proponer un sistema de señales visuales para la ubicación e identificación del paciente y la distribución del espacio en urgencias, 4. definir protocolos de información y manejo para el traslado intrahospitalario de pacientes, 5. eliminar las principales fuentes de reproceso en el servicio, 6. desarrollar mecanismos de seguimiento del desempeño del personal en el proceso, e 7. implementar equipos de mejora. Por último, como resultado del desarrollo de las estrategias de mejora, se obtuvo una reducción del tiempo de espera en más de treinta minutos, mediante la implementación de estrategias a corto plazo, y un incremento en el porcentaje de actividades que agregan valor en la mayoría de las operaciones.

(14)

Por otro lado, el proyecto titulado “MEJORAMIENTO DE PROCESOS DEL AREA DE URGENCIAS DE LA E.SE. HOSPITAL REGIONAL DE VÉLEZ” realizado por Torres C. en el año 2017, en Bucaramanga, Colombia, cuyo propósito diseñar e implementar un plan de mejoramiento en los procesos del área de Urgencias de la Empresa Social del Estado Hospital Regional de Vélez que le permitan alcanzar mayores niveles de eficiencia en sus operaciones. Para el desarrollo del proyecto se llevaron a cabo 4 fases, 1. Diagnostico situacional actual, 2. Formulación plan de mejoramiento (practicar Lean) 3. Ejecución del proyecto Lean y, por último, 4. Medición y mejora continua. Dentro del plan de mejoramiento se logró la estandarización del proceso por medio de la documentación y caracterización de los procesos, por medio de los cuales se mejoró el desarrollo de las actividades y la confiabilidad de la información. Finalmente, se puede concluir que, así como los principios de la filosofía Lean en

sus inicios fueron aplicados únicamente a empresas manufactureras y de los cuales se derivó el concepto Lean Healthcare, igualmente pueden ser implementados en instituciones pertenecientes al sector salud y así alcanzar resultados positivos y favorables. No obstante, es importante que haya un completo compromiso por parte de la Dirección para poder lograr el éxito en su implementación.

Regionales

En la clínica nuestra señora de Torcoroma de la ciudad de Ocaña, Norte de Santander durante el año 2021 se llevó a cabo un proyecto de investigación titulado “**Actualización del Sistema de Gestión Documental del Servicio de Radiología e Implementación de un Plan de Mejoramiento sobre Formatos de Calidad de la Clínica Nuestra Señora de Torcoroma de Ocaña – Norte de Santander, en el Año 2021**” realizado por Páez P. La metodología que se aplicó a este proyecto investigativo se dividió en cuatro fases, la primera fase fue un análisis diagnóstico del estado documental de la Clínica Nuestra Señora de Torcoroma. En la fase 2 se sistematizó la información obtenida en una técnica 5W1H, la cual es una metodología que se implementó en la clínica que sirvió para generar una mejora en la salud y en la gestión de cuidados de una institución. En la fase 3 se ejecutó los análisis del sistema documental y se implementaron formatos de calidad de acuerdo a la ISO 90001 y como último se obtuvo una fase 4 la cual se hizo una evaluación de los documentos y se generó una estructura de las recomendaciones realizadas, la actualización del manual y la implementación de un plan de mejoramiento sobre formatos de calidad. Finalmente, el proyecto demostró ser beneficioso para la institución donde se llevó a cabo, ya que puso en evidencia la importancia de la actualización del sistema de gestión documental en un servicio de radiología ya que este comprende una serie de actividades administrativas y técnicas que se relacionan con la

planificación, gestión y organización de los documentos diseñados y/o adaptados por las instituciones prestadoras de servicios de salud con el fin de, facilitar su uso y actualización cuando sea necesario.

5.2. Marco conceptual

Calidad de la atención

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de la atención es el grado en que los servicios de salud para las personas y los grupos de población incrementan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados y se ajustan a conocimientos profesionales basados en datos probatorios. Esta definición de calidad de la atención abarca la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación, e implica que la calidad de la atención puede medirse y mejorarse continuamente mediante la prestación de una atención basada en datos probatorios que tenga en cuenta las necesidades y preferencias de los usuarios de los servicios: los pacientes, las familias y las comunidades (18).

En los últimos decenios se han descrito diferentes elementos de la calidad. Actualmente hay un consenso evidente en cuanto a los servicios sanitarios de calidad, que deben ser:

- **eficaces:** proporcionarán servicios de salud basados en datos probatorios a quienes los necesiten;
- **seguros:** evitarán lesionar a las personas a las que dispensen atención;
- **centrados en la persona:** dispensarán atención adecuada a las preferencias, las necesidades y los valores personales, en el marco de servicios sanitarios que se organizan en torno a las necesidades de la persona;

- **oportunos:** reducirán los tiempos de espera y las demoras, que en ocasiones son perjudiciales, tanto para los que reciben la atención como para los que la prestan;
- **equitativos:** dispensarán una atención cuya calidad no variará por motivos de edad, sexo, género, raza, etnia, lugar geográfico, religión, situación socioeconómica, idioma o afiliación política;
- **integrados:** dispensarán una atención coordinada a todos los niveles y entre los distintos proveedores que facilite toda la gama de servicios sanitarios durante el curso de la vida; y
- **eficientes:** maximizarán los beneficios de los recursos disponibles y evitarán el despilfarro (18).

Por su parte, el decreto 1011 de 2006 define la calidad de la atención en salud como: “La provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios” (19).

No obstante, existen muchas definiciones para la calidad de los servicios de salud. Tantas, que no existe un concepto único. Cada actor involucrado en el proceso de calidad tendrá una idea distinta y cada uno de ellos pondrá mayor relevancia a los conceptos que más valora.

Así pues, para el paciente, por ejemplo, características como la cálida y pronta atención, las instalaciones del hospital o clínica, la reputación de los médicos, y la imagen de la institución, son atributos que determinan un valor para la calidad. Para el prestador de servicios de salud, sin desmerecer la importancia de lo anterior, la valoración de la calidad se basa en los

aspectos que podríamos denominar científicos, técnicos y tecnológicos involucrados en el proceso, tales como la experiencia de los profesionales y la tecnología disponible. Para quien paga el servicio, la relación entre el costo de cualquier intervención y su efectividad para evitar la enfermedad o para recuperar la salud, es la característica que más valora (19).

Estos conceptos sirven para demostrar cómo la calidad en salud no depende de una sola característica, sino de múltiples aspectos que se forman desde cada punto de vista y son valorados de manera diferente según el rol que cumplen en el proceso.

Por el lado de los entendidos en este rubro, como Avedis Donabedian de la Universidad de Michigan, considerado padre de la calidad de la atención en salud, define a la calidad en salud como: "el tipo de atención que se espera que va a maximizar el bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención" (19).

Para su análisis Donabedian propone tres puntos de vista diferentes según quién la define:

- **Calidad absoluta:** es aquella que establece el grado en que se ha conseguido restaurar la salud del paciente, teniendo en cuenta el componente científico-técnico. Este concepto se basa en el concepto de salud-enfermedad, en el estado de la ciencia y la tecnología. Por lo tanto, también es llamada calidad científica, técnica o profesional.
- **Calidad individualizada:** desde una perspectiva individual, es el usuario el que define la calidad de la atención sanitaria, intervendrían sus expectativas y valoración sobre los costos, los beneficios y los riesgos que existen. Este enfoque obligaría al paciente a implicarse en la toma de decisiones a partir de la información

proporcionada por el profesional sanitario, es decir, exige que sea el paciente quien decida sobre su proceso, el profesional informará y el paciente y/o familia decidirá.

- **Calidad social:** desde esta perspectiva habría que valorar el beneficio o la utilidad netos para toda una población, el modo de distribución del beneficio a toda la comunidad y procurar producir, al menor costo social, los bienes y servicios más valorados por la sociedad. (Eficiencia: distribución del beneficio a toda la población) (19).

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Un Sistema de Gestión es un conjunto de elementos relacionados entre sí orientados en una forma de trabajar basado en procesos, con una política de trabajo para alcanzar objetivos. Dichos elementos pueden ser recursos humanos, recursos económicos, infraestructura y equipos, conocimientos y experiencia, etc.

Un **sistema de gestión de la calidad (SGC)** es un sistema formalizado que documenta los procesos, procedimientos y responsabilidades para lograr políticas y objetivos de calidad. Un SGC ayuda a coordinar y dirigir las actividades de una organización para cumplir con los requisitos regulatorios y de clientes y mejorar su eficacia y eficiencia en forma continua.

Los sistemas de gestión de calidad sirven para muchos propósitos, incluyendo

- Mejora de los procesos
- Reducción de residuos
- Reducción de costes
- Facilitar e identificar oportunidades de capacitación

- Involucrar al personal
- Fijar la dirección de toda la organización

5.2.1.1. Beneficios de los sistemas de gestión de calidad

La implementación de un sistema de gestión de la calidad afecta a todos los aspectos del desempeño de una organización.

Dos beneficios generales para el diseño e implementación de sistemas de gestión de calidad documentados incluyen:

- 1. Satisfacer los requisitos del cliente**, lo que ayuda a infundir confianza en la organización, lo que a su vez conduce a más clientes, más ventas y más negocio repetido.
 - 2. Satisfacer los requisitos de la organización**, lo que garantiza el cumplimiento de las regulaciones y la provisión de productos y servicios de la manera más eficiente en cuanto a costos y recursos, creando espacio para la expansión, el crecimiento y las ganancias.
- Dentro de estos beneficios globales se encuentran ventajas como ayudar a comunicar la disponibilidad para producir resultados consistentes, prevenir errores, reducir costos, asegurar que los procesos sean definidos y controlados y mejorar continuamente las ofertas de la organización.

ISO 9001:2015 Y OTRAS NORMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

ISO 9001:2015 es, con diferencia, la norma de sistemas de gestión de calidad más reconocida e implementada del mundo. La ISO 9001:2015 especifica los requisitos para un SGC que las organizaciones pueden utilizar para desarrollar sus propios programas.

Otras normas relacionadas con los sistemas de gestión de la calidad incluyen el resto de la familia ISO 9000 (incluyendo ISO 9000 e ISO 9004), la familia ISO 14000 (sistemas de gestión medioambiental), ISO 13485 (sistemas de gestión de la calidad para dispositivos médicos), ISO 19011 (sistemas de gestión de auditorías) e ISO/TS 16949 (sistemas de gestión de la calidad para productos relacionados con la automoción).

5.2.4. ELEMENTOS Y REQUISITOS DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Aunque cualquier sistema de gestión de la calidad debe crearse para satisfacer las necesidades específicas de una organización, hay algunos elementos generales que todos los sistemas tienen en común, entre ellos los siguientes:

- La política de calidad y los objetivos de calidad de la organización
 - Manual de calidad
 - Procedimientos, instrucciones y registros
1. Gestión de datos
 2. Procesos internos
 3. Satisfacción del cliente con la calidad del producto
 4. Oportunidades de mejora
 5. Análisis de calidad

Cada elemento de un sistema de gestión de la calidad sirve a un propósito hacia los objetivos generales de satisfacer los requisitos de los clientes y la organización. Asegurar que cada uno de los elementos de un SGC esté presente asegura la correcta ejecución y funcionamiento del SGC.

5.2.5. SERVICIO DE EMERGENCIA

Según la Norma Técnica N.º 042/MINSA/DGSP V.0, se entiende por emergencia médica y/o quirúrgica a toda condición repentina o inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes al paciente, esto corresponde a pacientes con daños calificados como prioridad I y II. Además, de acuerdo con dicha norma, «el servicio de emergencia es la unidad orgánica de un hospital o instituto especializado, encargada de brindar atención médico quirúrgica de emergencia en forma oportuna y permanente durante las 24 horas al día a todas las personas cuya vida y/o salud se encuentre en situación de emergencia».

El área de emergencia debe proporcionar una atención especializada neurológica y neuroquirúrgica oportuna, eficaz y eficiente a todo paciente que se encuentre en riesgo de muerte. En general se puede describir la emergencia como un fenómeno que nace de la combinación de factores conocidos. La emergencia no esperada surge de forma eventual y desagradable por causar daño o alteraciones a las personas, los bienes, los servicios o el medio. «La emergencia es una ruptura de la normalidad del sistema, pero no excede la capacidad de respuesta de la población afectada» (Sánchez 2018). (13)

5.2.6. PROCESOS DE ATENCIÓN EN EMERGENCIA

Es vital que el paciente que sufre de alguna emergencia reciba de forma inmediata la ayuda necesaria; no se deberá esperar el término de la atención de triage y la lista de chequeo de signos de alarma para atenderlo. Caso contrario, se debe iniciar la atención del paciente colocándolo en la posición adecuada y avisando a los médicos encargados del traslado del paciente.

Proceso 1: llegada El paciente puede llegar al centro médico con signos de una emergencia evidente, como es el caso de accidentes graves, quemaduras extremas, fracturas recientes, sangrado abundante y entre otros

Proceso 2: triage El triage implica la selección del tipo de atención que requiere el usuario, dicha atención está en función de las necesidades del usuario. Si se trata de una condición de emergencia sin signos evidentes, se procede a realizar preguntas a los acompañantes del paciente y observar los signos de alarma

Proceso 3: diagnóstico Se le brindará al paciente la atención inmediata para aliviar las causas de la emergencia y así brindarle estabilización al usuario. Se le indicará al usuario si pasa a internamiento, consultorio o caso contrario, se deriva a otro centro de salud de referencia.

Proceso 4: admisión Al mismo tiempo que el paciente es atendido en el centro médico, se abre o se ubica la historia clínica del usuario, en el caso de los pacientes que continúan recurriendo al centro médico, se obtendrá información directamente de los familiares del paciente cuando el paciente no se encuentre en la condición para brindar sus datos personales. En el caso de pacientes nuevos, se apresurará una historia clínica nueva.

Proceso 5: hospitalización En caso la emergencia ocurrida requiere de mayor atención, el paciente se quedará en el hospital hasta que se su salud se estabilice (20).

5.3. Marco teórico

LA TRILOGIA DE JURAN JOSEPH M. JURAN

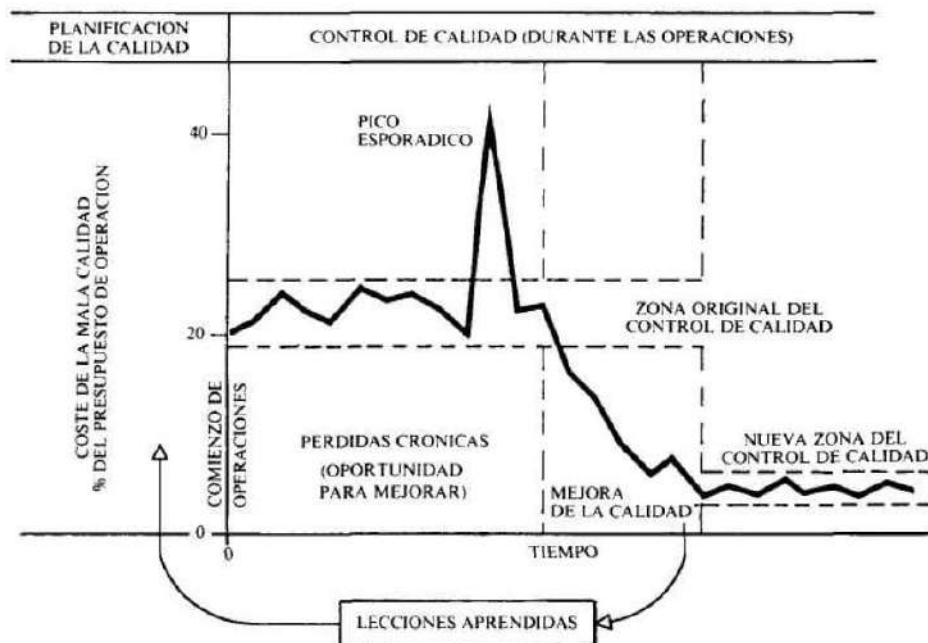


Figura 2 La Trilogía de Juran de manera gráfica. “Juran y la Planificación de la Calidad” – Joseph M. Juran (1988).

El consultor y experto de la calidad rumano Joseph Juran propuso que una correcta Gestión de la Calidad se logra a través de una trilogía de procesos:

En primer lugar, la **Planificación de la Calidad**. La planificación se basa en desarrollar lo que el cliente precisa, ya sea un producto o un servicio, y así satisfacerlo.

En segundo lugar, el **Control de Calidad**. Es quien suministra los estándares de calidad que se utilizarán para la inspección.

Por último, la **Mejora de la Calidad**. Generalmente nace de la detección de errores. Hallar errores y conocer su origen nos permite encontrar una oportunidad de mejora del proceso.

Juran señala que la administración para lograr calidad abarca tres procesos básicos: la planificación de la calidad, el control de la calidad y el mejoramiento de la calidad. (Estos procesos son comparables a los que se han utilizado durante largo tiempo para administrar las finanzas). Su “trilogía”, muestra cómo se relacionan entre sí dichos procesos.

Juran identifica los componentes de la revolución de la calidad en Japón de la siguiente manera:

1. Los directivos de más alto nivel se hicieron cargo de la administración para lograr calidad.
2. Capacitaron a toda la jerarquía en los procesos de la gestión de calidad
3. Intentaron mejorar la calidad a un ritmo revolucionario.
4. Le dieron participación a la mano de obra.
5. Agregaron metas de calidad en el plan empresarial.

Se necesita de un compromiso por parte de los dirigentes de una institución o sistema de atención médica, de que respaldarán la instrumentación de un programa para mejorar el desempeño.

El director y otros altos funcionarios deben apoyar los esfuerzos del personal por mejorar, lo que va desde una dirección activa en los proyectos hasta sólo estimular diferentes proyectos, otorgándole al personal el tiempo necesario. Siempre es preferible tener lo primero.

Los programas que no coordinen las diferentes disciplinas o departamentos pueden acabar como un país con nuevos caminos hacia las afueras de la ciudad, pero sin conexiones. No

se pueden lograr muchas mejoras duraderas y efectivas sin el compromiso de los más altos funcionarios de la institución.

La atención médica es, en cierta manera, como cualquier otro rubro; hay clientes, insumos, inventarios y productos, sin embargo, la contribución de todo paciente es única y los productos pueden y deben ser diferentes, dependiendo de las necesidades y deseos de cada paciente. Los métodos para mejorar la atención y los servicios deben poder adaptarse a este propósito. Un programa de evaluación y mejoramiento de la calidad solamente tendrá éxito si participan los más altos funcionarios de la institución. El programa no funcionará si la elaboración e instrumentación han sido delegadas completamente a un individuo o departamento específico, por lo que los dirigentes de un hospital o red de salud deben señalar qué es lo que esperan del programa.

El enfoque de Juran para el Mejoramiento de la Calidad

En la lista de prioridades de Juran, el mejoramiento de la calidad ocupa un primer lugar. En este sentido, ha elaborado una propuesta estructurada que expuso por primera vez en su libro *Managerial Breakthrough* (Idea revolucionaria de administración), en 1964. Esta propuesta incluye una lista de responsabilidades no delegables para los altos ejecutivos:

1. Crear una conciencia de la necesidad y oportunidad para el mejoramiento.
2. Exigir el mejoramiento de la calidad; incorporarlo a la descripción de cada tarea o función.
3. Crear la infraestructura: instituir un consejo de la calidad; seleccionar proyectos para el mejoramiento; designar equipos; proveer facilitadores.
4. Proporcionar capacitación acerca de cómo mejorar la calidad.

5. Analizar los progresos en forma regular.
6. Expresar reconocimiento a los equipos ganadores.
7. Promocionar los resultados.
8. Estudiar el sistema de recompensas para acelerar el ritmo de mejoramiento.
9. Mantener el impulso ampliando los planes empresariales a fin de incluir las metas de mejoramiento de la calidad.

LA PROPUESTA DE JURAN PARA LA PLANIFICACIÓN DE LA CALIDAD

Juran también ha identificado un proceso global para la planificación a fin de alcanzar las metas de calidad:

1. Identificar a los consumidores. Todo aquel que pueda ser impactado es un consumidor potencial, ya sea externo o interno.
2. Determinar las necesidades del consumidor.
3. Crear características de producto que puedan responder a las necesidades de los consumidores.
4. Crear procesos que sean capaces de fabricar las características del producto en las condiciones operativas.
5. Transferir los procesos a las áreas operativas.

Juran piensa que la planificación de la calidad debería dar participación a aquellos que serán directamente afectados por el plan. Además, los planificadores deberían entrenarse en el uso de las herramientas y los métodos modernos para la planificación de la calidad.

LA PROPUESTA DE JURAN PARA EL CONTROL DE LA CALIDAD

En este sentido, Juran sigue el conocido circuito de retroalimentación:

1. Evaluar la performance real.
2. Compararla con la meta.
3. Tomar medidas sobre la diferencia.

Juran promueve la delegación del control a los más bajos niveles posibles en la organización, cediendo la responsabilidad del autocontrol a los trabajadores. También promueve la capacitación de los trabajadores en la búsqueda de información y su análisis, a fin de permitirles tomar decisiones sobre la base de los hechos.

JURAN Y LA GESTIÓN DE LA CALIDAD TOTAL (GCT)

Juran es un firme defensor de la GCT. La define como una colección de ciertas actividades relacionadas con la calidad:

1. La calidad llega a formar parte del plan de toda alta dirección.
2. Las metas de calidad se incorporan al plan empresarial.
3. Las metas ampliadas derivan del benchmarking: el énfasis está puesto en el consumidor y en la competencia; existen metas para el mejoramiento anual de la calidad.
4. Las metas se despliegan a los niveles de acción.
5. La capacitación se lleva a cabo a todos los niveles.
6. La medición se efectúa en cada área.
7. Los directivos analizan regularmente los progresos con respecto de las metas.
8. Se reconoce la performance superior.
9. Se replantea el sistema de recompensas.

5.4. Marco legal

- Decreto 2759 de 1991 Por el cual se organiza y establece el régimen de referencia y contra referencia (Ministerio de Salud Pública, 1991).
- Decreto 412 de 1992 Por el cual se reglamenta parcialmente los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones (Ministerio de Salud Pública, 1992).
- Ley 100 de 1993 “Conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad” (Congreso de la República de Colombia, 1993).
- OBJETIVOS DEL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO. El Plan Nacional de Desarrollo 2022 – 2026 “Colombia Potencia Mundial de la Vida”, que se expide por medio de la presente ley, tiene como objetivo sentar las bases para que el país se convierta en un líder de la protección de la vida a partir de la construcción de un nuevo contrato social que propicie la superación de injusticias y exclusiones históricas, la no repetición del conflicto, el cambio de nuestro relacionamiento con el ambiente y una transformación productiva sustentada en el conocimiento y en armonía con la naturaleza. Este proceso debe desembocar en la paz total, entendida como la búsqueda de una oportunidad para que todos podamos vivir una vida digna, basada en la justicia; es decir, en una cultura de la paz que reconoce el valor excelso de la vida en todas sus formas y que garantiza el cuidado de la casa común.

- Decreto 903 de 2014 Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).
- Resolución 5596 de 2015 Por la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias "Triage" (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).
- Decreto 780 de 2016 Se establece el Sistema obligatorio de garantía de calidad en salud (SOGCS), que es el “conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).
- Resolución 256 de 2016 Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).
- Decreto 2408 de 2018, Por el cual se sustituye el Capítulo 6 del Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto: 780 de 2016 - Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en cuanto al giro de recursos para las atenciones iniciales de urgencia prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de los países fronterizos
- Resolución 3100 de 2019 Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

5.5. Marco contextual

5.8.1 UBICACIÓN



Figura 3 Hospital Local Municipio de Los patios. Disponible:
<https://www.hospitaldelospatios.gov.co/assets/images/services/service3.jpg>

El presente proyecto se llevará a cabo en la Empresa Social del Estado (E.S.E.) Hospital Local Municipio Los Patios, la cual es una institución ampliamente conocida entre la comunidad patiese por ser una institución Amiga de la Mujer y la Infancia Integral, lo que quiere decir que, está comprometida con la salud materna e infantil de las familias. Esta institución tiene como objetivo la prestación de servicios de salud de primer nivel de complejidad bajo los principios de calidad, humanización y seguridad del paciente. (Dane: 71.483 h), se encuentra ubicada en la Av. 9 # 7-90 del barrio Daniel Jordán, siendo de fácil acceso y visible para sus usuarios.

5.8.2. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Misión

Somos una Institución comprometida con el mejoramiento de la calidad de vida de los Patienses mediante la prestación de servicios de salud de primer nivel de atención, enfocados en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, basados en los principios de humanización y calidad en la atención, a través de personal idóneo con actitud de servicio, interesada en el bienestar de sus usuarios, en el bienestar social de la comunidad conservando el equilibrio financiero de la institución.

Visión

En el 2024 estamos siendo una Institución líder en la prestación de servicios de salud de baja complejidad en el Departamento Norte de Santander, por su atención humanizada, calidad en los servicios, la satisfacción de nuestros usuarios y el mejoramiento continuo de la calidad

8.2.2.1. Políticas de la Entidad

La ESE Hospital Local de Los Patios, como institución prestadora de servicios de salud de baja complejidad, está comprometida con la satisfacción de las necesidades de la población del municipio, apoyados en la capacidad de trabajo de todos sus funcionarios, el respeto por el medio ambiente, el buen uso de los recursos, operatividad de las políticas institucionales y las buenas relaciones con los actores del sistema; a través de la aplicación de altos estándares de calidad que permitan el mejoramiento continuo de los procesos; para el desarrollo de este proyecto se tendrá en cuenta, por aplicabilidad, la política de calidad, humanización, prestación de servicios y seguridad del paciente ya que estas, guarda relación con el propósito o fin que se

busca con este proyecto, así mismo, se tendrá en cuenta la política IAMI ya que, el Hospital Local del Municipio de Los Patios al ser una institución amiga de la mujer y la infancia, dentro de sus requisitos para el desarrollo de la pasantía, piden que los estudiantes que roten por la institución tengan un conocimiento claro de la misma.

- **Política de calidad**

Bajo esta política, el Hospital Local del Municipio de Los Patios tiene como compromiso, producir y prestar servicios de salud con calidad y direccionados por las necesidades de la población usuaria en el municipio, con el recurso humano profesional, técnico y auxiliar creativo y permanentemente actualizado, buscando el mejoramiento continuo del sistema y proporcionando valor para nuestros clientes y para el ese hospital local de los patios logrando resultados que impacten la situación de salud de la comunidad. Lo anterior descrito, en relación al proyecto a desarrollar en el marco de la pasantía, sería muy beneficioso para el Hospital, ya que el propósito del mismo es afín a la política de calidad y, por ende, contribuirá al logro de los objetivos.

- **Política de Prestación de Servicios**

La ESE Hospital de Los Patios garantiza la prestación de servicios de salud, bajo los principios de calidad y eficiencia, de acuerdo a la normativa vigente, y de dentro de un marco de acreditación de alta calidad, buscando brindar una atención centrada en los usuarios y el mejoramiento continuo de los servicios ofertados que permita a su vez mejorar la salud de la población.

Este proyecto se llevará a cabo en el servicio de urgencias de la E.S.E Hospital Local del municipio de Los Patios desde el área de calidad de la institución mediante una gestión de la calidad documental, estandarizando procesos, diseñando y actualizando el sistema de información con lo cual, contribuyendo así al logro de objetivos de la institución en el marco de la política de prestación de servicios.

- **Política de Humanización**

LA ESE Hospital de Los Patios buscará que los servicios que se brinden a los Usuarios, se den bajo el cumplimiento de los estándares relacionados con atención humanizada en salud, garantizando en la institución atención digna y cuidado integral para cada paciente, comunidad y/o familia teniendo como elemento fundamental el respeto, la privacidad y la dignidad.

La humanización hoy en día es un pilar fundamental para la prestación de servicios de salud, sin humanización, pese a los constantes esfuerzos, sistemas de información actualizados, personal capacitado, entre otras, la calidad no se puede alcanzar, por ende, se tendrá en cuenta esta política para el desarrollo de este proyecto.

- **Política de Seguridad Paciente:**

La ESE Hospital de Los Patios garantiza que toda la atención que se brinde, se dé bajo el cumplimiento de los estándares de seguridad del usuario estipulados en la normatividad vigente, buscando aumentar en todo el contexto institucional la seguridad en la prestación de los servicios, y protegiendo con ello a la persona, comunidad y/o familia de los riesgos evitables derivados de la atención en salud.

La calidad y la seguridad del paciente son directamente proporcionales, el proyecto planteado por la estudiante de enfermería bajo la modalidad de pasantía, tiene como eje rector la gestión de la calidad, sin embargo, la calidad es el resultado de múltiples esfuerzos, por lo tanto, trabajar en el mejoramiento de la calidad impactara positivamente en estos procesos que la conforman, incluyendo la seguridad del paciente, razón por la cual se incluirá en este documento y se tendrá en cuenta para el desarrollo del proyecto.

- **Política de IAMI**

La ESE Hospital de Los Patios buscará, implementará y mantendrá una política de atención con estándares internacionales para la mujer y el niño patiensense, en la búsqueda constante de mejoras sus condiciones nutricionales, emocionales y sociales.

8.2.3. Principios

Los principios corporativos de la E.SE Hospital de los patios dentro de su direccionamiento estratégico, guardan relación con el proyecto, ya que estos, en conjunto, llevados a cabo plenamente, contribuirán a la mejora continua de la calidad de la institución.

- **Calidad:** Prestamos servicios de salud oportunos, accesibles y pertinentes, para satisfacer las necesidades y expectativas de nuestros usuarios.
- **Humanización:** Estamos comprometidos con el trato digno, cálido y humanizado, actuando con sensibilidad y empatía para animar y acompañar al usuario y su familia respetando sus derechos.

- **Seguridad del Paciente:** Asociamos este principio con la ética profesional, y la importancia que tiene para nosotros el garantizar a todos nuestros usuarios su seguridad cada vez que se encuentren en nuestras instalaciones.

8.2.4. Responsabilidad social

La ESE Hospital de Los Patios generará las condiciones para que la búsqueda de la rentabilidad financiera no exceda el equilibrio con la rentabilidad social y medio ambiental, en el marco del tiempo; con el sano propósito que tiene de cumplir con los objetivos misionales y satisfacer las necesidades del usuario y su entorno.

8.2.4. SERVICIO DE URGENCIAS

El Hospital atiende urgencias las 24 horas del día, con disponibilidad permanente en todas las especialidades de baja complejidad.

8.2.4.1. Horarios de atención

La actividad de atención en urgencias es de carácter permanente durante las 24 horas del día, los siete (7) días de la semana.

8.2.4.2. Ubicación y acceso al servicio

El ingreso al servicio de urgencias, se realiza por la entrada de la sede principal, Av. 7 N° 9-59 Urb. Daniel Jordán, Los Patios – Norte de Santander, al ingresar deben pasar un pequeño filtro de vigilancia, identificándose con el respectivo documento de identidad e informando hacia donde se dirigen, ya que, es la única entrada habilitada para todos los usuarios que se atienden en la institución.

8.2.4.3. Clasificación del Triage

Todos los pacientes que ingresan a la E.S.E. se clasifican según el triage, el cual indica la prioridad en la atención de acuerdo con la gravedad del estado de salud de cada paciente, según la categorización en 5 niveles, la cual se realiza por parte de una enfermera jefe entrenada durante las 24 horas del día.

Triage 1: Significa que hay inminente peligro de muerte y debe ser tratado de inmediato.

Triage 2: Hay compromiso del estado general, pero puede esperar un corto tiempo hasta 30 minutos.

Triage 3: Según su condición la atención debe ser antes de 60 minutos.

Triage 4 y 5: Se considera una condición de salud menos grave que la atención puede ser entre 90 y 120 minutos sin deteriorar el pronóstico del paciente, ni exponerlo a riesgos innecesarios.

8.2.4.4. CAPACIDAD INSTALADA DE LA INSTITUCIÓN (ATENCIÓN INMEDIATA)

Tabla 1

Capacidad instalada de la institución en atención inmediata

GRUPO	CONCEPTO	CANTIDAD
Ambulancias	básicas	3
Camas	TPR	2
Camas	procedimientos	3
Camillas	Observación pediatría	3
Camillas	Observación adultos hombres	6

Camillas	Observación adultos mujeres	6
Consultorios	urgencias	3
salas	Procedimientos	1
salas	partos	1

8.2.4.5. SERVICIOS HABILITADOS ATENCIÓN INMEDIATA (urgencias, partos, transporte especializado)

- Hospitalización adultos
- Hospitalización pediatría
- enfermería
- Ginecobstetricia
- Medicina General
- Medicina Interna
- Nutrición y dietética
- Pediatría
- Laboratorio Clínico
- Toma De Muestras De Laboratorio Clínico
- Servicio Farmacéutico
- Imágenes Diagnosticas – Ionizantes
- Atención Del Parto
- Transporte Asistencial Básico
- Fisioterapia

8.2.4.6. Indicador de decreto 2193 de calidad

Tabla 2

Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas.

GRUPO	CONCEPTO	ESTANDAR	RESULTADO AÑO 2022					TOTAL
			1er TRIM	2do TRIM	3er TRIM	4to TRIM		
SEGURIDAD X 100	P.2.13 Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso.	Menor o igual 0.03	23	25	24	25	0.3	
	P.2.13 Número total de egresos vivos atendidos en el servicio de urgencias durante el periodo definido.		7880	9867	10280	9460		

Fuente: área de gestión de calidad E.S.E. Hospital Local de Los Patios, 2022

Al revisar los resultados de los indicadores de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas y el total de egresos vivos atendidos en el servicio de urgencias durante el 2022 reportado en el informe anual, compartido por la enfermera Profesional Yicela Saavedra, líder del área de calidad de la institución, deja en evidencia que, si bien no está mal, se encuentra en el límite para ambos indicadores, por lo que requiere atención y acciones de mejora que contribuyan al mejoramiento de estos indicadores y a la calidad de la atención en el servicio.

6. Descripción del proyecto a desarrollar

El desarrollo de este proyecto permitirá fortalecer el sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias de la ESE HLLP, actualizando y completando los bancos de información institucional, estandarizando el cuidado, evaluando el nivel de adherencia e implementando acciones de mejora y capacitación continúa fomentando una cultura de calidad entre el personal de salud y administrativos del Hospital local de Los Patios. El proyecto se llevará a cabo en 10 semanas, que se dividen en cuatro etapas, las cuales se describen a continuación:

Tabla 3

Descripción del proyecto a desarrollar.

1. Diagnostico	Aplicación de instrumentos de valoración para hacer un diagnóstico de la situación actual del sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias. Recolección y análisis de datos
2. planeación	En base al análisis de datos diseñar acciones de mejora que contribuyan al fortalecimiento del sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias. Identificar que documentos se deben actualizar y cuales se deben crear
3. ejecución	Se implementarán las acciones de mejora determinadas a partir del diagnóstico y el análisis de datos que respondan a las necesidades del servicio, las debilidades y oportunidades identificadas. Diseño y actualización documental según necesidad del sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias.
4- evaluación de resultados	Por último, se evaluará el impacto de las acciones desarrolladas.

Tabla 4*Plan operativo.***7. Plan operativo**

OBJETIVO GENERAL: Fortalecer el sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias de la E.S.E. Hospital Local de los Patios durante el primer semestre del 2023.

OBJETIVO ESPECÍFICO N°1: Realizar un diagnóstico situacional del sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias de la E.S.E Hospital Local de Los Patios a través del listado maestro proporcionado por la institución.

ACTIVIDAD	META	INDICADOR	RECURSOS	TIEMPO
1.1. Diagnóstico del estado situacional del sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias en relación con el listado maestro y la normativa vigente de habilitación de servicios de salud 2019	En la primera semana se obtendrá y aplicará el listado maestro al sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias.	N°. de listados maestros aplicados al sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias. # de procesos a actualizar / # procesos totales del servicio de	MATERIALES: -Computador -Internet -listado madre de la institución. -documentación del sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias de la institución -resolución 3100 de 2019	1 semanas (27-03-23 al 31-03-23)

	urgencias x 100	(procesos prioritarios en atención inmediata de baja complejidad)	
		HUMANOS:	
		-Estudiante de enfermería UFPS	
		MATERIALES:	
	Durante las 2 (dos) primeras semanas después de haber iniciado la pasantía se habrá realizado un análisis de los resultados para la identificación de los procesos a diseñar o actualizar.	N° de análisis realizados para la identificación de los procesos a diseñar o actualizar.	
1.2. Analizar los resultados arrojados en el diagnóstico del sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias.		-listado madre de la institución. -documentación del sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias de la institución -resolución 3100 de 2019 (procesos prioritarios en atención inmediata de baja	2 semanas (27-03-23 al 07-04-23)

complejidad)

HUMANOS:

-Estudiante de enfermería UFPS.

1.3. Concertar con la líder del

área de calidad la metodología a abril del 2023 se habrá de trabajo con la finalidad de realizado un acta de definir la forma de trabajo, concertación con la líder concertar los documentos para del área de calidad de la N° de actas de actualizar y o diseñar, alcances institución definiendo la concertación realizadas. y resultados esperados en el metodologías y sistema de gestión de calidad resultados esperados del del servicio de urgencias al proyecto. finalizar la pasantía.

MATERIALES:

-Computador

-Internet

-impresora

-papel

1 semana

(03-04-23 al

07-04-23)

HUMANOS:

-Estudiante de enfermería UFPS

-líder de calidad de la institución.

OBJETIVO ESPECÍFICO N°2: Realizar el diseño y actualización del sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias de la E.S.E. Hospital Local del Municipio mediante una revisión bibliográfica y científica.

MATERIALES:

-Computador

-Internet

2.1. Realizar una revisión bibliográfica, científica y documental para la actualización de documentos del SGC del área de urgencias que lo requieran

A mayo del 2023 se habrá realizado la actualización de documentos bibliográfica y documental del SGC del servicio de urgencias.

de documentos con actualización bibliográfica documental / # documentos que requieran actualización bibliográfica documental concertados para este proyecto x100

-documentación del sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias de la institución -resolución 3100 de 2019 (procesos prioritarios en atención inmediata de baja y complejidad) -plantilla institucional para la elaboración de productos.

2 meses (03-04-23 al 31-05-23)

HUMANOS:

-Estudiante de enfermería UFPS

2.2. Coordinar lo pertinente al A mayo de 2023 se # de documentos MATERIALES: 2 meses

diseño de manuales, habrá realizado el diseñados (guías, procedimientos, formatos y diseño documental del protocolos, formatos...)	-Computador -Internet	(03-04-23 al 31 -05-23)
directrices del SGC del servicio de urgencias.	sistema de gestión de / # documentos calidad del servicio de urgencias. inexistentes concertados para su realización dentro del marco de este proyecto x100	-plantilla institucional para la elaboración de productos
		HUMANOS: -Estudiante de enfermería UFPS
		MATERIALES:
2.3. Realizar envió a líder del área de calidad los documentos actualizados y diseñado para su validación interna y respectivos ajustes.	habrán validado en la institución todos los documentos diseñados y actualizados del sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias.	(1) Coreo de verificación (1) Acta de cumplimiento
		-Computador -Internet -plantilla institucional para la elaboración de productos
		1 semana (26-05-23 al 06-06-23)
		HUMANOS: -Estudiante de enfermería UFPS -líder le área de calidad de la

 institución

OBJETIVO ESPECÍFICO N°3: Socializar los documentos diseñados y actualizados mediante una priorización según necesidades y requerimientos de la E.S.E. Hospital Local del municipio de Los Patios en el servicio de urgencias.

<p>3.1. Realizar una priorización para las educaciones en base a las necesidades del servicio de urgencias y a los requerimientos de la líder del área de calidad.</p>	<p>A mayo de 2023 se habrá realizado un proceso de priorización según las necesidades del servicio y N° de procesos de priorización realizados. de calidad sobre las capacitaciones al personal del servicio de urgencias.</p>	<p>MATERIALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Computador -Internet -hojas -lapiceros <p>HUMANOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Estudiante de enfermería UFPS 	<p>1 semanas (08-05-23 al 12-05-23)</p>
---	--	--	---

<p>3.2. Socialización de los documentos actualizados y/o diseñados ante el personal del</p>	<p>A junio de 2023 se # de capacitaciones priorizadas / # de las capacitaciones</p>	<p>MATERIALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Computador -Internet 	<p>3 semanas (15-5-23 al 31-05-23)</p>
--	---	--	--

servicio de urgencias.	educaciones propuestas realizadas x 100 ante el personal del servicio de urgencias.	-diapositivas.	HUMANOS: -Estudiante de enfermería UFPS -personal de salud del servicio de urgencias HLLP.
3.3. Realizar y entregar a líder del área de calidad un informe de educaciones dirigidas al personal.	A junio de 2023 se habrá realizado y entregado a la líder del área de calidad un informe con las educaciones dirigidas al personal del servicio de urgencias.	N° de informes realizados y entregados a líder del área de calidad	MATERIALES: -Computador -impresora -hojas de papel 1 semana (05—06-23 al 07-06-23) HUMANOS: -Estudiante de enfermería UFPS -Coordinador el servicio de Urgencias de la institución
3.4. Sustentación del proyecto	A junio de 2023 se habrá N° de reuniones de	MATERIALES:	1 semana

<p>realizado ante el personal pertinente de la institución ESE Hospital del Municipio de Los Patios.</p>	<p>realizado una reunión para la sustentación de las actividades realizadas en el marco del proyecto modalidad pasantía.</p>	<p>sustentación realizadas.</p>	<p>-Computador -Internet -folletos</p>	<p>(01-06-23 al 07-06-23)</p>
			<p>HUMANOS:</p>	
			<p>-Estudiante de enfermería UFPS -Coordinador docencia servicio de la institución, José Antonio Palma</p>	
			<p>-líder del área de calidad, Yicela Saavedra</p>	
			<p>-directora del proyecto modalidad pasantía, Dianne Sofia Escobar.</p>	

8. Presentación de resultados del proyecto desarrollado

Tabla 5.

Presentación de resultados objetivo N°1

8.1. Objetivo específico N°. 1	
Realizar un diagnóstico situacional del sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias de la E.S.E Hospital Local de Los Patios a través del listado maestro proporcionado por la institución.	
<hr/>	
ACTIVIDAD N°. 1	Diagnóstico del estado situacional del sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias en relación con
DEL OBJETIVO	el listado maestro y la normativa vigente de habilitación de servicios de salud 31000 de 2019
<hr/>	
ACTIVIDAD N°. 2	Analizar los resultados arrojados en el diagnóstico del sistema de gestión de calidad del servicio de
DEL OBJETIVO	urgencias.
<hr/>	
ACTIVIDAD N°. 3	Concertar con la líder del área de calidad la metodología de trabajo con la finalidad de definir la metodología
DEL OBJETIVO	de trabajo, alcances y resultados esperados en el sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias al finalizar la pasantía.
<hr/>	
8.1.1. Actividad N°.1	
<hr/>	

Diagnóstico del estado situacional del sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias en relación con el listado maestro y la normativa vigente de habilitación de servicios de salud 31000 de 2019

Formula del indicador planteado	Operacionalización del resultado del indicador desarrollado-	Meta planteada	Meta ejecutada	Fecha de desarrollo
N° de listados maestros aplicados al sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias.	(1) listado maestro aplicado al sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias	En la primera semana se obtendrá y aplicará el listado maestro al sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias.	A abril del 2023 se aplicó 1 (un) listado maestro al sistema de gestión de calidad del Servicio de urgencias = 100%	27-03-22 31-03-23

8.1.2. Actividad 2

Analizar los resultados arrojados en el diagnóstico del sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias.

Formula del indicador planteado	Operacionalización del resultado del indicador desarrollado-	Meta planteada	Meta ejecutada	Fecha de desarrollo
N° de análisis realizados a los resultados del diagnóstico situacional realizado al SGC del servicio de urgencias.	(1) análisis de los resultados arrojados en el diagnostico situacional del SGC del Servicio de urgencias.	Durante las 2 (dos) primeras semanas después de haber iniciado la pasantía se habrá realizado un análisis de los resultados para la identificación de los procesos a diseñar o actualizar.	Durante las 2 primeras semanas se analizaron los resultados del diagnóstico situacional realizado al SGC del servicio de urgencias = 100%	27-03-23 07-04-23

8.1.3. Actividad 3

Concertar con la líder del área de calidad la metodología de trabajo con la finalidad de definir la metodología de trabajo, alcances y resultados esperados en el sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias al finalizar la pasantía.

Formula del indicador planteado	Operacionalización del resultado del indicador desarrollado-	Meta planteada	Meta ejecutada	Fecha de desarrollo
N° de actas de concertación realizadas.	(1) reunión de concertación	a abril del 2023 se habrá realizado un acta de concertación con la líder del área de calidad de la institución definiendo la metodologías y resultados esperados del proyecto.	A abril del2023 se realizó la concertación entre las partes; estudiante quien realiza el proyecto de extensión	03-04-23
N° de actas de concertación.	(1) Acta de cumplimiento de actividades		modalidad pasantía y la líder del área de calidad de la institución.	07-04-23

8.1.4. Presentación de resultados objetivo específico 1

Actividad 1: Diagnóstico del estado situacional del sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias en relación con el listado maestro y la normativa vigente de habilitación de servicios de salud 31000 de 2019

Actividad 2: Realizar el análisis de los resultados arrojados en el diagnóstico del sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias

7	Estratégicos	Direccionamiento estratégico	No Aplica	T-DE-01	FT	DE	05	Inventario de comités institucionales	1	30/07/2020	Acta N° 001 - 2020 del S	Vigente	Planeación			
8	Misionales	Apoyo Diagnóstico y complement	Terapia Física y resp	PR-TF-4	PR	TF	01	Protocolo De Atención De Consulta Externa En Fisioterapia COVID-19	1	30/07/2020	Acta N° 001 - 2020 del S	Vigente	Fisioterapia			
9	Misionales	Consulta Externa	Odontología	PR-CO-4	PR	CO	01	Protocolo De Bioseguridad Y Atención En Urgencias Odontológicas	1	30/07/2020	Acta N° 001 - 2020 del S	Vigente	Odontología			
10	Misionales	Consulta Externa	Odontología	PR-CO-4	PR	CO	02	Protocolo Atención En Urgencias Odontológicas En Contexto A La Pand	1	30/07/2020	Acta N° 001 - 2020 del S	Vigente	Odontología			
11	Misionales	Consulta Externa	Odontología	T-CO-4	FT	CO	01	Historia Clínica Odontológica Extramural	2	31/07/2020	Acta N° 001 - 2020 del S	Vigente	Odontología	01	GEA-SA-ODN-M01-F06 Historia cl	13/09/2017
12	Misionales	Promoción y Mantenimiento de la	Rutas Integrales de	PR-RI-0	PR	RI	01	Atención Preferencial Crecimiento Y Desarrollo	1	30/07/2020	Acta N° 001 - 2020 del S	Vigente	PYP			
13	De apoyo	Gestión Humana	Seguridad y Salud en	PR-SS-4	PR	SS	02	Protocolo De Lavado De Manos	2	30/07/2020	Acta N° 001 - 2020 del S	Vigente	SST	01	MCC-SC-PR06 Lavado de manos	13/09/2017
14	Misionales	Atención Inmediata	Urgencias	PR-UR-4	PR	UR	01	Protocolo de Antibióticos	2	30/07/2020	Acta N° 001 - 2020 del S	Vigente	Urgencias	01	MCC-SC-PR02 Protocolo de Anti	13/09/2017
15	Misionales	Apoyo Diagnóstico y complement	Laboratorio Clínico	PR-AL-4	PR	AL	01	Protocolo Descarte de Guardianes	1	30/07/2020	Acta N° 001 - 2020 del S	Vigente	Laboratorio			
16	Misionales	Apoyo Diagnóstico y complement	Laboratorio Clínico	PR-AL-4	PR	AL	02	Protocolo para la Toma y Transporte de Muestras	2	30/07/2020	Acta N° 001 - 2020 del S	Vigente	Laboratorio	01	GEA-AT-LC-PR02 Protocolo traz	13/09/2017
17	De apoyo	Comunicaciones	No Aplica	CR-CM	CR	CM	00	Caracterización Comunicaciones	1	19/08/2020	Acta N° 002 - 2020 del S	Vigente	Comunicación			
18	De apoyo	Comunicaciones	No Aplica	MA-CM	MA	CM	01	Manual de Comunicaciones	2	19/08/2020	Acta N° 002 - 2020 del S	Vigente	Comunicación	01	TIC-CM-M01 Manual de comunic	13/09/2017
19	De apoyo	Comunicaciones	No Aplica	D-CM	PD	CM	01	Comunicaciones Internas y externas	1	19/08/2020	Acta N° 002 - 2020 del S	Vigente	Comunicación			
20	De apoyo	Comunicaciones	No Aplica	T-CM	FT	CM	01	Comunicación Interna	2	19/08/2020	Acta N° 002 - 2020 del S	Vigente	Comunicación	01	TIC-CM-P01-F01 Comunicacion int	13/09/2017
21	De apoyo	Comunicaciones	No Aplica	T-CM	FT	CM	02	Comunicación Externa	2	19/08/2020	Acta N° 002 - 2020 del S	Vigente	Comunicación	01	TIC-CM-P02-F01 Comunicacion e	13/09/2017
22	De apoyo	Comunicaciones	No Aplica	T-CM	FT	CM	03	Circular	2	19/08/2020	Acta N° 002 - 2020 del S	Vigente	Comunicación	01	TIC-CM-M01-F01 Circulares / Act	13/09/2017
23	De apoyo	Comunicaciones	No Aplica	T-CM	FT	CM	04	Certificaciones	2	19/08/2020	Acta N° 002 - 2020 del S	Vigente	Comunicación	01	TIC-GD-M01-F03 Certificaciones	13/09/2017
24	De apoyo	Comunicaciones	No Aplica	T-CM	FT	CM	05	Acta reuniones interna	2	19/08/2020	Acta N° 002 - 2020 del S	Vigente	Comunicación	01	TIC-GD-M01-F01 Actas reuniones	13/09/2017
25	De apoyo	Comunicaciones	No Aplica	T-CM	FT	CM	06	Acta reuniones externas	2	19/08/2020	Acta N° 002 - 2020 del S	Vigente	Comunicación	01	TIC-GD-M01-F01 Actas reuniones	13/09/2017
26	De apoyo	Comunicaciones	No Aplica	T-CM	FT	CM	07	Resoluciones	2	19/08/2020	Acta N° 002 - 2020 del S	Vigente	Comunicación	01	GER-DE-P04-F01 Resoluciones /	13/09/2017
27	De apoyo	Comunicaciones	No Aplica	T-CM	FT	CM	08	Acuerdo de Junta Directiva	2	19/08/2020	Acta N° 002 - 2020 del S	Vigente	Comunicación	01	GER-DE-M01-F02 Acuerdos de jur	13/09/2017

Figura 4. Listado maestro Hospital Local Municipio de Los Patios.

La primera y segunda actividad consistieron en la aplicación del listado maestro al SGC del servicio de urgencias del Hospital Local del municipio de los patios y el respectivo análisis de los datos arrojados a través de la aplicación de dicho listado.

Dentro del listado maestro se encuentra el registro de todos los documentos con los que cuenta la institución, con el fin de conocer el estado situacional del sistema de gestión de la calidad (SOG) del servicio de urgencias, primero se realizó un proceso de filtración dentro del

listado maestro en el subnivel 8. Líder encargado y se seleccionan los relacionados a líder de urgencias y urgencias.

PROCESO	SUBPROCESO	CODIGO	XX	YY	ZZ	NOMBRE DEL DOCUMENTO	VERSION
Atención Inmediata	Urgencias	PR-UR-01	PR	UR	01	Protocolo de Antibióticos	2 30
Atención Inmediata	Urgencias	PO-UR-01	PO	UR	01	Política de visitas a pacientes de urgencias	1 13
Atención Inmediata	Urgencias	FT-UR-01	FT	UR	01	Desistimiento de no traslado a otra institución	1 13
Atención Inmediata	Urgencias	FT-UR-02	FT	UR	02	Control y registro de visitantes	1 13
Atención Inmediata	Urgencias	PR-UR-02	PR	UR	02	Protocolo de atención a víctimas de violencia sexual y otras formas de violencia	1 13
Atención Inmediata	Urgencias	FT-UR-03	FT	UR	03	Ruta de violencia / abuso sexual	1 13
Atención Inmediata	Urgencias	FT-UR-04	FT	UR	04	Ruta IVE - interrupción voluntaria del embarazo	1 13
Atención Inmediata	Urgencias	FT-UR-05	FT	UR	05	Ruta de atención a víctimas de violencia de género	1 13
Urgencias	No Aplica	PO-UR-01	PO	UR	01	Referencia Y Contrarreferencia	1 13
Atención Inmediata	Urgencias	FT-UR-06	FT	UR	06	Lista De Chequeo Referencia Y Contrarreferencia Urgencia No Vital	1 25
Atención Inmediata	Urgencias	FT-UR-07	FT	UR	07	Lista De Chequeo Derivamiento De Historias Clínicas	1 25
Atención Inmediata	Urgencias	FT-UR-08	FT	UR	08	Lista De Chequeo TRIAGE	1 25
Atención Inmediata	Urgencias	PR-UR-06	PR	UR	06	Remisión De Pacientes Pediátricos Y Adultos Mayores En Abandono	1 25

Figura 5. Proceso de filtración “líder urgencias” del listado maestro.

PROCESO	SUBPROCESO	CODIGO	XX	YY	ZZ	NOMBRE DEL DOCUMENTO	VERSION
Atención Inmediata	Urgencias	PR-UR-01	PR	UR	01	Protocolo de Antibióticos	2 30
Atención Inmediata	Urgencias	PO-UR-01	PO	UR	01	Política de visitas a pacientes de urgencias	1 13
Atención Inmediata	Urgencias	FT-UR-01	FT	UR	01	Desistimiento de no traslado a otra institución	1 13
Atención Inmediata	Urgencias	FT-UR-02	FT	UR	02	Control y registro de visitantes	1 13
Atención Inmediata	Urgencias	PR-UR-02	PR	UR	02	Protocolo de atención a víctimas de violencia sexual y otras formas de violencia	1 13
Atención Inmediata	Urgencias	FT-UR-03	FT	UR	03	Ruta de violencia / abuso sexual	1 13
Atención Inmediata	Urgencias	FT-UR-04	FT	UR	04	Ruta IVE - interrupción voluntaria del embarazo	1 13
Atención Inmediata	Urgencias	FT-UR-05	FT	UR	05	Ruta de atención a víctimas de violencia de género	1 13
Urgencias	No Aplica	PO-UR-01	PO	UR	01	Referencia Y Contrarreferencia	1 13
Atención Inmediata	Urgencias	FT-UR-06	FT	UR	06	Lista De Chequeo Referencia Y Contrarreferencia Urgencia No Vital	1 25
Atención Inmediata	Urgencias	FT-UR-07	FT	UR	07	Lista De Chequeo Derivamiento De Historias Clínicas	1 25
Atención Inmediata	Urgencias	FT-UR-08	FT	UR	08	Lista De Chequeo TRIAGE	1 25
Atención Inmediata	Urgencias	PR-UR-06	PR	UR	06	Remisión De Pacientes Pediátricos Y Adultos Mayores En Abandono	1 25

Figura 6. Proceso de filtración “urgencias” del listado maestro

El proceso de filtración dio como resultado la identificación de trece (13) procesos del servicio de urgencias: 1. Protocolo de Antibióticos, 2. Política de visitas a pacientes de urgencias, 3. Desistimiento de no traslado a otra institución, 4. Control y registro de visitantes, 5. Protocolo de atención a víctimas de violencia sexual y otras formas de violencia, 6. Ruta de violencia / abuso sexual, 7. Ruta IVE - interrupción voluntaria del embarazo, 8. Ruta de atención a víctimas de violencia de género, 9. Referencia Y Contrarreferencia, 10. Lista De Chequeo Referencia Y

Contrarreferencia Urgencia No Vital, 11. Lista De Chequeo Diligenciamiento De Historias Clínicas, 12. Lista De Chequeo TRIAGE, 13. Remisión De Pacientes Pediátricos Y Adultos Mayores En Abandono.

Así mismo, la enfermera profesional líder del área de calidad en la institución tiene en su archivo una carpeta del servicio de urgencias con formatos y documentos propios del servicio, la cual fue compartida vía Google drive a la estudiante:

Nombre	Propietario	Última modifi...	Tamaño de s
Asignacion de funciones	KARLA VALENTIN...	10 abr 2023	—
ASIGNACIÓN DE TAREAS CELENA	calidad hospital p...	12:56	—
Carro de paro	KARLA VALENTIN...	10 abr 2023	—
Codigo mariposa	KARLA VALENTIN...	10 abr 2023	—
Formatos nuevos planeacion	calidad hospital p...	27 mar 2023	—
Pendiente	KARLA VALENTIN...	10 abr 2023	—
FT-AI-09 DETECCION DE DONANTES.docx	KARLA VALENTIN...	7 mar 2022	213 kB
FT-AI-09 DETECCION DE DONANTES.pdf	KARLA VALENTIN...	9 mar 2022	152 kB
FT-AI-13 FORMATO DONACION Y TRASPLANTE DE ORGANOS.xlsx	KARLA VALENTIN...	6 sept 2022	216 kB

Figura 7. Archivo de calidad en drive del servicio de urgencias hospital

De acuerdo a lo anterior, se evidencia que hay muchos documentos que no están relacionados en el “listado maestro” pero que existen en la institución, evidenciado por su existencia dentro de la carpeta compartida por la líder de calidad. También, se logra identificar que algunos de los documentos no están actualizados en contenido ni en formato, de igual forma muchos de los documentos compartidos en la carpeta están repetidos, se realizó un filtro

revisando la última versión y en total hay un registro de 39 documentos, relacionados de la siguiente manera:

1. Formato de detección de donantes
2. Formato donación y trasplante de órganos
3. Formato para pruebas medico legales
4. Kit atención de víctimas sustancias químicas
5. Kit de derrames
6. Kit de insumos abuso sexual
7. Kit de insumos para atención de código gris adulto
8. Kit de insumos para la atención del código gris pediatría
9. Kit de medicamentos abuso sexual
10. Kit de medicamentos para la atención de código gris pediátrico
11. Lista de chequeo carro de paro
12. Lista de chequeo de equipos médicos consultorios de urgencias
13. Manual de procedimientos de enfermería
14. Manual de uso y rehúso de dispositivos médicos
15. Procedimiento atención a víctimas de ataques con agentes químicos
16. Procedimiento atención víctimas de sustancias químicas
17. Procedimiento cambio de turno
18. Procedimiento canalización de la vena
19. Procedimiento control de líquidos administrados y eliminados
20. Procedimiento curación y cuidado de heridas
21. Procedimiento EKG
22. Procedimiento inmunización en casos de urgencia o para víctimas de violencia sexual

- 23.** Procedimiento nebulización
- 24.** Procedimiento referencia y contra referencia
- 25.** Procedimiento retiro de puntos
- 26.** Procedimiento triage
- 27.** Procedimiento TRIAGE
- 28.** Procedimientos enemas
- 29.** Protocolo de administración de medicamentos y dilución de medicamentos
- 30.** Protocolo de donación de órganos
- 31.** Protocolo de vestimenta
- 32.** Protocolo de violencia sexual
- 33.** Protocolo IVE
- 34.** Protocolo manejo de urgencias en el transporte asistencial
- 35.** Protocolo manejo y dotación de carro de paro
- 36.** Protocolo mantenimiento de donantes
- 37.** Protocolo sala ERA
- 38.** Ruta de violencia sexual
- 39.** Ruta IVE

De las bases documentales del Hospital Local Municipio de Los Patios encontramos una relación de (51) documentos en total, (39) en el archivo compartido por la líder de calidad y (13) relacionados en el listado maestro, entendiendo que lo que está registrado en el listado maestro debería tener soporte documental, encontramos que, no hay concordancia entre lo que hay en el listado maestro y en el archivo del área de calidad, evidenciado porque solo hay soporte documental de (2) documentos, los cuales son: 1. Ruta de interrupción voluntaria del embarazo.

2. Ruta de violencia sexual, por los 11 restantes no se encontró registro, más sin embargo se asume que existen.

Tabla 6.

Cruce de datos listado maestro y archivo de drive de Urgencias.

DOCUMENTO	OBSERVACIÓN
FORMATOS	
1. Formato detección de donantes	Actualizada vigencia del 2022
2. Formato donación de órganos	Actualizado, en el documento se incluye falla hepática, muerte encefálica y falla cardiaca
3. Lista de chequeo de equipos médicos en el consultorio de urgencias	No requiere intervención, esta digital (Excel) y físico.
4. Lista de chequeo referencia y contrarreferencia	Aparece en el listado maestro más no hay registro de él en la carpeta que maneja el área de calidad.
5. Lista De Chequeo Diligenciamiento De Historias Clínicas	Aparece en el listado maestro más no hay registro de él en la carpeta que maneja el área de calidad.
6. Lista De Chequeo TRIAGE	Aparece en el listado maestro más no hay registro de él en la carpeta que maneja el área de calidad.
7. Kit de medicamentos para la atención código gris en pediatría	No requiere intervención vigencia 03 de junio de 2022
8. Kit de atención a víctimas de sustancias químicas	Esta actualizado e n formato y contenido
9. Kit de insumos para la atención del código gris adulto	Esta actualizado en formato y contenido
10. Kit de derrames	Esta actualizado en formato y contenido
11. Kit de atención a víctimas de violencia sexual	No requiere intervención vigencia 03 de junio de 2022
12. Desistimiento de no traslado a otra institución	Aparece en el listado maestro más no hay registro de él en la carpeta que maneja el área de calidad.
13. Control y registro de visitantes	Aparece en el listado maestro más no hay registro de él en la carpeta que maneja el área de calidad.
14. Remisión De Pacientes Pediátricos Y Adultos Mayores En Abandono	Aparece en el listado maestro más no hay registro de él en la carpeta que maneja el área de calidad.
RUTAS	

Ruta de Violencia de genero	Actualizado por la compañera Karla Portilla
Ruta de violencia sexual	Actualizado por la compañera Karla Portilla
Ruta para la interrupción voluntaria del embarazo	Actualizado por la compañera Karla Portilla
MANUALES	
1. Manual de procedimientos de enfermería	Complementar con nuevos procedimientos con los cuales no cuenta y en formato institucional
2. Manual de uso y rehúso de dispositivos médicos	Revisar y complementar
PROTOCOLOS	
1. Protocolo de referencia y contra referencia	Actualizado por la compañera Karla Portilla
2. Protocolo de inmunización en caso de urgencias o víctimas de violencia sexual	Revisar contenidos y normatividad vigente, esta actualizado en formato.
3. Protocolo de TRIAGE	Revisar contenidos y normatividad vigente, esta actualizado en formato.
4. Protocolo sala ERA	Pendiente por aprobar por planeación, pero ya existe y esta actualizado
5. Protocolo de Interrupción voluntaria del embarazo	Actualizado por la compañera Karla Portilla
6. Protocolo donación de órganos	Actualizado
7. Protocolo mantenimiento de donante	Actualizado
8. Protocolo administración y dilución de medicamentos	Es de urgencias, pero ya está a cargo de otra persona por lo que no tendrá en cuenta
9. Protocolo de descongestión del servicio de urgencias	Revisar contenido.
10. Protocolo de vestimenta	Revisar contenido.
11. Protocolo de manejo de urgencias en el trasporte asistencial	Revisar contenido.
12. Protocolo de antibióticos	Aparece en el listado maestro más no hay registro de él en la carpeta que maneja el área de calidad.
PROCEDIMIENTOS	
1. Procedimiento cambio de turno	ACTUALIZAR
2. Procedimiento enema	El documento existe, pero los contenidos no están actualizados en contenido y formato
3. Procedimiento nebulizaciones	El documento existe, pero los contenidos no están actualizados en contenido y formato
4. Procedimiento curaciones	El documento existe, pero los contenidos no están actualizados en contenido y formato

5. Procedimiento EKG	El documento existe, pero los contenidos no están actualizados en contenido y formato
6. Procedimiento canalización de venas	El documento existe, pero los contenidos no están actualizados en contenido y formato
7. Procedimiento control de líquidos administrados y eliminados	El documento existe, pero los contenidos no están actualizados en contenido y formato
8. Procedimiento retiro de puntos	El documento existe, pero los contenidos no están actualizados en contenido y formato
9. Protocolo a víctimas de ataques con agentes químicos	Actualizado en formato, revisar contenidos.
10. Política de visitas a pacientes de urgencias	Aparece en el listado maestro más no hay registro de él en la carpeta que maneja el área de calidad.

De los cuales, se identifican (19) documentos actualizados (13) documentos para actualizar sea de formato o en contenido, (11) documentos no tienen soporte documental (solo aparecen en listado maestro mencionados)

Por último, De acuerdo con el estándar de procesos prioritarios establecidos en resolución 3100 del 2019 para los servicios de urgencias de baja complejidad en el Hospital Local Municipio de Los Patios nos pide la siguiente serie de procesos para la habilitación de, en este caso, el servicio de urgencias, los cuales son: 1. Ronda medica de evolución diaria de pacientes, 2. Solicitud de interconsulta, 3. Entrega de turno de enfermería y medicina, 4. Control de líquidos, 5. Plan de cuidados de enfermería, 6. Administración de medicamentos, 7. Sujeción de pacientes, 8. Toma de muestras de laboratorio, 9. Cateterismo vesical, 10. Información a familiares o responsables sobre el estado de salud del paciente, 11. Atención medica inicial y definición de conducta de las principales patologías que el servicio atiende, 12. Selección y clasificación de pacientes – TRIAGE, 13. Planeación para la prestación del servicio cuando

aumente la demanda que incluya la definición de estrategias para la descongestión y la mejora en los tiempos de respuesta al usuario, 14. Criterios clínicos para la ubicación y atención de pacientes en el ambiente de transición, 15. Criterios clínicos para referir y recibir a un usuario a servicios de consulta externa, hospitalización u otros servicios de cualquier complejidad, 16. Identificación de pacientes que por su condición clínica pueden ser tratados en su domicilio, 17. Identificación de pacientes que por su condición clínica pueden ser derivados a servicios de consulta externa que cuenten con la estrategia de consulta prioritaria, 18. Manejo de urgencias que incluya: Intoxicación aguda y síndrome de abstinencia a sustancias psicoactivas según oferta, Agitación psicomotora, conducta suicida y agresión a terceros, Agudización de síntomas psiquiátricos e intervención en crisis, 19. Plan hospitalario para emergencias, 20. Información a pacientes sobre recomendaciones al egreso, criterios de reingreso, controles y posibles complicaciones, 21. Atención en salud a víctimas de violencia sexual según normatividad vigente, 22. Aislamiento de paciente que por su condición clínica lo requieran, 23. documento que oriente la atención en salud de pacientes con problemas y trastornos en salud mental o consumo de sustancias psicoactivas, 24. Estrategia de sala ERA.

Tabla 7.

Estándar de procesos prioritarios según resolución 3100 de 2019 aplicado al sistema de gestión del servicio de urgencias del Hospital Local de Los Patios.



ESTANDAR DE PROCESOS PRIORITARIOS SEGÚN RESOLUCION 3100 DE 2019		
	Soporte documental	OBSERVACIONES
1. Ronda medica de evolución diaria de pacientes	PD ENTRGA Y RECIBO DE TURNO	Revisar si cumple
2. Solicitud de interconsultas	KUBAP	Esta digitalizado en el sistema Kubap.
3. Entrega de turno de enfermería y medicina	PD ENTRGA Y RECIBO DE TURNO	Revisar y actualizar si es necesario

4. Control de líquidos	PD CONTROL DE LIQUIDOS	Diseñar el PT, actualizar el PD, verificar el formato.
5. Plan de cuidados de enfermería	NO HAY	No hay planes de cuidados estandarizado en el servicio.
6. Administración de medicamentos	NO REVISAR	No aplica para la realización de este proyecto.
7. Sujeción de pacientes	NO HAY	No se encuentra documentación relacionada con el procedimiento en la institución.
8. Toma de muestras de laboratorio	NO HAY	-Realizar, no se encuentra documentación relacionada con el procedimiento en la institución. -Realizar el consentimiento informado del procedimiento
9. Cateterismo vesical	NO HAY	-Realizar, no se encuentra documentación relacionada con el procedimiento en la institución. -Realizar el consentimiento informado del procedimiento
10. Información a familiares o responsables sobre el estado de salud del paciente	TENER EN CUENTA E INCLUIR EN PD Y PT SI APLICA	Al momento de actualizar y/o diseñar los procedimientos y protocolos del servicio tener en cuenta e incluir.
11. Atención medica inicial y definición de conducta de las principales patologías que el servicio atiende.	TENER EN CUENTA INCLUYE TODOS LOS PROCEDIMEINTOS Y	Se incluyen procedimientos y protocolos

	PROTOCOLOS POR PATOLOGIA	institucionales. Revisar, actualizar y diseñar los documentos que den cumplimiento a este ítem. - Revisar el manual de procedimientos de enfermería
12. Selección y clasificación de pacientes – TRIAGE	PT TRIAGE	Revisar el protocolo y el procedimiento de TRIAGE, formatos pendientes.
13. Planeación para la prestación del servicio cuando aumente la demanda que incluya la definición de estrategias para la descongestión y la mejora en los tiempos de respuesta al usuario.	PT DESCONGESTIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS	Revisar protocolo de descongestión del servicio de urgencias
14. Criterios clínicos para la ubicación y atención de pacientes en el ambiente de transición	NO HAY	No se encuentra documentación relacionada con el procedimiento en la institución.
15. Criterios clínicos para referir y recibir a un usuario a servicios de consulta externa, hospitalización u otros servicios de cualquier complejidad.		NO REVISAR.
16. Identificación de pacientes que por su condición clínica pueden ser tratados en su domicilio		NO REVISAR.
17. Identificación de pacientes que por su condición clínica pueden ser derivados a servicios de consulta externa que cuenten con la estrategia de consulta prioritaria		NO REVISAR.
18. Manejo de urgencias que incluya:		
Intoxicación aguda y síndrome de abstinencia a sustancias psicoactivas según oferta	NO HAY	No se encuentra documentación relacionada con el procedimiento en la institución.
Agitación psicomotora, conducta suicida y agresión a terceros	NO HAY	

Agudización de síntomas psiquiátricos e intervención en crisis	NO HAY	
19. Plan hospitalario para emergencias	NO HAY	No se encuentra documentación relacionada con el procedimiento en la institución.
20. Información a pacientes sobre recomendaciones al egreso, criterios de reingreso, controles y posibles complicaciones	TENER EN CUENTA E INCLUIR EN PD Y PT	Al momento de actualizar y/o diseñar los procedimientos y protocolos del servicio tener en cuenta e incluir.
21. Atención en salud a víctimas de violencia sexual según normatividad vigente	-PD INMUNIZACION EN CASO DE VIOLENCIA SEXUAL -PT VIOLENCIA SEXUAL -PD VIOLENCIA SEXUAL -LISTA DE CHEQUEO MEDICAMENTOS EN CASOS DE ABUSO SEXUAL -RUTA DE VIOLENCIA SEXUAL	Realizar el formato para la realización de exámenes en caso de violencia sexual.
Aislamiento de paciente que por su condición clínica lo requieran	NO HAY	No se encuentra documentación relacionada con el procedimiento en la institución.
Documento que oriente la atención en salud de pacientes con problemas y trastornos en salud mental o consumo de sustancias psicoactivas	NO HAY	No se encuentra documentación relacionada con el procedimiento en la institución.
Estrategia de sala ERA	PT SALA ERA	Revisar protocolo.

Tabla 8.*Conversión de colores tabla 7*

Convenciones	
	No hay soporte documental
	Actualizar

	Tener en cuenta procesos “complementarios”
	No realizar

Se identifican con rojo (11) procesos de los cuales no hay soporte documental en el Hospital Local Municipio de Los Patios, con verde (7) procesos que, si cuentan con soporte documental más, sin embargo, requieren de actualización, con azul (3) procesos importantes que se deben tener en cuenta y que son complementarios a otros procesos, y por último en gris se identificaron los que no se van a tener en cuenta porque no corresponde o porque ya están siendo trabajados por alguien más (4).

Actividad 3: Concertar con la líder del área de calidad la metodología de trabajo con la finalidad de definir la metodología de trabajo, alcances y resultados esperados en el sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias al finalizar la pasantía.

Debido a que el SGC del servicio de urgencias requiere de muchas intervenciones se planteó, la realización una reunión con el fin de concertar con la enfermera profesional líder del área de calidad institucional para definir la metodología de trabajo y los resultados esperados en el sistema de gestión de calidad al finalizar el proceso de la pasantía, de esta manera, se llevó a cabo la reunión y en constancia de ello, se realizó un acta de concertación firmada por la pasante y la enfermera profesional Yicela Saavedra Cardona:

Acta de concertación



ACTA DE CONCERTACIÓN

Fecha: 03- 04 - 23

Lugar: Hospital Local del Municipio de Los Patios

Hora: 12:00 pm

Concertado por	Jennifer Celena Colmenares Suarez - Estudiante de enfermería UFPS
Concertado con	Yicela Saavedra Cardona - Enfermera profesional líder de calidad

Objetivos

1. Definir la metodología de trabajo en lo referente a la actualización y diseño del sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias.
2. Definir el alcance y resultados esperados de las intervenciones en el sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias por parte del área de calidad en el marco de la pasantía

Yicela Saavedra en calidad de representante de la institución ESE Hospital Local del Municipio de Los Patios y Jennifer Celena Colmenares en calidad de estudiante nos permitimos suscribir el acta de concertación, haciendo constar que:

1. Se llegó al acuerdo de trabajar bajo la metodología de "asignación de tareas" en lo relacionado al diseño y actualización de documentos del sistema de gestión de calidad, dado que, en el marco de este proyecto, no es posible cumplir al 100% con la actualización y/o diseño del mismo, en este sentido, se le asignaran actividades progresivamente a la estudiante, a las cuales ella, les deberá dar cumplimiento del 100% para ir avanzando.
2. Cada asignación será avalada por la enfermera profesional líder del área de calidad, quien será la encargada de asignar la tarea, delimitarla en un tiempo, revisar y dar observaciones, para por último dar un visto bueno con su firma original haciendo constar el cumplimiento por parte de la estudiante.

A continuación, se describen las acciones acordadas a desarrollar en el marco del proyecto de extensión "FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE LOS PATIOS DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2023" para lo correspondiente al diseño y actualización del sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias:

Figura 8. Acta de concertación

En este sentido, los documentos concertados para su diseño y actualización con la líder de calidad fueron los siguientes:

CONSENTIMIENTOS INFORMADOS Y FORMATOS

Para diseñar:

1. Administración de medicamentos por vía no parental
2. Amniotomía
3. Episiotomía y episiorrafia

4. Electrocardiograma
5. Remisión
6. Terapia física
7. Imágenes ionizantes
8. Radiografía periapical
9. Transporte asistencial
10. Ecografía abdominal
11. Tejidos blandos
12. Eco transvaginal
13. Obstétrica
14. Eco pélvica
15. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA PARENTERAL
16. LAVADO NASAL
17. NEBULIZACIONES
18. Curaciones
19. Monitoreo fetal
20. Sutura
21. No reanimación
22. Crioterapia
23. Electroterapia
24. Toracotomía
25. Toracocentesis
26. Onicectomía

27. VACUNACION 18 MESES**28.** Vacunación mujeres 10 – 49 años**29.** Vacunación en gestantes**30.** Vacunación adultos 60 años**31.** Retiro de puntos**32.** Extracción del implante subdérmico**33.** Inserción del implante subdérmico**34.** Extracción del DIU**35.** Sonda nasogástrica**36.** Salida voluntaria**37.** Eco transvaginal**Para actualizar**

- 1.** Hisopado nasofaríngeo
- 2.** Prueba presuntiva de VIH
- 3.** Sonda vesical
- 4.** Paso de sonda para parcial de orina
- 5.** Toma de fotografías durante el parto
- 6.** Paquete de exámenes abuso sexual
- 7.** Inserción de DIU
- 8.** FROTIS VAGINAL
- 9.** CITOLOGIA
- 10.** VACUNACIÓN 2-4-6 MESES
- 11.** VACUNACION 12 MESES

12. VACUNACION 5-9 AÑOS
13. Termoterapia
14. HOJA DE COSTOS
15. REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
16. RECETARIO
17. SOLICITUD - CERTIFICADO APOYO DIAGNOSTICO
18. HISTORIA CLINICA
19. ORDENES MEDICAS
20. NOTAS DE ENFERMERIA
21. TRATAMIENTOS
22. Disentimiento informado procedimientos
23. Disentimiento informado para remisión
24. Operatoria
25. Endodoncia
26. Exodoncia simple
27. Higiene oral
28. Anestesia local
29. Toma de muestra sanguínea

PROCEDIMEINTOS

Para actualizar

1. Administración de medicamentos por vía parenteral
 - endovenosa
 - intradérmica

- subcutánea
 - intramuscular)
2. Nebulizaciones
 3. Curaciones
 4. Electrocardiograma
 5. PD Diligenciamiento de consentimientos informados
 6. INMUNIZACION EN CADOS DE URGENCIA O PARA VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL
 7. DILIGENCIAMIENTO DEL CONSENTIMEINTO INFORMADO
 8. TRIAGE

Para diseñar:

1. ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS POR VIA NO ENTERAL (
 - vía oral
 - vía faríngea
 - vía nasal
 - sublingual
 - ótica
 - oftálmica
 - vaginal
 - rectal
2. CANALIZACION DE VIA PERIFERICA
 - INSERCIÓN
 - MANTENIMIENTO

- RETIRO
- 3. CATETERISMO VESICAL
 - TOMA DE PARCIAL DE ORINA
- 4. CONTROL DE LIQUIDOS
- 5. LAVADO NASAL
- 6. PREPARACION Y DILUCION DE MEDICAMENTOS
- 7. RETIRO DE SUTURAS
- 8. SONDA NASOGASTRICA
- 9. TOMA DE EKG

OTROS DOCUMENTOS:

Para diseñar:


1. Formato de confidencialidad
2. Kit de derrames
3. Plan de contingencia residuos hospitalarios
4. Política de calidad
5. Política de confidencialidad

Para un total de 102 documentos para diseñar y/o actualizar en el desarrollo de la pasantía entre consentimientos informados, formatos, procedimientos y otros como políticas, planes de contingencia, listas de chequeo.


Al finalizar este proceso, y en constancia de que se dio cumplimiento al 100% de lo concertado con la líder de calidad, Yicela Saavedra Cardona se realizó un acta de cumplimiento

con una relación de los documentos realizados y/o actualizados uno a uno, la cual fue firmada con firma original por la líder que superviso este proceso dando dicha constancia.

Acta de cumplimiento



Universidad Francisco de Paula Santander
SIGNIFICANDO LA DIFERENCIA



ACTA DE CUMPLIMIENTO

Fecha:

Lugar: Hospital Local del Municipio de Los Patios

Hora:

Participantes:

- Jennifer Celena colmenares Suarez - Estudiante de enfermería UFPS
- Yicela Saavedra Cardona - Enfermera profesional líder de calidad

Objetivos

1. Validar el cumplimiento de las actividades concertadas referentes a la actualización y diseño del sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias.


Yicela Saavedra Cardona líder del área de calidad como supervisora inmediata de la pasante Jennifer Celena Colmenares identificada con el código 1801022, hago constar que cumplió con el 100% de las actividades planteadas y/o asignadas durante el desarrollo de la pasantía en el marco del proyecto de extensión “**FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE LOS PATIOS DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2023**”.

Dichas actividades son:

1. **CONSENTIMIENTOS INFORMADOS Y FORMATOS**

Diseñados

1. Consentimiento informado Administración de medicamentos por vía no parental
2. Consentimiento informado Amniotomía
3. Consentimiento informado Episiotomía y episiorrafia
4. Consentimiento informado Electrocardiograma
5. Consentimiento informado Remisión
6. Consentimiento informado Terapia física
7. Consentimiento informado Imágenes ionizantes
8. Consentimiento informado Radiografía periapical
9. Consentimiento informado Transporte asistencial
10. Consentimiento informado Ecografía abdominal
11. Consentimiento informado Tejidos blandos
12. Consentimiento informado Eco transvaginal



Avenida Gran Colombia No. 12E-96 Barrio Colsag
Teléfono (057)(7) 5776655 - www.ufps.edu.co
ugad@ufps.edu.co San José de Cucuta - Colombia

Figura 9 Acta de cumplimiento



13. Consentimiento informado Obstétrica
14. Consentimiento informado Eco pélvica
15. Consentimiento informado ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA PARENTERAL
16. Consentimiento informado LAVADO NASAL
17. Consentimiento informado NEBULIZACIONES
18. Consentimiento informado Curaciones
19. Consentimiento informado Monitoreo fetal
20. Consentimiento informado Sutura
21. Consentimiento informado No reanimación
22. Consentimiento informado Crioterapia
23. Consentimiento informado Electroterapia
24. Consentimiento informado Toracotomía
25. Consentimiento informado Toracocentesis
26. Consentimiento informado Onicectomía
27. Consentimiento informado VACUNACION 18 MESES
28. Consentimiento informado Vacunación mujeres 10 – 49 años
29. Consentimiento informado Vacunación en gestantes
30. Consentimiento informado Vacunación adultos 60 años
31. Consentimiento informado Retiro de puntos
32. Consentimiento informado Extracción del implante subdérmico
33. Consentimiento informado Inserción del implante subdérmico
34. Consentimiento informado Extracción del DIU
35. Consentimiento informado Sonda nasogástrica
36. Salida voluntaria
37. Consentimiento informado Eco transvaginal

ACTUALIZADOS

1. Consentimiento informado Hisopado nasofaríngeo
2. Consentimiento informado Prueba presuntiva de VIH
3. Consentimiento informado Sonda vesical
4. Consentimiento informado Paso de sonda para parcial de orina
5. Consentimiento informado Toma de fotografías durante el parto
6. Paquete de exámenes abuso sexual
7. Consentimiento informado Inserción de DIU
8. Consentimiento informado FROTIS VAGINAL
9. Consentimiento informado CITOLOGIA
10. Consentimiento informado VACUNACIÓN 2-4-6 MESES
11. Consentimiento informado VACUNACION 12 MESES
12. Consentimiento informado VACUNACION 5-9 AÑOS

Figura 10. Acta de cumplimiento

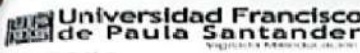



13. Consentimiento informado Obstétrica
14. Consentimiento informado Eco pélvica
15. Consentimiento informado ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA PARENTERAL
16. Consentimiento informado LAVADO NASAL
17. Consentimiento informado NEBULIZACIONES
18. Consentimiento informado Curaciones
19. Consentimiento informado Monitoreo fetal
20. Consentimiento informado Sutura
21. Consentimiento informado No reanimación
22. Consentimiento informado Crioterapia
23. Consentimiento informado Electroterapia
24. Consentimiento informado Toracotomía
25. Consentimiento informado Toracocentesis
26. Consentimiento informado Onicectomía
27. Consentimiento informado VACUNACION 18 MESES
28. Consentimiento informado Vacunación mujeres 10 – 49 años
29. Consentimiento informado Vacunación en gestantes
30. Consentimiento informado Vacunación adultos 60 años
31. Consentimiento informado Retiro de puntos
32. Consentimiento informado Extracción del implante subdérmico
33. Consentimiento informado Inserción del implante subdérmico
34. Consentimiento informado Extracción del DIU
35. Consentimiento informado Sonda nasogástrica
36. Salida voluntaria
37. Consentimiento informado Eco transvaginal

ACTUALIZADOS

1. Consentimiento informado Hisopado nasofaríngeo
2. Consentimiento informado Prueba presuntiva de VIH
3. Consentimiento informado Sonda vesical
4. Consentimiento informado Paso de sonda para parcial de orina
5. Consentimiento informado Toma de fotografías durante el parto
6. Paquete de exámenes abuso sexual
7. Consentimiento informado Inserción de DIU
8. Consentimiento informado FROTIS VAGINAL
9. Consentimiento informado CITOLOGIA
10. Consentimiento informado VACUNACIÓN 2-4-6 MESES
11. Consentimiento informado VACUNACION 12 MESES
12. Consentimiento informado VACUNACION 5-9 AÑOS

Figura 11. Acta de cumplimiento

- sublingual
- ótica
- oftálmica
- vaginal
- rectal

2. CANALIZACION DE VIA PERIFERICA
 - INSERCIÓN
 - MANTENIMIENTO
 - RETIRO
3. CATETERISMO VESICAL
 - TOMA DE PARCIAL DE ORINA
4. CONTROL DE LIQUIDOS
5. LAVADO NASAL
6. PREPARACION Y DILUCION DE MEDICAMENTOS
7. RETIRO DE SUTURAS
8. SONDA NASOGASTRICA
9. TOMA DE EKG

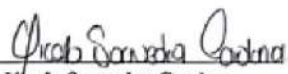
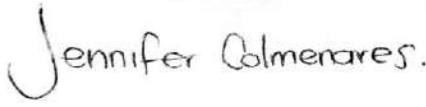
OTROS DOCUMENTOS

DISEÑADOS

1. Formato de confidencialidad
2. Kit de derrames
3. Plan de contingencia residuos hospitalarios
4. Política de calidad
5. Política de confidencialidad

Para un total de: 102 documentos diseñados y/o actualizados, revisados y entregados al área de calidad de la institución ESE Hospital Local Municipio de Los Patios

En constancia de lo anterior, firman:

 <hr style="width: 100%;"/> Yicela Saavedra Cardona Líder del área de calidad	 <hr style="width: 100%;"/> Jennifer Celena Colmenares Suarez Estudiante de enfermería UFPS
--	---

Avenida Gran Colombia No. 12E-06 Barrio Coisag
 Teléfono (057)(7) 5776655 - www.ufps.edu.co
 ugad@ufps.edu.co San José de Cúcuta - Colombia

Figura 12. Acta de cumplimiento

8.1.5. Presentación de evidencia documental objetivo específico 1.

8.1.5.1. Listado Maestro de Documentos y Registros

		HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>30 años</i> <i>Concilio de Toda</i>		PROCESO	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO							CODIGO	FT-DE-01			
				FORMATO	LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS Y REGISTROS							VERSION	01			
ID	NIVEL	PROCESO	SUBPROCESO	CODIGO	XX	YY	ZZ	NOMBRE DEL DOCUMENTO	Version	FECHA	DOCUMENTO APRUEBA	ESTADO	LIDER	CONTROL DE CAMBIOS		
														Descripcion del cambio	Fecha	
1	Estratégicos	Direccionamiento estratégico	No Aplica	MA-DE-	MA	DE	01	Manual del Sistema Integrado de Gestion	1	28/07/2020	Resolucion 030 del 2020	Vigente	Planeación			
2	Estratégicos	Direccionamiento estratégico	No Aplica	PD-DE-	PD	DE	01	Elaboración y Control de Documentos del SIG	2	9/12/2020	Acta N° 006 - 2020 del S	Vigente	Planeación	01	Resolucion 085 del 2020 actualiza	28/07/2020
3	Estratégicos	Direccionamiento estratégico	No Aplica	FT-DE-	FT	DE	01	Listado Maestro de Documentos y Registros	1	28/07/2020	Resolucion 032 del 2020	Vigente	Planeación			
4	Estratégicos	Direccionamiento estratégico	No Aplica	T-DE-	FT	DE	02	Solicitud de creación, eliminación y/o modificación de documento	1	28/07/2020	Resolucion 032 del 2020	Vigente	Planeación			
5	Estratégicos	Direccionamiento estratégico	No Aplica	T-DE-	FT	DE	03	Acta de aprobación o eliminación de documentos y registros	1	28/07/2020	Resolucion 032 del 2020	Vigente	Planeación			
6	Estratégicos	Direccionamiento estratégico	No Aplica	IN-DE-	IN	DE	01	Instructivo de Caracterización de Procesos	1	30/07/2020	Acta N° 001 - 2020 del S	Vigente	Planeación			

7	Estratégicos	Direccionamiento estratégico	No Aplica	T-DE-0	FT	DE	05	Inventario de comites institucionales	1	30/07/2020	Acta N° 001 - 2020 del S	Vigente	Planeación			
8	Misionales	Apoyo Diagnostico y complement	Terapia Física y resp	PR-TF-0	PR	TF	01	Protocolo De Atención De Consulta Externa En Fisioterapia COVID-19	1	30/07/2020	Acta N° 001 - 2020 del S	Vigente	Fisioterapia			
9	Misionales	Consulta Externa	Odontología	PR-CD-0	PR	CD	01	Protocolo De Bioseguridad Y Atención En Urgencias Odontológicas	1	30/07/2020	Acta N° 001 - 2020 del S	Vigente	Odontología			
10	Misionales	Consulta Externa	Odontología	PR-CD-0	PR	CD	02	Protocolo Atención En Urgencias Odontológicas En Contexto A La Pand	1	30/07/2020	Acta N° 001 - 2020 del S	Vigente	Odontología			
11	Misionales	Consulta Externa	Odontología	T-CD-0	FT	CD	01	Historia Clínica Odontologica Extramural	2	31/07/2020	Acta N° 001 - 2020 del S	Vigente	Odontología	01	GEA-SA-DDN-M01-F06 Historia cl	13/09/2017
12	Misionales	Promocion y Mantenimiento de la	Rutas Integrales de	PR-RI-0	PR	RI	01	Atención Preferencial Crecimiento Y Desarrollo	1	30/07/2020	Acta N° 001 - 2020 del S	Vigente	PYP			
13	De apoyo	Gestión Humana	Seguridad y Salud en	PR-SS-0	PR	SS	02	Protocolo De Lavado De Manos	2	30/07/2020	Acta N° 001 - 2020 del S	Vigente	SST	01	MCC-SC-PR06 Lavado de manos	13/09/2017
14	Misionales	Atención Inmediata	Urgencias	PR-UR-0	PR	UR	01	Protocolo de Antibioticos	2	30/07/2020	Acta N° 001 - 2020 del S	Vigente	Urgencias	01	MCC-SC-PR02 Protocolo de Ant	13/09/2017
15	Misionales	Apoyo Diagnostico y complement	Laboratorio Clínico	PR-AL-0	PR	AL	01	Protocolo Descarte de Guardianes	1	30/07/2020	Acta N° 001 - 2020 del S	Vigente	Laboratorio			
16	Misionales	Apoyo Diagnostico y complement	Laboratorio Clínico	PR-AL-0	PR	AL	02	Protocolo para la Toma y Transporte de Muestras	2	30/07/2020	Acta N° 001 - 2020 del S	Vigente	Laboratorio	01	GEA-AT-LC-PR02 Protocolo traz	13/09/2017
17	De apoyo	Comunicaciones	No Aplica	CR-CM	CR	CM	00	Caracterizacion Comunicaciones	1	19/08/2020	Acta N° 002 - 2020 del S	Vigente	Comunicación			
18	De apoyo	Comunicaciones	No Aplica	MA-CM	MA	CM	01	Manual de Comunicaciones	2	19/08/2020	Acta N° 002 - 2020 del S	Vigente	Comunicación	01	TIC-CM-M01 Manual de comunica	13/09/2017
19	De apoyo	Comunicaciones	No Aplica	D-CM	PD	CM	01	Comunicaciones Internas y externas	1	19/08/2020	Acta N° 002 - 2020 del S	Vigente	Comunicación			
20	De apoyo	Comunicaciones	No Aplica	T-CM	FT	CM	01	Comunicación Interna	2	19/08/2020	Acta N° 002 - 2020 del S	Vigente	Comunicación	01	TIC-CM-P01-F01 Comunicacion in	13/09/2017
21	De apoyo	Comunicaciones	No Aplica	T-CM	FT	CM	02	Comunicación Externa	2	19/08/2020	Acta N° 002 - 2020 del S	Vigente	Comunicación	01	TIC-CM-P02-F01 Comunicacion e	13/09/2017
22	De apoyo	Comunicaciones	No Aplica	T-CM	FT	CM	03	Circular	2	19/08/2020	Acta N° 002 - 2020 del S	Vigente	Comunicación	01	TIC-CM-M01-F01 Circulares / Actu	13/09/2017
23	De apoyo	Comunicaciones	No Aplica	T-CM	FT	CM	04	Certificaciones	2	19/08/2020	Acta N° 002 - 2020 del S	Vigente	Comunicación	01	TIC-GD-M01-F03 Certificaciones	13/09/2017
24	De apoyo	Comunicaciones	No Aplica	T-CM	FT	CM	05	Acta reuniones interna	2	19/08/2020	Acta N° 002 - 2020 del S	Vigente	Comunicación	01	TIC-GD-M01-F01 Actas reuniones	13/09/2017
25	De apoyo	Comunicaciones	No Aplica	T-CM	FT	CM	06	Acta reuniones externas	2	19/08/2020	Acta N° 002 - 2020 del S	Vigente	Comunicación	01	TIC-GD-M01-F01 Actas reuniones	13/09/2017
26	De apoyo	Comunicaciones	No Aplica	T-CM	FT	CM	07	Resoluciones	2	19/08/2020	Acta N° 002 - 2020 del S	Vigente	Comunicación	01	GER-DE-P04-F01 Resoluciones /	13/09/2017
27	De apoyo	Comunicaciones	No Aplica	T-CM	FT	CM	08	Acuerdo de Junta Directiva	2	19/08/2020	Acta N° 002 - 2020 del S	Vigente	Comunicación	01	GER-DE-M01-F02 Acuerdos de jur	13/09/2017

130	Evaluación	Evaluación y Mejora Institucional	No Aplica	D-EM-Q	PD	EM	03	Asesoría Y Acompañamientos De La Oficina De Ci	1	20/04/2021	Acta N° 008 - 2021 del S	Vigente	trol Interno de Gestión					
131	Evaluación	Evaluación y Mejora Institucional	No Aplica	S-EM-Q	ES	EM	01	Estatuto De Auditorias	2	20/04/2021	Acta N° 008 - 2021 del S	Vigente	trol Interno de Gestión					
132	Evaluación	Evaluación y Mejora Institucional	No Aplica	O-EM-Q	CO	EM	01	Código Del Auditor	2	20/04/2021	Acta N° 008 - 2021 del S	Vigente	trol Interno de Gestión					
133	Evaluación	Evaluación y Mejora Institucional	No Aplica	O-EM-Q	PG	EM	01	Programa Anual De Auditorias	2	20/04/2021	Acta N° 008 - 2021 del S	Vigente	trol Interno de Gestión					
134	Evaluación	Evaluación y Mejora Institucional	No Aplica	T-EM-Q	FT	EM	01	Plan Anual De Auditorias	2	20/04/2021	Acta N° 008 - 2021 del S	Vigente	trol Interno de Gestión					
135	Evaluación	Evaluación y Mejora Institucional	No Aplica	T-EM-Q	FT	EM	02	Carta Notificación De Auditoria	1	20/04/2021	Acta N° 008 - 2021 del S	Vigente	trol Interno de Gestión					
136	Evaluación	Evaluación y Mejora Institucional	No Aplica	T-EM-Q	FT	EM	03	Programa De Trabajo	1	20/04/2021	Acta N° 008 - 2021 del S	Vigente	trol Interno de Gestión					
137	Evaluación	Evaluación y Mejora Institucional	No Aplica	T-EM-Q	FT	EM	04	Acta De Apertura Y Cierre	2	20/04/2021	Acta N° 008 - 2021 del S	Vigente	trol Interno de Gestión					
138	Evaluación	Evaluación y Mejora Institucional	No Aplica	T-EM-Q	FT	EM	05	Informe De Auditoria Interna	2	20/04/2021	Acta N° 008 - 2021 del S	Vigente	trol Interno de Gestión					
139	Evaluación	Evaluación y Mejora Institucional	No Aplica	T-EM-Q	FT	EM	06	Plan De Mejoramiento	2	20/04/2021	Acta N° 008 - 2021 del S	Vigente	trol Interno de Gestión					
140	Evaluación	Evaluación y Mejora Institucional	No Aplica	VE-EM-Q	DE	EM	01	Formato Informe SCI Parametrizado	2	20/04/2021	Acta N° 008 - 2021 del S	Vigente	trol Interno de Gestión					
141	Evaluación	Evaluación y Mejora Institucional	No Aplica	T-EM-Q	FT	EM	07	Informe De Seguimiento A Las PQRSD	2	20/04/2021	Acta N° 008 - 2021 del S	Vigente	trol Interno de Gestión					
142	Evaluación	Evaluación y Mejora Institucional	No Aplica	T-EM-Q	FT	EM	08	Informe De Austeridad Del Gasto	2	20/04/2021	Acta N° 008 - 2021 del S	Vigente	trol Interno de Gestión	CIG-EI-P03-F01 'Informe Austeridad En El Gasto				
143	Evaluación	Evaluación y Mejora Institucional	No Aplica	T-EM-Q	FT	EM	09	Seguimiento A Ejecuciones Presupuestales	2	20/04/2021	Acta N° 008 - 2021 del S	Vigente	trol Interno de Gestión					
144	Evaluación	Evaluación y Mejora Institucional	No Aplica	T-EM-Q	FT	EM	10	Informe Seguimiento Planes De Mejoramiento	2	20/04/2021	Acta N° 008 - 2021 del S	Vigente	trol Interno de Gestión					
145	Evaluación	Evaluación y Mejora Institucional	No Aplica	T-EM-Q	FT	EM	11	Informe Seguimiento Planes De Accion	2	20/04/2021	Acta N° 008 - 2021 del S	Vigente	trol Interno de Gestión					
146	Evaluación	Evaluación y Mejora Institucional	No Aplica	T-EM-Q	FT	EM	12	Informe Preliminar De Auditoria	2	20/04/2021	Acta N° 008 - 2021 del S	Vigente	trol Interno de Gestión					
147	Evaluación	Evaluación y Mejora Institucional	No Aplica	T-EM-Q	FT	EM	13	Informe De Evaluación Del Desempeño	2	20/04/2021	Acta N° 008 - 2021 del S	Vigente	trol Interno de Gestión					
148	Evaluación	Evaluación y Mejora Institucional	No Aplica	T-EM-Q	FT	EM	14	Informe SCI Parametrizado	2	20/04/2021	Acta N° 008 - 2021 del S	Vigente	trol Interno de Gestión					
149	Evaluación	Evaluación y Mejora Institucional	No Aplica	T-EM-Q	FT	EM	15	Informe Sobre Uso De Software Legal	2	20/04/2021	Acta N° 008 - 2021 del S	Vigente	trol Interno de Gestión					
150	Evaluación	Evaluación y Mejora Institucional	No Aplica	T-EM-Q	FT	EM	16	Evaluación Audiencia Pública De Rendición De Cuentas	2	20/04/2021	Acta N° 008 - 2021 del S	Vigente	trol Interno de Gestión					
151	Evaluación	Evaluación y Mejora Institucional	No Aplica	T-EM-Q	FT	EM	17	Seguimiento Plan Anticorrupción	2	20/04/2021	Acta N° 008 - 2021 del S	Vigente	trol Interno de Ge	01 CIG-EI-P06-F01 Seguimiento Plan Anticorrupción Y Atención Al Ciudad				
152	De apoyo	Gestión Humana	No Aplica	D-GH-Q	PD	GH	01	Solicitud de 'Permiso Laboral	1	20/04/2021	Acta N° 009 - 2021 del S	Vigente	oyo Gestión Humana					
153	De apoyo	Gestión Humana	No Aplica	D-GH-Q	PD	GH	02	Vacaciones	1	20/04/2021	Acta N° 009 - 2021 del S	Vigente	oyo Gestión Humana					
154	De apoyo	Gestión Humana	No Aplica	D-GH-Q	PD	GH	03	Cambio de Turno	1	20/04/2021	Acta N° 009 - 2021 del S	Vigente	oyo Gestión Humana					
155	De apoyo	Gestión Humana	No Aplica	D-GH-Q	PD	GH	04	Cesantias	1	20/04/2021	Acta N° 009 - 2021 del S	Vigente	oyo Gestión Humana					
156	De apoyo	Gestión Humana	No Aplica	D-GH-Q	PD	GH	05	Entrega de dotaciones	1	20/04/2021	Acta N° 009 - 2021 del S	Vigente	oyo Gestión Humana					
157	De apoyo	Gestión Humana	No Aplica	D-GH-Q	PD	GH	06	Retiro de personal de planta	1	20/04/2021	Acta N° 009 - 2021 del S	Vigente	oyo Gestión Humana					
158	De apoyo	Gestión Humana	No Aplica	D-GH-Q	PD	GH	07	Evaluacion y desempeño	2	20/04/2021	Acta N° 009 - 2021 del S	Vigente	oyo Gestión Hum	01 GTH-TH-P03 Procedimiento Calificación y evaluación de desempeño				
159	De apoyo	Gestión Humana	No Aplica	D-GH-Q	PD	GH	08	Certificación Labotal	1	20/04/2021	Acta N° 009 - 2021 del S	Vigente	oyo Gestión Humana					
160	De apoyo	Gestión Humana	No Aplica	O-GH-Q	CO	GH	01	Codigo de integridad	2	20/04/2021	Acta N° 009 - 2021 del S	Vigente	oyo Gestión Humana					
161	De apoyo	Gestión Humana	No Aplica	PL-GH-Q	PL	GH	01	Plan anual de vacantes	1	20/04/2021	Acta N° 009 - 2021 del S	Vigente	oyo Gestión Humana					
162	De apoyo	Gestión Humana	No Aplica	PL-GH-Q	PL	GH	02	Plan de Capacitaciones	1	20/04/2021	Acta N° 009 - 2021 del S	Vigente	oyo Gestión Humana					
163	De apoyo	Gestión Humana	No Aplica	PL-GH-Q	PL	GH	03	Plan de Incentivos	1	20/04/2021	Acta N° 009 - 2021 del S	Vigente	oyo Gestión Humana					
164	De apoyo	Gestión Humana	No Aplica	PL-GH-Q	PL	GH	04	Plan de prevision de recurso humano	1	20/04/2021	Acta N° 009 - 2021 del S	Vigente	oyo Gestión Humana					
165	De apoyo	Gestión Humana	No Aplica	PL-GH-Q	PL	GH	05	Plan estrategico de talento humano	1	20/04/2021	Acta N° 009 - 2021 del S	Vigente	oyo Gestión Humana					

307	Misionales	Consulta Externa	Odontología	T-CO-0	FT	CO	02	Registro Dispositivos Médicos Odontológicos	2	10/09/2021	Acta N° 018 - 2021 del S	Vigente	Odontologa	1	GMD-FR-M01-F02 REGISTRO DI	13/03/2017
308	Misionales	Consulta Externa	Odontología	T-CO-0	FT	CO	03	Registro De Rx Odontología	2	10/09/2021	Acta N° 018 - 2021 del S	Vigente	Odontologa	1		13/03/2017
309	Misionales	Consulta Externa	Odontología	T-CO-0	FT	CO	04	Registro De Temperatura Y Humedad	2	10/09/2021	Acta N° 018 - 2021 del S	Vigente	Odontologa	1		13/03/2017
310	De apoyo	Gestión Humana	No Aplica	PG-GH-0	PG	GH	01	Programa De Humanización	1	10/09/2021	Acta N° 018 - 2021 del S	Vigente	Jad y Talento Humano			
311	Misionales	Consulta Externa	No Aplica	MA-CE-0	MA	CE	01	Manual De Procedimientos De Enfermería	2	10/09/2021	Acta N° 018 - 2021 del S	Vigente		1	GEA-UR-M01 Manual de procedim	13/03/2017
312	De apoyo	Gestión Financiera	Auditoria Cuentas	TA-AG-0	FT	AG	01	Acta De Conciliación De Glosas	1	10/09/2021	Acta N° 018 - 2021 del S	Vigente	Glosas			
313	Misionales	Internación	Esterilización	FT-ES-0	FT	ES	01	Recibo De Equipos, Material E Instrumentos Contaminados A La Central	1	10/09/2021	Acta N° 018 - 2021 del S	Vigente				
314	Misionales	Internación	Esterilización	FT-ES-0	FT	ES	02	Entrega De Líquidos Para Limpieza Y Desinfección	1	10/09/2021	Acta N° 018 - 2021 del S	Vigente				
315	Misionales	Internación	Esterilización	FT-ES-0	FT	ES	03	Entrega De Equipos, Material E Instrumentos Estériles A Otros Servicios	1	10/09/2021	Acta N° 018 - 2021 del S	Vigente				
316	Misionales	Internación	Esterilización	FT-ES-0	FT	ES	04	Baja De Instrumental De Esterilización	1	10/09/2021	Acta N° 018 - 2021 del S	Vigente				
317	Misionales	Internación	Esterilización	FT-ES-0	FT	ES	05	Ingreso De Instrumental A La Central De Esterilización	1	10/09/2021	Acta N° 018 - 2021 del S	Vigente				
318	Misionales	Internación	Esterilización	FT-ES-0	FT	ES	06	Control De Cargas De Esterilización (Indicador Biológico)	1	10/09/2021	Acta N° 018 - 2021 del S	Vigente				
319	Misionales	Internación	Esterilización	FT-ES-0	FT	ES	07	Conformación De Los KINEquipos De La Central De Esterilización	1	10/09/2021	Acta N° 018 - 2021 del S	Vigente				
320	Misionales	Apoyo Diagnostico y complement	Imágenes diagnostic	D-RX-0	PD	RX	01	Toma de imágenes diagnosticas	1	24/09/2021	Acta N° 019 - 2021 del S	Vigente				
321	Misionales	Apoyo Diagnostico y complement	Imágenes diagnostic	D-RX-0	FT	RX	04	Registro diario de RX	2	24/09/2021	Acta N° 019 - 2021 del S	Vigente				
322	Misionales	Apoyo Diagnostico y complement	Imágenes diagnostic	D-RX-0	FT	RX	05	Registro de entrega de imágenes diagnosticas	2	24/09/2021	Acta N° 019 - 2021 del S	Vigente				
323	Misionales	Apoyo Diagnostico y complement	Servicio Farmaceuti	T-SF-0	FT	SF	06	Recepción Técnica De Medicamentos E Insumos	1	11/10/2021	Acta N° 020 - 2021 del S	Vigente				
324	Misionales	Apoyo Diagnostico y complement	Servicio Farmaceuti	T-SF-0	FT	SF	07	Control Fechas De Vencimiento	1	11/10/2021	Acta N° 020 - 2021 del S	Vigente				
325	Transversales	Calidad	No Aplica	T-CA-0	FT	CA	05	Lista De Chequeo Del PAMEC	1	11/10/2021	Acta N° 020 - 2021 del S	Vigente				
326	De apoyo	Gestión Humana	No Aplica	T-GH-0	FT	GH	23	Entrega Obsequios Fechas Especiales	1	11/10/2021	Acta N° 020 - 2021 del S	Vigente				
327	Transversales	Seguridad del Paciente	No Aplica	FT-SE-0	FT	SE	01	Reporte Y Análisis De Eventos Adversos	2	11/10/2021	Acta N° 020 - 2021 del S	Vigente				
328	Transversales	Seguridad del Paciente	No Aplica	FT-SE-0	FT	SE	02	Rondas De Seguridad	2	11/10/2021	Acta N° 020 - 2021 del S	Vigente				
329	Transversales	Seguridad del Paciente	No Aplica	FT-SE-0	FT	SE	03	Listas De Chequeo Para Las Rondas De Seguridad Del Paciente	2	11/10/2021	Acta N° 020 - 2021 del S	Vigente				
330	Misionales	Atención Inmediata	No Aplica	PD-AI-0	PD	AI	01	Episiotomía Y La Episiorrafia	1	11/10/2021	Acta N° 020 - 2021 del S	Vigente				
331	Misionales	Consulta Externa	Vacunación	PD-VA-0	PD	VA	01	Administración De Biológico/Vacuna	1	11/10/2021	Acta N° 020 - 2021 del S	Vigente				
332	Misionales	Atención Inmediata	No Aplica	PD-AI-0	PD	AI	02	Entrega Y Recibo De Turnos Enfermería	2	11/10/2021	Acta N° 020 - 2021 del S	Vigente				
333	Misionales	Atención Inmediata	No Aplica	PD-AI-0	PD	AI	03	Entrega Y Recibo De Turnos Medicina	2	11/10/2021	Acta N° 020 - 2021 del S	Vigente				
334	Misionales	Atención Inmediata	No Aplica	PR-AI-0	PR	AI	02	Protocolo De Episiotomía Y La Episiorrafia	1	11/10/2021	Acta N° 020 - 2021 del S	Vigente				
335	Misionales	Atención Inmediata	No Aplica	FT-AI-0	FT	AI	01	Registro De Entrega De Turno - Entrada Y Salida Auxiliar De Enfermería	1	11/10/2021	Acta N° 020 - 2021 del S	Vigente				
336	Misionales	Atención Inmediata	No Aplica	FT-AI-0	FT	AI	02	Registro De Entrega De Turno Entrada Y Salida Profesional De Enfermería	1	11/10/2021	Acta N° 020 - 2021 del S	Vigente				
337	Misionales	Atención Inmediata	No Aplica	FT-AI-0	FT	AI	03	Registro De Entrega De Pacientes Enfermería	1	11/10/2021	Acta N° 020 - 2021 del S	Vigente				
338	Misionales	Atención Inmediata	No Aplica	FT-AI-0	FT	AI	04	Registro De Entrega De Turno Entrada Y Salida Medicina	1	11/10/2021	Acta N° 020 - 2021 del S	Vigente				
339	Misionales	Atención Inmediata	No Aplica	FT-AI-0	FT	AI	05	Registro De Entrega De Pacientes Medicina	1	11/10/2021	Acta N° 020 - 2021 del S	Vigente				
340	Misionales	Consulta Externa	Psicología	T-PS-0	FT	PS	01	Tamizaje ASSIST	1	21/10/2021	Acta N° 021 - 2021 del S	Vigente				
341	Misionales	Consulta Externa	Psicología	T-PS-0	FT	PS	02	Escala PCL-R De Hare	1	21/10/2021	Acta N° 021 - 2021 del S	Vigente				
342	Misionales	Consulta Externa	Psicología	T-PS-0	FT	PS	03	Tamizaje RQC	1	21/10/2021	Acta N° 021 - 2021 del S	Vigente				




238	De apoyo	Gestión Contractual	No Aplica	T-GC-1	FT	GC	11	Solicitud de Registro presupuestal	1	31/05/2021	Acta N° 011 - 2021 del SI	Vigente	Contratacion			
239	De apoyo	Gestión Contractual	No Aplica	T-GC-1	FT	GC	12	Acta de Inicio	2	31/05/2021	Acta N° 011 - 2021 del SI	Vigente	Contratacion	01	GTH-CT-M01-F07 Acta de Inicio	23/08/2017
240	De apoyo	Gestión Contractual	No Aplica	T-GC-1	FT	GC	13	Informe actividades	2	31/05/2021	Acta N° 011 - 2021 del SI	Vigente	Contratacion	01	GTH-CT-M01-F08 Informe activida	23/08/2017
241	De apoyo	Gestión Contractual	No Aplica	T-GC-1	FT	GC	14	Informe Supervisor	2	31/05/2021	Acta N° 011 - 2021 del SI	Vigente	Contratacion	01	GTH-CT-M01-F09 Informe de supe	23/08/2017
242	De apoyo	Gestión Contractual	No Aplica	T-GC-1	FT	GC	15	Acta de terminación	1	31/05/2021	Acta N° 011 - 2021 del SI	Vigente	Contratacion			
243	De apoyo	Gestión Contractual	No Aplica	T-GC-1	FT	GC	16	Acta de liquidación	2	31/05/2021	Acta N° 011 - 2021 del SI	Vigente	Contratacion	01	GTH-CT-M01-F10 Acta de liquidaci	23/08/2017
244	De apoyo	Gestión Contractual	No Aplica	T-GC-1	FT	GC	17	Terminos de Condiciones	1	31/05/2021	Acta N° 011 - 2021 del SI	Vigente	Contratacion			
245	De apoyo	Gestión Contractual	No Aplica	T-GC-1	FT	GC	18	Aviso de Convocatoria	1	31/05/2021	Acta N° 011 - 2021 del SI	Vigente	Contratacion			
246	De apoyo	Gestión Contractual	No Aplica	T-GC-1	FT	GC	19	Certificación de contratos	1	31/05/2021	Acta N° 011 - 2021 del SI	Vigente	Contratacion			
247	De apoyo	Gestión Contractual	No Aplica	T-GC-2	FT	GC	20	Resolucion de aprobacion de garantias (policas)	1	31/05/2021	Acta N° 011 - 2021 del SI	Vigente	Contratacion			
248	Misionales	Promocion y Mantenimiento de la	Rutas Integrales de A	FT-RI-0	FT	RI	01	Demanda inducida	1	1/06/2021	Acta N° 012 - 2021 del SI	Vigente	PYP			
249	Misionales	Promocion y Mantenimiento de la	Rutas Integrales de A	FT-RI-0	FT	RI	02	Kardex Gestantes	1	1/06/2021	Acta N° 012 - 2021 del SI	Vigente	PYP			
250	Misionales	Apoyo Diagnostico y complement	Servicio Farmaceutic	T-SF-0	FT	SF	02	Reporte de sospecha de eventos adversos a medicamentos- FOREAM	1	1/06/2021	Acta N° 012 - 2021 del SI	Vigente	Farmacia			
251	Misionales	Apoyo Diagnostico y complement	Servicio Farmaceutic	T-SF-0	FT	SF	03	Bitacora de Alertas Tecnovigilancia y Farmacovigilancia	1	1/06/2021	Acta N° 012 - 2021 del SI	Vigente				
252	De apoyo	Gestión Humana	No Aplica	PO-GH-1	PO	GH	01	Politica de Humanizacion	2	8/06/2021	Resolucion 032 DEL 06	Vigente				
253	De apoyo	Gestión de Ambiente y Recursos F	Gestión Ambiental	PO-AB-1	PO	AB	01	Politica de Gestión ambiental	2	11/06/2021	Resolucion 035 del 11 J	Vigente				
254	De apoyo	Gestión de Ambiente y Recursos F	Gestión Ambiental	PO-AB-1	PO	AB	02	Politica de Cero Papel	2	11/06/2021	Resolucion 035 del 11 J	Vigente				
255	De apoyo	Gestión de Ambiente y Recursos F	Gestión Ambiental	PO-AB-1	PO	AB	03	Politica de uso eficiente del agua y energia	2	11/06/2021	Resolucion 035 del 11 J	Vigente				
256	De apoyo	Gestión de Ambiente y Recursos F	Gestión Ambiental	PO-AB-1	PO	AB	04	Politica de orden y aseo	2	11/06/2021	Resolucion 035 del 11 J	Vigente				
257	Misionales	Docencia	No Aplica	RE-DO-1	RE	DO	01	Reglamento De Practicas	1	17/06/2021	Acta N° 013 - 2021 del SI	Vigente				
258	Misionales	Docencia	No Aplica	RE-DO-1	RE	DO	02	Reglamento De Docencia Servicio	1	17/06/2021	Acta N° 013 - 2021 del SI	Vigente				
259	Misionales	Docencia	No Aplica	N-DO-0	IN	DO	01	Capacidades De Cupos O Unidades Para Oferta Académica	1	17/06/2021	Acta N° 013 - 2021 del SI	Vigente				
260	Misionales	Docencia	No Aplica	T-DO-0	FT	DO	01	Requisitos De Un Convenio De Docencia Y Servicio	1	17/06/2021	Acta N° 013 - 2021 del SI	Vigente				
261	Misionales	Docencia	No Aplica	T-DO-0	FT	DO	02	Requisitos Para Los Docentes Tutores En Practicas Formativas	1	17/06/2021	Acta N° 013 - 2021 del SI	Vigente				
262	Misionales	Docencia	No Aplica	T-DO-0	FT	DO	03	Requisitos Para Los Estudiantes Desarrollen Su Practicas Formativas	1	17/06/2021	Acta N° 013 - 2021 del SI	Vigente				
263	Misionales	Docencia	No Aplica	T-DO-0	FT	DO	04	Listado De Asistencia Docencia Servicio	1	17/06/2021	Acta N° 013 - 2021 del SI	Vigente				
264	Misionales	Docencia	No Aplica	T-DO-0	FT	DO	05	Hoja De Vida De Estudiantes De Practicas	1	17/06/2021	Acta N° 013 - 2021 del SI	Vigente				
265	Misionales	Docencia	No Aplica	T-DO-0	FT	DO	06	Evaluación Docencia Servicio	1	17/06/2021	Acta N° 013 - 2021 del SI	Vigente				
266	Misionales	Docencia	No Aplica	T-DO-0	FT	DO	07	Capacidades De Cupos O Unidades Para Oferta Académica	1	17/06/2021	Acta N° 013 - 2021 del SI	Vigente				
267	Misionales	Docencia	No Aplica	T-DO-0	FT	DO	08	Encuesta De Satisfacción Área Relación Docencia Servicio	1	17/06/2021	Acta N° 013 - 2021 del SI	Vigente				
268	Misionales	Docencia	No Aplica	T-DO-0	FT	DO	09	Encuesta De Satisfacción Practica Formativa Relación Docencia Y Serv	1	17/06/2021	Acta N° 013 - 2021 del SI	Vigente				
269	Misionales	Docencia	No Aplica	T-DO-0	FT	DO	10	Seguimiento Practica Formativa Relación Docencia Y Servicio	1	17/06/2021	Acta N° 013 - 2021 del SI	Vigente				
270	Misionales	Salud Publica	No Aplica	T-SP-0	FT	SP	01	Acta De Reuniones PIC	1	16/07/2021	Acta N° 014 - 2021 del SI	Vigente				
271	Misionales	Salud Publica	No Aplica	T-SP-0	FT	SP	02	Registro De Asistencia De Los Usuarios	1	16/07/2021	Acta N° 014 - 2021 del SI	Vigente				
272	Misionales	Salud Publica	No Aplica	T-SP-0	FT	SP	03	Informes PIC	1	16/07/2021	Acta N° 014 - 2021 del SI	Vigente				
273	Misionales	Promocion y Mantenimiento de la	Rutas Integrales de A	FT-RI-0	FT	RI	03	Kardex Citologías	1	16/07/2021	Acta N° 014 - 2021 del SI	Vigente				
























273	Misionales	Promocion y Mantenimiento de la	Rutas Integrales de A	T-RI-01	FT	RI	03	Kardex Citologías	1	16/07/2021	Acta N° 014 - 2021 del S	Vigente					
274	Misionales	Atención Inmediata	Urgencias	R-UR-0	PR	UR	03	Reanimación Cardiopulmonar	2	16/07/2021	Acta N° 014 - 2021 del S	Vigente					
275	Misionales	Apoyo Diagnostico y complement	Servicio Farmaceutic	T-SF-0	FT	SF	04	Kit Para La Atención De La Emergencia Obstétrica	2	16/07/2021	Acta N° 014 - 2021 del S	Vigente					
276	Misionales	Gestión Contractual	No Aplica	T-GC-4	FT	GC	21	Gestión Del Conocimiento	1	16/07/2021	Acta N° 014 - 2021 del S	Vigente					
277	Misionales	Gestión de Ambiente y Recursos F	Almacén	T-AA-4	FT	AA	01	Formato Necesidades	2	16/07/2021	Acta N° 014 - 2021 del S	Vigente					
278	De apoyo	Gestión de Ambiente y Recursos F	No Aplica	T-GR-0	FT	GR	03	Ficha Técnica Para Dar De Baja Equipos (Sistemas)	1	16/07/2021	Acta N° 014 - 2021 del S	Vigente					
279	Misionales	Consulta Externa	Psicología	R-PS-4	PR	PS	01	Protocolo De Atención A Víctimas Del Conflicto Armado	1	25/07/2021	Acta N° 015 - 2021 del S	Vigente					
280	Transversales	Calidad	No Aplica	T-CA-4	FT	CA	01	Informe PAMEC	1	25/07/2021	Acta N° 015 - 2021 del S	Vigente					
281	Transversales	Calidad	No Aplica	T-CA-0	FT	CA	02	Instrumento De Auditoria Del PAMEC	1	25/07/2021	Acta N° 015 - 2021 del S	Vigente					
282	Misionales	Urgencias	No Aplica	D-UR-0	PD	UR	02	TRIAGE	2	25/07/2021	Acta N° 015 - 2021 del S	Vigente					
283	Misionales	Urgencias	No Aplica	MA-UR-4	MA	UR	01	Manual De Procedimientos De La Central De Esterilización	2	25/07/2021	Acta N° 015 - 2021 del S	Vigente					
284	Transversales	Calidad	No Aplica	T-CA-0	FT	CA	03	Seguimiento del sistema de calidad - AGREEL	1	4/08/2021	Acta N° 016 - 2021 del S	Vigente					
285	Misionales	Urgencias	No Aplica	MA-UR-4	MA	UR	02	Manual de Uso y Reuso de Dispositivos Médicos	2	4/08/2021	Acta N° 016 - 2021 del S	Vigente					
286	Estratégicos	Atención y servicio al ciudadano	No Aplica	T-AC-0	FT	AC	06	Registro de Asistencia Usuarios	2	4/08/2021	Acta N° 016 - 2021 del S	Vigente					
287	Misionales	Promocion y Mantenimiento de la	Rutas Integrales de A	T-RI-01	FT	RI	04	Entrega muestras de citología	2	4/08/2021	Acta N° 016 - 2021 del S	Vigente					
288	Misionales	Atención Inmediata	No Aplica	PR-AI-0	PR	AI	01	Protocolo Manejo Y Dotacion De Carro De Paro	2	4/08/2021	Acta N° 016 - 2021 del S	Vigente					
289	Misionales	Apoyo Diagnostico y complement	Servicio Farmaceutic	T-SF-0	FT	SF	05	Medicamentos De Salud Publica	1	4/08/2021	Acta N° 016 - 2021 del S	Vigente					
290	Transversales	Calidad	No Aplica	T-CA-0	FT	CA	04	Auditoria de Guías de Practica Clínica	1	4/08/2021	Acta N° 016 - 2021 del S	Vigente					
291	Transversales	Seguridad del Paciente	No Aplica	PG-SE-4	PG	SE	01	Programa de seguridad del Paciente	2	25/03/2021	Resolucion 013 del 25 r	Vigente					
292	Transversales	Seguridad del Paciente	No Aplica	PD-SE-0	PD	SE	01	Politica de seguridad del Paciente	2	25/03/2021	Resolucion 013 del 25 r	Vigente					
293	De apoyo	Gestión Humana	No Aplica	T-GH-2	FT	GH	22	Descuento de nomina	1	31/08/2021	Acta N° 017 - 2021 del S	Vigente	Gestion humana				
294	De apoyo	Gestión Jurídica	No Aplica	T-GJ-0	FT	GJ	01	Ficha técnica de conciliación extrajudicial	1	31/08/2021	Acta N° 017 - 2021 del S	Vigente	Gestion juridica				
295	Estratégicos	Atención y servicio al ciudadano	No Aplica	MA-AC-4	MA	AC	01	Manual del SIAU	2	31/08/2021	Acta N° 017 - 2021 del S	Vigente	SIAU	01	TIC-SU-M01 Manual SIAU		
296	Estratégicos	Atención y servicio al ciudadano	No Aplica	MA-AC-4	MA	AC	02	Manual de alianza a usuario	2	31/08/2021	Acta N° 017 - 2021 del S	Vigente	SIAU	01	TIC-SU-M02 Manual de la Alianza de Usuarios		
297	Estratégicos	Atención y servicio al ciudadano	No Aplica	PD-AC-4	PD	AC	01	Apertura de buzón de la E.S.E. Hospital Local De Los Patios	1	31/08/2021	Acta N° 017 - 2021 del S	Vigente	SIAU				
298	Estratégicos	Atención y servicio al ciudadano	No Aplica	D-AC-4	PD	AC	02	Aplicación y análisis de encuestas de satisfacción	2	31/08/2021	Acta N° 017 - 2021 del S	Vigente	SIAU	01	TIC-SU-P01 Procedimiento de encuestas de satisfaccion		
299	Estratégicos	Atención y servicio al ciudadano	No Aplica	T-AC-0	FT	AC	07	Informe de análisis encuesta de satisfacción al usuario	1	31/08/2021	Acta N° 017 - 2021 del S	Vigente	SIAU				
300	Misionales	Consulta Externa	No Aplica	PD-CE-4	PD	CE	01	Toma De Signos Vitales Con Monitor	1	10/09/2021	Acta N° 018 - 2021 del S	Vigente	der consulta externa				
301	Misionales	Consulta Externa	No Aplica	D-CE-4	PD	CE	02	Toma/Medición De Tensión Arterial Manual	1	10/09/2021	Acta N° 018 - 2021 del S	Vigente	der consulta externa				
302	Misionales	Consulta Externa	No Aplica	D-CE-4	PD	CE	03	Toma/Medición De Temperatura Corporal Manual	1	10/09/2021	Acta N° 018 - 2021 del S	Vigente	der consulta externa				
303	Misionales	Urgencias	No Aplica	PD-UR-4	PD	UR	01	Referencia Y Contrareferencia	1	10/09/2021	Acta N° 018 - 2021 del S	Vigente	Líder de Urgencias	2	Referencia Y Contrareferencia / Ag	16/07/2021	
304	Transversales	Seguridad del Paciente	No Aplica	PR-SE-4	PR	SE	01	Identificación Segura De Pacientes	2	10/09/2021	Acta N° 018 - 2021 del S	Vigente	Líder de Segurida	1	MCC-SC-PR05 Protocolo identificacion segura pacientes		
305	Transversales	Seguridad del Paciente	No Aplica	PR-SE-4	PR	SE	02	Lavado De Manos	2	10/09/2021	Acta N° 018 - 2021 del S	Vigente	Líder de Segurida	1	MCC-SC-PR06 Protocolo de lavado de manos		
306	Transversales	Seguridad del Paciente	No Aplica	BU-SE-0	GU	SE	01	Guía De Infecciones	1	10/09/2021	Acta N° 018 - 2021 del S	Vigente	Líder de Seguridad del Paciente				
307	Misionales	Consulta Externa	Odontología	T-CO-4	FT	CO	02	Registro Dispositivos Médicos Odontológicos	2	10/09/2021	Acta N° 018 - 2021 del S	Vigente	Odontologa	1	GMD-FR-M01-F02 REGISTRO DI	13/03/2017	

380	Estratégicos	Atención y servicio al ciudadano	No Aplica	T-AC-0	FT	AC	08	Cartilla De Participación Ciudadana	1	5/11/2021	Acta N° 022 - 2021 del S	Vigente				
381	De apoyo	Gestión de Ambiente y Recursos F	No Aplica	T-GR-0	FT	GR	04	Registro De Mantenimiento	2	5/11/2021	Acta N° 022 - 2021 del S	Vigente				
382	De apoyo	Gestión de Ambiente y Recursos F	No Aplica	T-GR-0	FT	GR	05	Solicitud De Traslado	2	5/11/2021	Acta N° 022 - 2021 del S	Vigente				
383	De apoyo	Gestión de Ambiente y Recursos F	No Aplica	T-GR-0	FT	GR	06	Cronograma De Mantenimientos	2	5/11/2021	Acta N° 022 - 2021 del S	Vigente				
384	Misionales	Atención Inmediata	No Aplica	PD-AI-0	PD	AI	04	Entrega Y Recibido De Ropa Limpia Y Sucia	1	5/11/2021	Acta N° 022 - 2021 del S	Vigente				
385	Misionales	Consulta Externa	Odontología	R-CO-0	PR	CO	03	Toma, Revisión, Supervisión, Interpretación, Lectura Y Calidad De La Imaj	1	5/11/2021	Acta N° 022 - 2021 del S	Vigente				
386	Misionales	Consulta Externa	Odontología	D-CO-0	PR	CO	04	Toma De Radiografías Periapicales En Odontología	1	5/11/2021	Acta N° 022 - 2021 del S	Vigente				
387	Misionales	Atención Inmediata	No Aplica	PD-AI-0	PD	AI	05	Procedimiento Sujeción De Pacientes	1	5/11/2021	Acta N° 022 - 2021 del S	Vigente				
388	Misionales	Atención Inmediata	No Aplica	PR-AI-0	PR	AI	06	Protocolo Sujeción De Pacientes	1	5/11/2021	Acta N° 022 - 2021 del S	Vigente				
389	Transversales	Institución Amiga de la Mujer y de l	No Aplica	PD-AI-0	PD	IA	01	Política IAMM	1	5/11/2021	Acta N° 022 - 2021 del S	Vigente				
390	De apoyo	Gestión de Ambiente y Recursos F	No Aplica	T-GR-0	FT	GR	07	Ficha Técnica Computadores	2	5/11/2021	Acta N° 022 - 2021 del S	Vigente				
391	Misionales	Atención Inmediata	No Aplica	FT-AI-0	FT	AI	06	Consentimiento Informado De Sujeción De Pacientes	1	5/11/2021	Acta N° 022 - 2021 del S	Vigente				
392	Misionales	Promocion y Mantenimiento de la	No Aplica	PR-PP-0	PR	PP	01	Protocolo De Seguimiento A Los Usuarios	1	5/11/2021	Acta N° 022 - 2021 del S	Vigente				
393	Transversales	Calidad	No Aplica	T-CA-0	FT	CA	06	Informe De Aprendizaje Organizacional PAMEC	1	5/11/2021	Acta N° 022 - 2021 del S	Vigente				
394	Transversales	Calidad	No Aplica	T-CA-0	FT	CA	07	Evaluación PAMEC	1	5/11/2021	Acta N° 022 - 2021 del S	Vigente				
395	De apoyo	Gestión Financiera	Facturación	MA-FA-0	MA	FA	01	Manual De Procedimientos De Facturación -Ojo Revisar	2	5/11/2021	Acta N° 022 - 2021 del S	Vigente				
396	De apoyo	Gestión de Ambiente y Recursos F	No Aplica	PD-GR-0	PD	GR	01	Mantenimiento Preventivo De Computadores	2	5/11/2021	Acta N° 022 - 2021 del S	Vigente				
397	De apoyo	Gestión de Ambiente y Recursos F	No Aplica	D-GR-0	PD	GR	02	Mantenimiento Correctivo De Computadores	2	5/11/2021	Acta N° 022 - 2021 del S	Vigente				
398	Misionales	Atención Inmediata	No Aplica	PR-AI-0	PR	AI	07	Acceso, Permanencia Y Salida Del Vehículo TAB	1	5/11/2021	Acta N° 022 - 2021 del S	Vigente				
399	Misionales	Consulta Externa	Psicología	T-PS-0	FT	PS	10	Test De Habilidades Sociales Menores De 18 Años	1	5/11/2021	Acta N° 022 - 2021 del S	Vigente				
400	Transversales	Calidad	No Aplica	MA-CA-0	MA	CA	01	Gestión De Indicadores Del Sistema De Informacion Para La Calidad	1	5/11/2021	Acta N° 022 - 2021 del S	Vigente				
401	Misionales	Atención Inmediata	No Aplica	PR-AI-0	PR	AI	08	Manejo De Complicaciones Intraparto	1	5/11/2021	Acta N° 022 - 2021 del S	Vigente				
402	Misionales	Apoyo Diagnostico y complement	Servicio Farmaceutic	T-SF-0	FT	SF	08	Solicitud De Medicamentos E Insumos	1	5/11/2021	Acta N° 022 - 2021 del S	Vigente				
403	De apoyo	Gestión de Ambiente y Recursos F	No Aplica	T-GR-0	FT	GR	08	Control De Lavandería	2	5/11/2021	Acta N° 022 - 2021 del S	Vigente				
404	Estratégicos	Tecnologías de Información y com	No Aplica	PD-TI-0	PD	TI	01	Política Para El Control De La Gestión De La Tecnología	1	5/11/2021	Acta N° 022 - 2021 del S	Vigente				
405	Misionales	Promocion y Mantenimiento de la	Rutas Integrales de	APR-RI-0	PR	RI	03	RIAS De Riesgo Cardio- Cerebro - Vascular - Metabólicas Manifiestas	1	5/11/2021	Acta N° 022 - 2021 del S	Vigente				
406	Misionales	Promocion y Mantenimiento de la	Rutas Integrales de	APR-RI-0	PR	RI	04	RIAS En Salud A Población De Riesgo Con Alteraciones Nutricionales	1	5/11/2021	Acta N° 022 - 2021 del S	Vigente				
407	Misionales	Promocion y Mantenimiento de la	Rutas Integrales de	AFT-RI-0	FT	RI	05	Ruta Integral De Atención Para La Promoción Y Mantenimiento De La Sa	1	5/11/2021	Acta N° 022 - 2021 del S	Vigente				
408	Misionales	Promocion y Mantenimiento de la	Rutas Integrales de	AFT-RI-0	FT	RI	06	Ruta Materno Perinatal	1	5/11/2021	Acta N° 022 - 2021 del S	Vigente				
409	Misionales	Promocion y Mantenimiento de la	Rutas Integrales de	AFT-RI-0	FT	RI	07	Seguimiento Metas Ruta Promoción Y Mantenimiento	1	5/11/2021	Acta N° 022 - 2021 del S	Vigente				
410	Misionales	Promocion y Mantenimiento de la	Rutas Integrales de	AFT-RI-0	FT	RI	08	Seguimiento Metas Ruta Materno Perinatal	1	5/11/2021	Acta N° 022 - 2021 del S	Vigente				
411	Estratégicos	Direccionamiento estratégico	No Aplica	D-DE-0	PD	DE	05	Asesoría Junta Directiva	2	29/11/2021	Acta N° 023 - 2021 del S	Vigente				
412	Misionales	Atención Inmediata	Urgencias	T-UR-0	FT	UR	06	Lista De Chequeo Referencia Y Contrareferencia Urgencia No Vital	1	29/11/2021	Acta N° 023 - 2021 del S	Vigente	Urgencias			
413	Misionales	Atención Inmediata	Urgencias	T-UR-0	FT	UR	07	Lista De Chequeo Diligenciamiento De Historias Clínicas	1	29/11/2021	Acta N° 023 - 2021 del S	Vigente	Urgencias			
414	Misionales	Atención Inmediata	Urgencias	T-UR-0	FT	UR	08	Lista De Chequeo TRIAGE	1	29/11/2021	Acta N° 023 - 2021 del S	Vigente	Urgencias			
415	Misionales	Atención Inmediata	No Aplica	PR-AI-0	PR	AI	09	Protocolo Voluntad Anticipada	1	29/11/2021	Acta N° 023 - 2021 del S	Vigente				

415	Misionales	Atención Inmediata	No Aplica	PR-AI-0	PR	AI	09	Protocolo Voluntad Anticipada	1	29/11/2021	Acta N° 023 - 2021 del S	Vigente				
416	Misionales	Atención Inmediata	No Aplica	IN-AI-0	IN	AI	01	Instructivo De Documento De Voluntad Anticipada (DVA)	1	29/11/2021	Acta N° 023 - 2021 del S	Vigente				
417	Misionales	Atención Inmediata	No Aplica	FT-AI-0	FT	AI	07	Documento De Voluntad Anticipada (DVA)	1	29/11/2021	Acta N° 023 - 2021 del S	Vigente				
418	Misionales	Atención Inmediata	Urgencias	IR-UR-0	PR	UR	06	Remisión De Pacientes Pediátricos Y Adultos Mayores En Abandono	1	29/11/2021	Acta N° 023 - 2021 del S	Vigente	Urgencias			
419	Misionales	Consulta Externa	No Aplica	ID-CE-0	PD	CE	05	Valoración De La Agudeza Visual	1	29/11/2021	Acta N° 023 - 2021 del S	Vigente				
420	Estratégicos	Atención y servicio al ciudadano	No Aplica	T-AC-0	FT	AC	09	Formato De Custodia De Las Pertenencias Del Paciente	1	29/11/2021	Acta N° 023 - 2021 del S	Vigente				
421	Misionales	Promocion y Mantenimiento de la	Rutas Integrales de	APR-RI-0	PR	RI	05	Métodos De Planificación Familiar	1	29/11/2021	Acta N° 023 - 2021 del S	Vigente				
422	Misionales	Promocion y Mantenimiento de la	Rutas Integrales de	APR-RI-0	PR	RI	06	RIAS Infecciosas - Dengue	1	29/11/2021	Acta N° 023 - 2021 del S	Vigente	cion y Mantenimiento			
423	Transversales	Calidad	No Aplica	PL-CA-0	PL	CA	01	Plan De Contingencia En Caso De Cierre De Servicios	1	29/11/2021	Acta N° 023 - 2021 del S	Vigente	Calidad			
424	Misionales	Consulta Externa	Vacunación	MA-VA-0	MA	VA	01	Manual De Inducción Y Reinducción de Vacunación	1	29/11/2021	Acta N° 023 - 2021 del S	Vigente	efe de Vacunación			
425	Transversales	Institución Amiga de la Mujer y de	No Aplica	FT-IA-0	FT	IA	01	Consentimiento Para Toma De Fotografías Y Publicaciones	2	29/11/2021	Acta N° 023 - 2021 del S	Vigente	IAMII			
426	Transversales	Institución Amiga de la Mujer y de	No Aplica	FT-IA-0	FT	IA	02	Encuesta De Satisfacción Curso Maternidad Y Paternidad	2	29/11/2021	Acta N° 023 - 2021 del S	Vigente	IAMII			
427	Transversales	Institución Amiga de la Mujer y de	No Aplica	FT-IA-0	FT	IA	03	Diez Pasos Para La Implementación De La Estrategia IAMII	2	29/11/2021	Acta N° 023 - 2021 del S	Vigente	IAMII			
428	Transversales	Institución Amiga de la Mujer y de	No Aplica	FT-IA-0	FT	IA	04	Cronograma Curso De Preparación Para La Maternidad Y Paternidad	2	29/11/2021	Acta N° 023 - 2021 del S	Vigente	IAMII			
429	Transversales	Institución Amiga de la Mujer y de	No Aplica	FT-IA-0	FT	IA	05	Cronograma Plan De Capacitaciones IAMII	2	29/11/2021	Acta N° 023 - 2021 del S	Vigente	IAMII			
430	Transversales	Institución Amiga de la Mujer y de	No Aplica	PO-IA-0	PO	IA	01	Politica IAMII	2	29/11/2021	Acta N° 023 - 2021 del S	Vigente	IAMII			
	Misionales	Apoyo Diagnostico y complement	Imágenes diagnostic	PR-RX-0	PR	RX	02	Protocolo preparación de imágenes diagnosticas	1	29/12/2021	Acta N° 024 - 2021 del SIG					
	Transversales	Calidad	No Aplica	IR-CA-0	PR	CA	01	Protocolo de Remisión Interna de Usuarios	1	29/12/2021	Acta N° 024 - 2021 del SIG					
	Transversales	Calidad	No Aplica	T-CA-0	FT	CA	08	LISTA DE CHEQUEO AUDITORIA CITOLOGIA	1	29/12/2021	Acta N° 024 - 2021 del SIG					
	Misionales	Consulta Externa	Nutrición	IR-UN-0	PR	UN	01	PROTOCOLO ATENCIÓN PARA LOS CASOS DE DESNUTRICIÓN AGL	1	29/12/2021	Acta N° 024 - 2021 del SIG					
	Misionales	Atención Inmediata	No Aplica	PR-AI-11	PR	AI	10	Protocolo Código Rojo	1	29/12/2021	Acta N° 024 - 2021 del SIG					
	Misionales	Atención Inmediata	No Aplica	PR-AI-11	PR	AI	11	MANEJO DE URGENCIAS EN EL TRANSPORTE ASISTENCIAL	1	29/12/2021	Acta N° 024 - 2021 del SIG					
	De apoyo	Gestión Humana	Seguridad y Salud en	PD-SS-0	PD	SS	01	MANEJO DE GESTIÓN DEL CAMBIO	1	29/12/2021	Acta N° 024 - 2021 del SIG					
	Transversales	Seguridad del Paciente	No Aplica	FT-SE-0	FT	SE	11	LISTA DE CHEQUEO AUTOCUIDADO Y SEGURIDAD DEL PACIENTE E	1	29/12/2021	Acta N° 024 - 2021 del SIG					
	Misionales	Atención Inmediata	Urgencias	T-UR-0	FT	UR	09	LISTA DE CHEQUEO REMISIÓN DE GESTANTES	1	29/12/2021	Acta N° 024 - 2021 del SIG					
	Misionales	Promocion y Mantenimiento de la	Rutas Integrales de	APR-RI-0	PR	RI	07	RIAS PARA LA INFANCIA	1	29/12/2021	Acta N° 024 - 2021 del SIG					
	Misionales	Promocion y Mantenimiento de la	Rutas Integrales de	APR-RI-0	PR	RI	08	RIAS PARA LA PRIMERA INFANCIA	1	29/12/2021	Acta N° 024 - 2021 del SIG					
	Transversales	Institución Amiga de la Mujer y de	No Aplica	MA-IA-0	MA	IA	01	Manual de lactancia materna Covid-19	1	29/12/2021	Acta N° 024 - 2021 del SIG					
	Misionales	Promocion y Mantenimiento de la	No Aplica	MA-PP-0	MA	PP	01	MANUAL DE TOMA DE CITOLOGÍA CERVICOUTERINA	1							
	Estratégicos	Atención y servicio al ciudadano	No Aplica	IR-AC-0	PR	AC	01	PROTOCOLO DE EDUCACIÓN A LOS USUARIOS EN AUTOCUIDADO	1							
	Transversales	Calidad	No Aplica	T-CA-0	FT	CA	09	LISTA DE CHEQUEO DE EQUIPOS MEDICOS CONSULTORIOS DE UR	1	29/12/2021	Acta N° 024 - 2021 del SIG					
	Estratégicos	Atención y servicio al ciudadano	No Aplica	IA-AC-0	MA	AC	03	MANUAL DE ATENCION AL USUARIO								
	Estratégicos	Atención y servicio al ciudadano	No Aplica	ID-AC-0	PD	AC	03	RECEPCION Y TRAMITE PQRSD								
	Estratégicos	Direccionamiento estratégico	No Aplica	ID-DE-0	PD	DE	02	Gestion de comites institucionales	1							
	Estratégicos	Direccionamiento estratégico	No Aplica	CR-DE-0	CR	DE	00	Caracterizacion direccionamiento estrategico	1							
	Estratégicos	Direccionamiento estratégico	No Aplica	ID-DE-0	PD	DE	03	Formulacion y seguimiento plan de desarrollo Institucional	1							

8.1.5.2. Archivo en “drive” del servicio de urgencias

Compartido conmigo > SGC URGENCIAS 2023   

Nombre 	Propietario	Última modifi... 	Tamaño de a	
 Asignacion de funciones	KARLA VALENTIN...	10 abr 2023	—	
 ASIGNACIÓN DE TAREAS CELENA	calidad hospital p...	12:56	—	
 Carro de paro	KARLA VALENTIN...	10 abr 2023	—	
 Codigo mariposa	KARLA VALENTIN...	10 abr 2023	—	
 Formatos nuevos planeacion	calidad hospital p...	27 mar 2023	—	
 Pendiente	KARLA VALENTIN...	10 abr 2023	—	
 FT-AI-09 DETECCION DE DONANTES.docx 	KARLA VALENTIN...	7 mar 2022	213 kB	
 FT-AI-09 DETECCION DE DONANTES.pdf 	KARLA VALENTIN...	9 mar 2022	152 kB	
 FT-AI-13 FORMATO DONACION Y TRASPLANTE DE ORGANOS.xlsx 	KARLA VALENTIN...	6 sept 2022	216 kB	

Compartido conmigo > SGC URGENCIAS 2023 ▾



Nombre ↑	Propietario	Última modifi... ▾	Tamaño de e
FT-CA-09 LISTA DE CHEQUE DE EQUIPOS MEDICOS CONSULTORIOS DE U...	KARLA VALENTIN...	9 mar 2022	203 kB
FT-CA-09 LISTA DE CHEQUE DE EQUIPOS MEDICOS CONSULTORIOS DE U...	KARLA VALENTIN...	13 ene 2022	205 kB
FT-DE-01 LISTADO MAESTRO FINAL(Recuperado automáticamente).xlsx	calidad hospital p...	3 abr 2023	1,1 MB
FT-SF-09 KIT DE MEDICAMENTOS ABUSO SEXUAL ADULTO.docx	KARLA VALENTIN...	9 jun 2022	257 kB
FT-SF-12 KIT DE MEDICAMENTOS PARA LA ATENCIÓN DEL CODIGO GRIS...	KARLA VALENTIN...	9 jun 2022	253 kB
FT-SF-13 KIT ATENCION VICTIMAS SUSTANCIAS QUIMICAS.docx	KARLA VALENTIN...	9 jun 2022	212 kB
FT-SF-14 KIT DE INSUMOS PARA LA ATENCIÓN DEL CODIGO GRIS ADULTO...	KARLA VALENTIN...	9 jun 2022	259 kB
FT-UR-03 RUTA VIOLENCIA DE GENERO (1).pdf	KARLA VALENTIN...	12 may 2021	958 kB
FT-UR-03 RUTA VIOLENCIA DE GENERO (1).xlsx	KARLA VALENTIN...	12 may 2021	8,2 MB

Compartido conmigo > SGC URGENCIAS 2023



Nombre ↑	Propietario	Última modifi... ▼	Tamaño de a
FT-UR-03 RUTA VIOLENCIA DE SEXUAL.xlsx	KARLA VALENTIN...	27 mar 2023	8,2 MB
FT-UR-04 RUTA IVE - INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (1).pdf	KARLA VALENTIN...	12 may 2021	509 kB
FT-UR-04 Ruta IVE - Interrupción Voluntaria del Embarazo.xlsx	KARLA VALENTIN...	9 feb 2023	342 kB
FT-UR-05 RUTA DE ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GENERO (1).p...	KARLA VALENTIN...	12 may 2021	600 kB
FT-UR-05 RUTA DE ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GENERO (1).x...	KARLA VALENTIN...	9 jul 2021	333 kB
FT-UR-10 LISTA DE CHEQUE DE EQUIPOS MEDICOS URGENCIAS.docx	KARLA VALENTIN...	7 mar 2022	215 kB
FT-UR-10 LISTA DE CHEQUE DE EQUIPOS MEDICOS URGENCIAS.pdf	KARLA VALENTIN...	9 mar 2022	201 kB
KIT DE DERRAMES.docx	KARLA VALENTIN...	12 ago 2022	251 kB
MA-CE-01 MANUAL PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA.docx	KARLA VALENTIN...	15 sept 2021	897 kB

Q Buscar en Drive ? ⚙️ ☰ Universidad Francisco de Paula Santander

Compartido conmigo > SGC URGENCIAS 2023 🗃️ ⓘ

Nombre ↑	Propietario	Última modifi... ▼	Tamaño de a
 MA-UR-02 MANUAL USO Y REUSO DISPOSITIVOS MEDICOSs.docx 👤	KARLA VALENTIN...	25 ago 2021	938 kB ⋮
 MA-UR-02 MANUAL USO Y REUSO DISPOSITIVOS MEDICOSs.pdf 👤	KARLA VALENTIN...	9 mar 2022	570 kB ⋮
 PD-CE-04 INMUNIZACION EN CASOS DE URGENCIA O PARA VICTIMAS DE ... 👤	KARLA VALENTIN...	22 oct 2021	295 kB ⋮
 PD-CE-04 INMUNIZACION EN CASOS DE URGENCIA O PARA VICTIMAS DE ... 👤	KARLA VALENTIN...	9 mar 2022	165 kB ⋮
 PD-UR-01 REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.docx 👤	KARLA VALENTIN...	15 sept 2021	420 kB ⋮
 PD-UR-01 REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.pdf 👤	KARLA VALENTIN...	9 mar 2022	1,1 MB ⋮
 PD-UR-02 TRIAGE.docx 👤	KARLA VALENTIN...	2 ago 2021	1,1 MB ⋮
 PD-UR-02 TRIAGE.pdf 👤	KARLA VALENTIN...	9 mar 2022	423 kB ⋮
 PD-UR-03 ATENCIÓN A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS.... 👤	KARLA VALENTIN...	5 may 2022	402 kB ⋮

Compartido conmigo > SGC URGENCIAS 2023 ▾



Nombre ↑	Propietario	Última modifi... ▾	Tamaño de a
PR-UR-02 PROTOCOLO DE VIOLENCIA SEXUAL (1).pdf	KARLA VALENTIN...	12 may 2021	1,4 MB
PR-UR-02 PROTOCOLO DE VIOLENCIA SEXUAL.docx	KARLA VALENTIN...	22 jul 2021	1,7 MB
PR-UR-02 PROTOCOLO DE VIOLENCIA SEXUAL.pdf	KARLA VALENTIN...	9 mar 2022	1,3 MB
PR-UR-04 ATENCIÓN A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS....	KARLA VALENTIN...	22 oct 2021	1,1 MB
PR-UR-04 ATENCIÓN A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS....	KARLA VALENTIN...	9 mar 2022	976 kB
PR-UR-05 DESCONGESTIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS.docx	KARLA VALENTIN...	6 nov 2021	452 kB
PR-UR-05 DESCONGESTIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS.pdf	KARLA VALENTIN...	9 mar 2022	303 kB
Proceso de cambio de turno..docx	KARLA VALENTIN...	13 abr 2021	285 kB
PROTOCOLO DE VESTIMENTA.docx	KARLA VALENTIN...	21 jul 2022	103 kB

8.1.5.3. Acta de concertación



ACTA DE CONCERTACIÓN

Fecha: 03 - 04 - 23

Lugar: Hospital Local del Municipio de Los Patios

Hora: 12:00pm

Concertado por	Jennifer Celena Colmenares Suarez - Estudiante de enfermería UFPS
Concertado con	Yicela Saavedra Cardona - Enfermera profesional líder de calidad

Objetivos

1. Definir la metodología de trabajo en lo referente a la actualización y diseño del sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias.
2. Definir el alcance y resultados esperados de las intervenciones en el sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias por parte del área de calidad en el marco de la pasantía

Yicela Saavedra en calidad de representante de la institución ESE Hospital Local del Municipio de Los Patios y Jennifer Celena Colmenares en calidad de estudiante nos permitimos suscribir el acta de concertación, haciendo constar que:

1. Se llego al acuerdo de trabajar bajo la metodología de "asignación de tareas" en lo relacionado al diseño y actualización de documentos del sistema de gestión de calidad, dado que, en el marco de este proyecto, no es posible cumplir al 100% con la actualización y/o diseño del mismo, en este sentido, se le asignaran actividades progresivamente a la estudiante, a las cuales ella, les deberá dar cumplimiento del 100% para ir avanzando.
2. Cada asignación será avalada por la enfermera profesional líder del área de calidad, quien será la encargada de asignar la tarea, delimitarla en un tiempo, revisar y dar observaciones, para por último dar un visto bueno con su firma original haciendo constar el cumplimiento por parte de la estudiante.

A continuación, se describen las acciones acordadas a desarrollar en el marco del proyecto de extensión **"FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE LOS PATIOS DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2023"** para lo correspondiente al diseño y actualización del sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias:



ACTUALIZACIÓN Y DISEÑOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD				
Nº	ASIGNACIÓN	CANTIDAD	TIEMPO	% DE CUMPLIMIENTO
1	Formatos y consentimientos informados	51	2 semanas	100 %
2	Procedimientos	20	3 semanas	100%
3	Manuales y/o Protocolos	—	3 semanas	50%

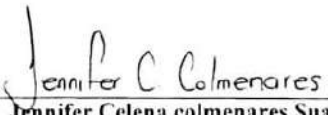
Para la tercera asignación, manuales y protocolos se va a tener en cuenta un cumplimiento del 50% el cual va a estar sujeto a cambios realizados únicamente por la enfermera profesional Yicela Saavedra Cardona dependiendo del tiempo y las necesidades de la institución.

OBSERVACIONES

En constancia de lo anterior, firman:






Yicela Saavedra Cardona
 Líder del área de calidad



Jennifer Celena Colmenares Suarez
 Estudiante de enfermería UFPS

8.1.5.4. Acta de cumplimiento

 Universidad Francisco de Paula Santander <small>UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER</small>			
ACTA DE CUMPLIMIENTO			
Fecha:			
Lugar: Hospital Local del Municipio de Los Patios			
Hora:			
Participantes:			
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>- Jennifer Celena Colmenares Suarez - Estudiante de enfermería UFPS</td> </tr> <tr> <td>- Yicela Saavedra Cardona - Enfermera profesional líder de calidad</td> </tr> </table>		- Jennifer Celena Colmenares Suarez - Estudiante de enfermería UFPS	- Yicela Saavedra Cardona - Enfermera profesional líder de calidad
- Jennifer Celena Colmenares Suarez - Estudiante de enfermería UFPS			
- Yicela Saavedra Cardona - Enfermera profesional líder de calidad			
Objetivos			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Validar el cumplimiento de las actividades concertadas referentes a la actualización y diseño del sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias. 			
<p>Yicela Saavedra Cardona líder del área de calidad como supervisora inmediata de la pasante Jennifer Celena Colmenares identificada con el código 1801022, hago constar que cumplió con el 100% de las actividades planteadas y/o asignadas durante el desarrollo de la pasantía en el marco del proyecto de extensión “FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE LOS PATIOS DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2023”.</p>			
Dichas actividades son:			
1. CONSENTIMIENTOS INFORMADOS Y FORMATOS			
Diseñados			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Consentimiento informado Administración de medicamentos por vía no parental 2. Consentimiento informado Amniotomía 3. Consentimiento informado Episiotomía y episiorrafia 4. Consentimiento informado Electrocardiograma 5. Consentimiento informado Remisión 6. Consentimiento informado Terapia física 7. Consentimiento informado Imágenes ionizantes 8. Consentimiento informado Radiografía periapical 9. Consentimiento informado Transporte asistencial 10. Consentimiento informado Ecografía abdominal 11. Consentimiento informado Tejidos blandos 12. Consentimiento informado Eco transvaginal 			
Avenida Gran Colombia No. 12E-96 Barrio Colsag Teléfono (057)(7) 5776655 - www.ufps.edu.co ugad@ufps.edu.co San José de Cúcuta - Colombia			
			



13. Consentimiento informado Obstétrica
14. Consentimiento informado Eco pélvica
15. Consentimiento informado ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA PARENTERAL
16. Consentimiento informado LAVADO NASAL
17. Consentimiento informado NEBULIZACIONES
18. Consentimiento informado Curaciones
19. Consentimiento informado Monitoreo fetal
20. Consentimiento informado Sutura
21. Consentimiento informado No reanimación
22. Consentimiento informado Crioterapia
23. Consentimiento informado Electroterapia
24. Consentimiento informado Toracotomía
25. Consentimiento informado Toracocentesis
26. Consentimiento informado Onicectomía
27. Consentimiento informado VACUNACION 18 MESES
28. Consentimiento informado Vacunación mujeres 10 – 49 años
29. Consentimiento informado Vacunación en gestantes
30. Consentimiento informado Vacunación adultos 60 años
31. Consentimiento informado Retiro de puntos
32. Consentimiento informado Extracción del implante subdérmico
33. Consentimiento informado Inserción del implante subdérmico
34. Consentimiento informado Extracción del DIU
35. Consentimiento informado Sonda nasogástrica
36. Salida voluntaria
37. Consentimiento informado Eco transvaginal

ACTUALIZADOS

1. Consentimiento informado Hisopado nasofaríngeo
2. Consentimiento informado Prueba presuntiva de VIH
3. Consentimiento informado Sonda vesical
4. Consentimiento informado Paso de sonda para parcial de orina
5. Consentimiento informado Toma de fotografías durante el parto
6. Paquete de exámenes abuso sexual
7. Consentimiento informado Inserción de DIU
8. Consentimiento informado FROTIS VAGINAL
9. Consentimiento informado CITOLOGIA
10. Consentimiento informado VACUNACIÓN 2-4-6 MESES
11. Consentimiento informado VACUNACION 12 MESES
12. Consentimiento informado VACUNACION 5-9 AÑOS



13. Consentimiento informado Obstétrica
14. Consentimiento informado Eco pélvica
15. Consentimiento informado ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA PARENTERAL
16. Consentimiento informado LAVADO NASAL
17. Consentimiento informado NEBULIZACIONES
18. Consentimiento informado Curaciones
19. Consentimiento informado Monitoreo fetal
20. Consentimiento informado Sutura
21. Consentimiento informado No reanimación
22. Consentimiento informado Crioterapia
23. Consentimiento informado Electroterapia
24. Consentimiento informado Toracotomía
25. Consentimiento informado Toracocentesis
26. Consentimiento informado Onicectomía
27. Consentimiento informado VACUNACION 18 MESES
28. Consentimiento informado Vacunación mujeres 10 – 49 años
29. Consentimiento informado Vacunación en gestantes
30. Consentimiento informado Vacunación adultos 60 años
31. Consentimiento informado Retiro de puntos
32. Consentimiento informado Extracción del implante subdérmico
33. Consentimiento informado Inserción del implante subdérmico
34. Consentimiento informado Extracción del DIU
35. Consentimiento informado Sonda nasogástrica
36. Salida voluntaria
37. Consentimiento informado Eco transvaginal

ACTUALIZADOS

1. Consentimiento informado Hisopado nasofaríngeo
2. Consentimiento informado Prueba presuntiva de VIH
3. Consentimiento informado Sonda vesical
4. Consentimiento informado Paso de sonda para parcial de orina
5. Consentimiento informado Toma de fotografías durante el parto
6. Paquete de exámenes abuso sexual
7. Consentimiento informado Inserción de DIU
8. Consentimiento informado FROTIS VAGINAL
9. Consentimiento informado CITOLOGIA
10. Consentimiento informado VACUNACIÓN 2-4-6 MESES
11. Consentimiento informado VACUNACION 12 MESES
12. Consentimiento informado VACUNACION 5-9 AÑOS



- sublingual
- ótica
- oftálmica
- vaginal
- rectal
- 2. CANALIZACION DE VIA PERIFERICA
 - INSERCIÓN
 - MANTENIMIENTO
 - RETIRO
- 3. CATETERISMO VESICAL
 - TOMA DE PARCIAL DE ORINA
- 4. CONTROL DE LIQUIDOS
- 5. LAVADO NASAL
- 6. PREPARACION Y DILUCION DE MEDICAMENTOS
- 7. RETIRO DE SUTURAS
- 8. SONDA NASOGASTRICA
- 9. TOMA DE EKG

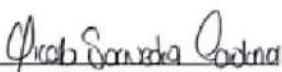
OTROS DOCUMENTOS

DISEÑADOS

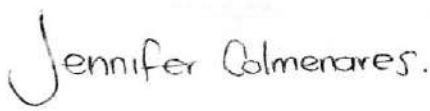
1. Formato de confidencialidad
2. Kit de derrames
3. Plan de contingencia residuos hospitalarios
4. Política de calidad
5. Política de confidencialidad

Para un total de: 102 documentos diseñados y/o actualizados, revisados y entregados al área de calidad de la institución ESE Hospital Local Municipio de Los Patios

En constancia de lo anterior, firman:



 Ycela Saavedra Cardona
 Líder del área de calidad



 Jennifer Celena colmenares Suarez
 Estudiante de enfermería UFPS

Tabla 9.**Resultados objetivo específico 2.**

8.2. Objetivo específico n°.2	
Realizar el diseño y actualización del sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias de la E.S.E. Hospital Local del Municipio mediante una revisión bibliográfica y científica.	
ACTIVIDAD N°. <u>1</u> DEL OBJETIVO	Realizar una revisión bibliográfica, científica y documental para la actualización de documentos del SGC del área de urgencias que lo requieran
ACTIVIDAD N°. <u>2</u> DEL OBJETIVO	Coordinar lo pertinente al diseño de manuales, procedimientos, formatos y directrices del SGC del servicio de urgencias
ACTIVIDAD N°. <u>3</u> DEL OBJETIVO	Realizar envió a líder del área de calidad los documentos actualizados y diseñado para su validación interna y respectivos ajustes.

8.2.1. Actividad 1	
Realizar una revisión bibliográfica, científica y documental para la actualización de documentos del SGC del área de urgencias que lo requieran.	

<i>Formula del indicador planteado</i>	<i>Operacionalización del resultado del indicador desarrollado-</i>	<i>Meta planteada</i>	<i>Meta ejecutada</i>	<i>Fecha de desarrollo</i>
# de documentos con actualización bibliográfica documental y documental que requieran actualización bibliográfica documental concertados para este proyecto x100	40 documentos con actualización bibliográfica y documental /# y documentos que requerían actualización bibliográfica y documental x 100 = 100%	Al 31 de marzo del 2023 se habrá realizado la actualización bibliográfica y documental del SGC del servicio de urgencias.	Al 31 de marzo del 2023 se realizó la actualización bibliográfica y documental del SGC del servicio de urgencias cumpliendo con el 100% de la meta planteada	27-03-22 31-03-23

8.2.2. Actividad 2

Coordinar lo pertinente al diseño de manuales, procedimientos, formatos y directrices del SGC del servicio de urgencias.

<i>Formula del indicador planteado</i>	<i>Operacionalización del resultado del indicador desarrollado-</i>	<i>Meta planteada</i>	<i>Meta ejecutada</i>	<i>Fecha de desarrollo</i>
# de documentos diseñados (guías, protocolos, formatos...) / # documentos inexistentes concertados para su realización dentro del marco de este proyecto x100	62 documentos del SGC del servicio de urgencias diseñados /62 documentos que requerían ser diseñados x 100 = 100%	Al 31 de mayo de 2023 se habrá realizado el diseño documental del sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias.	Al 31 de mayo del 2023 se realizó el diseño documental del 100% del SGC del servicio de urgencias.	03-04-23 31 -05-23

8.2.3. Actividad 3

Realizar envió a líder del área de calidad los documentos actualizados y diseñado para su validación interna y respectivos ajustes.

<i>Formula del indicador planteado</i>	<i>Operacionalización del resultado del indicador desarrollado-</i>	<i>Meta planteada</i>	<i>Meta ejecutada</i>	<i>Fecha de desarrollo</i>
N° de correos de verificación	(1) Correo de verificación (1) acta de cumplimiento.	a junio de 2023 se habrán validado en la institución todos los documentos diseñados y actualizados del sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias.	Al 06 de junio de 2023 se validado en la institución todos los documentos diseñados y actualizados del sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias.	26-05-23 06-06-23

8.2.4. Presentación de resultados objetivo 2

Actividad 1. Realizar una revisión bibliográfica, científica y documental para la actualización de documentos del SGC del área de urgencias que lo requieran.

Actividad 2. Coordinar lo pertinente al diseño de manuales, procedimientos, formatos y directrices del SGC del servicio de urgencias.

Estas actividades consistieron en la actualización y diseño del SGC documental del servicio de urgencias de acuerdo a la asignación de tareas concertada en la actividad 3 del objetivo específico n°1. En este sentido, los documentos concertados para su diseño y actualización con la líder de calidad fueron los siguientes:

CONSENTIMIENTOS INFORMADOS Y FORMATOS

Para diseñar:

- 38.** Administración de medicamentos por vía no parental
- 39.** Amniotomía
- 40.** Episiotomía y episiorrafia
- 41.** Electrocardiograma
- 42.** Remisión
- 43.** Terapia física
- 44.** Imágenes ionizantes
- 45.** Radiografía periapical
- 46.** Transporte asistencial
- 47.** Ecografía abdominal

- 48. Tejidos blandos
- 49. Eco transvaginal
- 50. Obstétrica
- 51. Eco pélvica
- 52. Administración de medicamentos por vía parenteral
- 53. Lavado nasal
- 54. Nebulizaciones
- 55. Curaciones
- 56. Monitoreo fetal
- 57. Sutura
- 58. No reanimación
- 59. Crioterapia
- 60. Electroterapia
- 61. Toracotomía
- 62. Toracocentesis
- 63. Onicectomía
- 64. Vacunación 18 meses
- 65. Vacunación mujeres 10 – 49 años
- 66. Vacunación en gestantes
- 67. Vacunación adultos 60 años
- 68. Retiro de puntos
- 69. Extracción del implante subdérmico
- 70. Inserción del implante subdérmico

- 71. Extracción del DIU
- 72. Sonda nasogástrica
- 73. Salida voluntaria
- 74. Eco transvaginal

Para actualizar

- 30. Hisopado nasofaríngeo
- 31. Prueba presuntiva de VIH
- 32. Sonda vesical
- 33. Paso de sonda para parcial de orina
- 34. Toma de fotografías durante el parto
- 35. Paquete de exámenes abuso sexual
- 36. Inserción de DIU
- 37. Frotis vaginal
- 38. Citología
- 39. Vacunación 2-4-6 meses
- 40. Vacunación 12 meses
- 41. Vacunación 5-9 años
- 42. Termoterapia
- 43. Hoja de costos
- 44. Referencia y contrarreferencia
- 45. Recetario
- 46. Solicitud - certificado apoyo diagnóstico
- 47. Historia clínica

- 48. Ordenes medicas
- 49. Notas de enfermería
- 50. Tratamientos
- 51. Disentimiento informado procedimientos
- 52. Disentimiento informado para remisión
- 53. Operatoria
- 54. Endodoncia
- 55. Exodoncia simple
- 56. Higiene oral
- 57. Anestesia local
- 58. Toma de muestra sanguínea

PROCEDIMEINTOS

Para actualizar

- 9. Administración de medicamentos por vía parenteral
 - endovenosa
 - intradérmica
 - subcutánea
 - intramuscular)
- 10. Nebulizaciones
- 11. Curaciones
- 12. Electrocardiograma
- 13. PD Diligenciamiento de consentimientos informados
- 14. Inmunización en cados de urgencia o para víctimas de violencia sexual

15. Diligenciamiento del consentimiento informado

16. TRIAGE

Para diseñar:

10. Administración de medicamentos por vía no enteral

- vía oral
- vía faríngea
- vía nasal
- sublingual
- ótica
- oftálmica
- vaginal
- rectal

11. Canalización de vía periférica

- Inserción
- Mantenimiento
- Retiro

12. Cateterismo vesical

- Toma de parcial de orina

13. Control de líquidos

14. Lavado nasal

15. Preparación y dilución de medicamentos

16. Retiro de suturas

17. Sonda nasogástrica

18. Toma de electrocardiograma**OTROS DOCUMENTOS:****Para diseñar:**

- 6.** Formato de confidencialidad
- 7.** Kit de derrames
- 8.** Plan de contingencia residuos hospitalarios
- 9.** Política de calidad
- 10.** Política de confidencialidad

Para un total de 102 documentos para diseñar y/o actualizar en el desarrollo de la pasantía entre consentimientos informados, formatos, procedimientos y otros como políticas, planes de contingencia, listas de chequeo.

Actividad 3.

La validación interna de los documentos se concertó realizarla una vez se haya cumplido con el 100% de las tareas asignadas, por lo que, al finalizar este proceso, fueron enviados al correo de calidad del Hospital Local Municipio de Los Patios calidad@hospitaldelospatios.gov.co y se esperó un correo de vuelta con observaciones y o aceptación de los documentos enviados, el cual fue recibido con aprobación del 100% de los documentos.

Correo de verificación

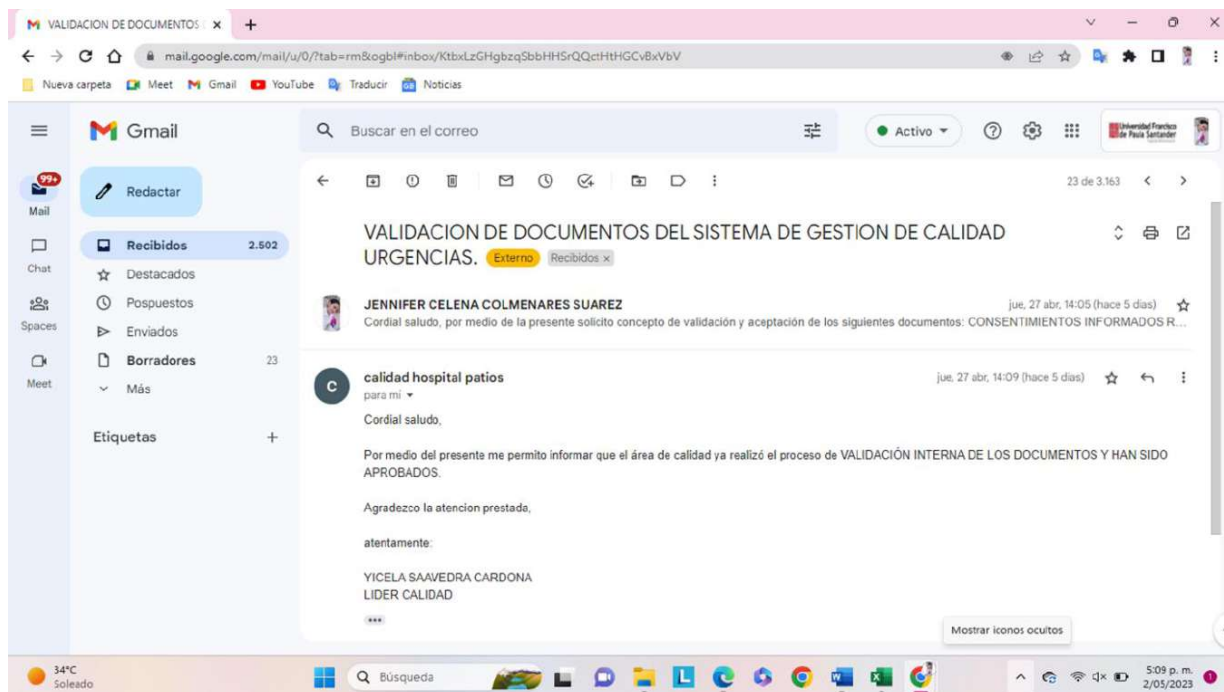


figura 13. Correo de verificación validación interna de documentos

8.2.5. Presentación de evidencia documental

8.2.5.1. Actividad 1. Actualización de documentos

8.2.5.1.1. Consentimiento informado toma parcial de orina con sonda

(actualizado)

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	GESTIÓN ASISTENCIAL	CÓDIGO	FT-XX-YY
	FORMATO	TOMA PARCIAL DE ORINA CON Sonda	VERSION	01

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ DE _____
EDAD: _____ SEXO: _____
NOMBRE DE LA EPS: _____
CONTACTO DE ACOMPAÑANTE: _____
NÚMERO DE CELULAR: _____ FIJO: _____

Declaro que he acudido a consulta el día ____ del mes ____ del año ____ con el profesional _____, quien prescribió la realización del procedimiento en mención. Una vez examinado(a) evaluado(a) y determinada mi condición clínica se realizará el procedimiento propuesto **TOMA DE PARCIAL DE ORINA CON Sonda**: Es el procedimiento a través del cual se pasará una sonda por la Uretra hacia la vejiga previa limpieza de la zona genital. Al tomar una muestra de orina con sonda directamente de la vejiga para ser estudiada, se pretende obtener un resultado más seguro, al disminuir la contaminación con bacterias que se encuentran normalmente en la mucosa genital, este es un examen molesto no doloroso, que requiere de toda su colaboración para efectuarlo de manera ágil y en el tiempo estipulado.

RIESGOS Y COMPLICACIONES

Existen riesgos en el paso de sonda vesical intermitente para la toma de muestras, los cuales están relacionados con la incorrecta indicación y su mala ejecución. En cualquier caso, existen algunas complicaciones que se pueden producir durante el desarrollo del procedimiento y que el paciente tiene que ser consciente, tales como: Infección urinaria leve o moderada con o sin compromiso renal. Pacientes con incontinencia Urinaria crónica pueden aumentar sus síntomas transitoriamente. Existen limitaciones para la realización de dicho procedimiento tales como: Pacientes con traumas en región genital que dificulten visualizar claramente la uretra, Pacientes sometidos a reparación quirúrgica de la uretra y las estructuras circundantes y estrechos de la uretra

BENEFICIOS

Existe un único beneficio asociado con la realización del procedimiento, el cual es la obtención de una muestra de orina estéril, lo que aumenta la veracidad de la muestra y facilita el diagnóstico.

De conformidad con la ley 23 de 1981, en sus artículos 15 y 16 el Profesional _____ identificado con cedula de ciudadanía N° _____ de _____, Registro N° _____ profesional en _____.

Declaro que me ha explicado en forma clara, precisa, concisa y lenguaje sencillo todos los Riesgos y Complicaciones, que se describen anteriormente en terminología técnica. También

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	GESTIÓN ASISTENCIAL	CÓDIGO	FT-XX-YY
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO CATETERISMO VESICAL	VERSIÓN	01

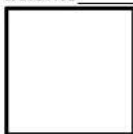
Doy mi consentimiento informado para la realización del procedimiento mencionado durante la realización de la técnica conforme al plan terapéutico, habiendo recibido explicación de las indicaciones, riesgos y/o complicaciones potenciales y beneficios enunciados. Comprendo también que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocatoria de este consentimiento informado y eximir al profesional de mi atención.

Nombre del Paciente _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Paciente _____

Huella



Nombre del Testigo _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Testigo _____

Huella



Como profesional de la salud declaro que he informado al (la) paciente el propósito, los riesgos y los beneficios del procedimiento descrito, de sus alternativas, posibles complicaciones.

Se hace entrega al (la) paciente por escrito de las recomendaciones domiciliarias y se explican verbalmente.

Profesional Responsable _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

N° de R.P. _____

8.2.5.1.2. Consentimiento informado cateterismo vesical (actualizado)

8.2.5.1.3. Consentimiento informado aplicación de anestesia local (actualizado)

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>Consejo de Todas las Aguas</i>	PROCESO	GESTIÓN ASISTENCIAL	CÓDIGO	FT-XX-YY
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO APLICACIÓN DE ANESTESIA LOCAL	VERSIÓN	01

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ DE _____
 EDAD: _____ SEXO: _____
 NOMBRE DE LA EPS: _____
 CONTACTO DE ACOMPAÑANTE: _____
 NÚMERO DE CELULAR: _____ FIJO: _____

Declaro que he acudido a consulta el día ____ del mes ____ del año ____ con el (la) Doctor (a) _____, quien prescribió la realización del procedimiento en mención. Una vez examinado(a) evaluado(a) y determinada mi condición clínica se realizará el procedimiento propuesto **ANESTESIA LOCAL**: son fármacos que impiden la conducción de impulsos nerviosos eléctricos por las membranas del nervio y el músculo de forma transitoria, provocando una pérdida de sensibilidad.

RIESGOS Y COMPLICACIONES

Existen riesgos relacionados a la aplicación de anestesia local para procedimientos odontológicos en los que puede inferir su incorrecta indicación y su mala ejecución. En este sentido, es importante que el paciente sea consciente de las posibles complicaciones relacionadas al desarrollo del procedimiento, tales como: *Limitación en el movimiento de apertura de la boca, afectación de mayor duración o permanente del nervio bloqueado, pérdida de la sensibilidad de mayor duración o de manera permanente, fractura de la aguja que pueda requerir tratamiento posterior para su extracción e isquemia o necrosis del tejido de la zona de la aplicación.*

- **Consecuencias probables y graves de no aceptar el procedimiento:** *Dificulta en la atención odontológica, procedimientos dolorosos, experiencias desagradables, traumatismos, dificultad para la atención de los próximos procedimientos, problemas relacionados con el aumento de la ansiedad y el estrés, Posibles procedimientos temporales por no poderse realizar los procedimientos definitivos.*
- **Adicional se me ha informado sobre las consecuencias seguras del procedimiento:** *Sensación de acorchamiento del labio o de la cara, posible ulceración de la mucosa, pequeños hematomas, dolor en la zona de punción, mareos, interacción del anestésico con los medicamentos tomados por el paciente y sensación de hormigueo.*

BENEFICIOS

Hay efectos beneficiosos asociados con la realización del procedimiento tales como:

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>IAANN / Conozque de Todas</i>	PROCESO	GESTIÓN ASISTENCIAL	CÓDIGO	FT-XX-YY
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO APLICACIÓN DE ANESTESIA LOCAL	VERSIÓN	01

- **Funciones corporales:** El resto de las funciones corporales a la zona anestesiada funcionan de forma correcta y no son alteradas.
- **Persona despierta:** A lo largo del procedimiento mediante anestesia local la persona se encuentra despierta durante todo el proceso.
- **Recuperación más rápida:** El paciente que ha sido anestesiado de forma local tiene una recuperación más rápida que si lo hubiera sido de forma general.
- **Disminución del dolor postoperatorio:** Aquellos pacientes intervenidos mediante la anestesia local experimentan una disminución del dolor postoperatorio.
- **Disminución de náuseas:** Las náuseas y vómitos aparecen con menor intensidad y frecuencia.

De conformidad con la ley 23 de 1981, en sus artículos 15 y 16 el Profesional _____ identificado con cedula de ciudadanía N° _____ de _____, Registro N° _____ profesional en _____.

Declaro que me ha explicado en forma clara, precisa, concisa y lenguaje sencillo todos los Riesgos y Complicaciones, que a continuación se detallan en terminología técnica. También se me han advertido los Beneficios. Manifiesto que he comprendido en forma satisfactoria la naturaleza y propósito del procedimiento a realizar, la técnica empleada, los riesgos y beneficios, así como la posibilidad de cambio de esta, durante el procedimiento, si fuera necesario. Reconozco que se me ha dado la oportunidad de hacer toda clase de preguntas y observaciones respecto a mi enfermedad, al procedimiento a realizar y de aclarar todas mis dudas.

Doy mi consentimiento informado para la realización del procedimiento mencionado durante la realización de la técnica conforme al plan terapéutico, habiendo recibido explicación de las indicaciones, riesgos y/o complicaciones potenciales y beneficios enunciados. Comprendo también que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocatoria de este consentimiento informado y eximir al profesional de mi atención.

Nombre del Paciente _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Paciente _____

Huella



8.2.5.1.4. Consentimiento informado toma de muestra sanguínea (actualizado)

	PROCESO	VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	CÓDIGO	FT-XX-YY
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO TOMA DE MUESTRA SANGUÍNEA	VERSIÓN	01

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ DE _____
EDAD: _____ SEXO: _____
NOMBRE DE LA EPS: _____
CONTACTO DE COMPAÑANTE: _____
NÚMERO DE CELULAR: _____ FIJO: _____

Declaro que he acudido a consulta el día ____ del mes ____ del año ____ con el profesional _____, quien prescribió la realización del procedimiento en mención. Una vez examinado(a) evaluado(a) y determinada mi condición clínica se realizará el procedimiento propuesto **TOMA DE MUESTRA SANGUÍNEA**: *Procedimiento destinado a la obtención de uno o varios especímenes biológicos (sangre) con el fin de encontrar la causa o factores que afectan la salud del individuo.*

RIESGOS Y COMPLICACIONES

Existen riesgos en los que puede inferir su incorrecta indicación y su mala ejecución. En cualquier caso, queda matizar algunas consecuencias que se pueden producir durante el desarrollo del procedimiento y que el paciente tiene que ser consciente, tales como: dolor, inflamación, hematoma (Mancha de la piel, de color azul amoratado, que se produce por la acumulación de sangre) y ocasionalmente mareo y náuseas.

BENEFICIOS

Hay efectos beneficiosos asociados con la realización del procedimiento tales como: establecer un diagnóstico de la enfermedad actual y Obtención de resultados del examen analizado para toma de decisiones médicas que permita un tratamiento adecuado.

De conformidad con la ley 23 de 1981, en sus artículos 15 y 16 el Profesional _____ identificado con cedula de ciudadanía N° _____ de _____, Registro N° _____ profesional en _____.

Declaro que acepto de manera **libre y voluntaria** la realización del procedimiento después de que se me ha explicado de forma clara, precisa, concisa y lenguaje sencillo todos los Riesgos y Complicaciones, que se mencionan anteriormente en terminología técnica. También se me han advertido los Beneficios. Manifiesto que he comprendido en forma satisfactoria la naturaleza y propósito del procedimiento a realizar, la técnica empleada, los riesgos y beneficios, así como la posibilidad del cambio de parecer durante el procedimiento, si fuera

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>  <i>Cura con Corazón de Todas</i>	PROCESO	VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	CÓDIGO	FT-XX-YY
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO TOMA DE MUESTRA SANGUÍNEA	VERSIÓN	01

necesario. Reconozco que se me ha dado la oportunidad de hacer toda clase de preguntas y observaciones respecto a mi enfermedad, al procedimiento a realizar y de aclarar todas mis dudas.

Nombre del Paciente _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Paciente _____

Huella

Nombre del Testigo _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Testigo _____

Huella


Como profesional de la salud declaro que he informado al (la) paciente el propósito, los riesgos y los beneficios del procedimiento descrito, de sus alternativas, posibles complicaciones.

Se hace entrega al (la) paciente por escrito de las recomendaciones domiciliarias y se explican verbalmente.

Profesional Responsable _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

8.2.5.1.5. Consetimeinto informado endodoncia (actualizado)

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>¡VANI! Conquisté de Todas</i>	PROCESO	ODONTOLOGÍA	CÓDIGO	FT-CO-06
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ENDODONCIA	VERSIÓN	01

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ DE _____
EDAD: _____ SEXO: _____
NOMBRE DE LA EPS: _____
CONTACTO DE COMPAÑANTE _____
NÚMERO DE CELULAR: _____ FIJO: _____

Declaro que he acudido a consulta el día ____ del mes ____ del año ____ con el (la) Doctor (a) _____, quien prescribió la realización del procedimiento en mención. Una vez examinado(a) evaluado(a) y determinada mi condición clínica se realizará el procedimiento propuesto **ENDODONCIA: es el retiro del tejido pulpar inflamado o infectado y la posterior limpieza, desinfección y relleno de la cámara pulpar y los conductos radiculares en un material que selle la cavidad e impida el paso de bacterias y toxinas. Se realiza generalmente con anestesia local en una o más sesiones de larga duración, dependiendo de la complejidad y compromiso infeccioso del diente.**

RIESGOS Y COMPLICACIONES

Existen riesgos en los que puede inferir su incorrecta indicación y su mala ejecución. En cualquier caso, queda matizar algunas consecuencias que se pueden producir durante el desarrollo del procedimiento y que el paciente tiene que ser consciente, tales como: *perforación de la pared radicular, infección, proceso quístico o granulomatoso, cambio de color de la pieza dentaria, debilitamiento o fractura, parestesia, inflamación por infiltración de vasos sanguíneos, hematomas.*

BENEFICIOS

Hay efectos beneficiosos asociados con la realización del procedimiento tales como:

- *Evita la extracción de un diente natural.*
- *Elimina infecciones dentales y consecuencias como la halitosis.*
- *Evita la pérdida del hueso que soporta el diente.*
- *Se evita la movilidad y el desplazamiento de los dientes adyacentes.*
- *Evita tratamientos dentales más costosos.*

De conformidad con la ley 23 de 1981, en sus artículos 15 y 16 el Profesional _____ identificado con cedula de ciudadanía N° _____ de _____, Registro N° _____ profesional en _____.

Declaro que me ha explicado en forma clara, precisa, concisa y lenguaje sencillo todos los Riesgos y Complicaciones, que a continuación se detallan en terminología técnica. También se me han advertido los Beneficios. Manifiesto que he comprendido en forma satisfactoria la naturaleza y propósito del procedimiento a realizar, la técnica empleada, los riesgos y beneficios así como la posibilidad de cambio de esta, durante el procedimiento, si fuera necesario. Reconozco que se me ha dado la oportunidad de hacer toda clase de preguntas y observaciones respecto a mi enfermedad, al procedimiento a realizar y de aclarar todas mis dudas.

Doy mi consentimiento informado para la realización del procedimiento mencionado durante la realización de la técnica conforme al plan terapéutico, habiendo recibido

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>IAFMI</i> / <i>Corazón de Todos</i>	PROCESO	ODONTOLOGÍA	CÓDIGO	FT-CO-06
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ENDODONCIA	VERSIÓN	01

explicación de las indicaciones, riesgos y/o complicaciones potenciales y beneficios enunciados. Comprendo también que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocatoria de este consentimiento informado y eximir al profesional de mi atención.

Nombre del Paciente _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Paciente _____

Huella

Nombre del Testigo _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Testigo _____

Huella

Como profesional de la salud declaro que he informado al (la) paciente el propósito, los riesgos y los beneficios del procedimiento descrito, de sus alternativas, posibles complicaciones.

Se hace entrega al (la) paciente por escrito de las recomendaciones domiciliarias y se explican verbalmente.

Profesional Responsable _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

N° de R.P. _____

8.2.5.1.6. Consentimiento informado Higiene oral (Actualizado)

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	ODONTOLÓGIA	CÓDIGO	FT-CO-08
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO HIGIENE ORAL	VERSIÓN	01

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ DE _____
EDAD: _____ SEXO: _____
NOMBRE DE LA EPS: _____
CONTACTO DE COMPAÑANTE _____
NÚMERO DE CELULAR: _____ FIJO: _____

Declaro que he acudido a consulta el día ____ del mes ____ del año ____ con el (la) Doctor (a) _____, quien prescribió la realización del procedimiento en mención. Una vez examinado(a) evaluado(a) y determinada mi condición clínica se realizara el procedimiento propuesto **HIGIENE ORAL: Método eficaz para mantener una buena salud oral, contribuyendo a la prevención de las dos enfermedades orales más frecuentes como: caries dental y enfermedad periodontal. Consiste en la eliminación de placa bacteriana y cálculos, educación de higiene oral, control de placa Bacteriana, profilaxis, detartraje y aplicación de Flúor**

RIESGOS Y COMPLICACIONES

Existen riesgos en los que puede inferir su incorrecta indicación y su mala ejecución. En cualquier caso, queda matizar algunas consecuencias que se pueden producir durante el desarrollo del procedimiento y que el paciente tiene que ser consciente, tales como:

Movilidad dentaria, laceraciones de tejidos producidos por instrumentos utilizados durante el procedimiento, desadaptación, desplazamiento y/o caída de obturaciones, o prótesis fija, aparatología de ortodoncia y ortopedia fija.

Existen consecuencias que se pueden presentar tales como: Sensibilidad dentaria, inflamación gingival, sangrada, humedad en zonas diferentes a la boca así se utilicen elementos de protección como baberos, gafas y toallas absorbentes, pigmentación en labios y dientes por el uso del líquido revelador de placa.

BENEFICIOS

Hay efectos beneficiosos asociados con la realización del procedimiento tales como: *Prevenir la gingivitis mediante la eliminación del sarro acumulado, mejora el aspecto de los dientes y da una sensación saludable y cuidada de la dentadura Es fundamental para prevenir las caries y revenir la halitosis (mal aliento), uno de los síntomas que más pueden afectar a la vida social del paciente.*

De conformidad con la ley 23 de 1981, en sus artículos 15 y 16 el Profesional _____ identificado con cedula de ciudadanía N° _____ de _____, Registro N° _____ profesional en _____.

Declaro que me ha explicado en forma clara, precisa, concisa y lenguaje sencillo todos los *Riesgos y Complicaciones*, que a continuación se detallan en terminología técnica. También se me han advertido los *Beneficios*. Manifiesto que he comprendido en forma satisfactoria la naturaleza y propósito del procedimiento a realizar, la técnica empleada, los riesgos y beneficios así como la posibilidad de cambio de esta, durante el procedimiento, si fuera necesario. Reconozco que se me ha dado la oportunidad de

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	ODONTOLOGÍA	CÓDIGO	FT-CO-08
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO HIGIENE ORAL	VERSIÓN	01

hacer toda clase de preguntas y observaciones respecto a mi enfermedad, al procedimiento a realizar y de aclarar todas mis dudas.

Doy mi consentimiento informado para la realización del procedimiento mencionado durante la realización de la técnica conforme al plan terapéutico, habiendo recibido explicación de las indicaciones, riesgos y/o complicaciones potenciales y beneficios enunciados. Comprendo también que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocatoria de este consentimiento informado y eximir al profesional de mi atención.

Nombre del Paciente _____
 N° de Documento de Identidad _____ de _____
 Firma del Paciente _____

Huella

Nombre del Testigo _____
 N° de Documento de Identidad _____ de _____
 Firma del Testigo _____

Huella

Como profesional de la salud declaro que he informado al (la) paciente el propósito, los riesgos y los beneficios del procedimiento descrito, de sus alternativas, posibles complicaciones.

Se hace entrega al (la) paciente por escrito de las recomendaciones domiciliarias y se explican verbalmente.

Profesional Responsable _____
 N° de Documento de Identidad _____ de _____
 N° de R.P. _____

8.2.5.1.7. Consentimiento informado Exodoncia simple (Actualizado)

	PROCESO	ODONTOLOGÍA	CÓDIGO	FT-CO-07
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO EXODONCIA SIMPLE	VERSIÓN	01

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ DE _____
 EDAD: _____ SEXO: _____
 NOMBRE DE LA EPS: _____
 CONTACTO DE COMPAÑANTE _____
 NÚMERO DE CELULAR: _____ FIJO: _____

Declaro que he acudido a consulta el día ____ del mes ____ del año ____ con el (la) Doctor (a) _____, quien prescribió la realización del procedimiento en mención. Una vez examinado(a) evaluado(a) y determinada mi condición clínica se realizara el procedimiento propuesto. **EXODONCIA SIMPLE: es el procedimiento quirúrgico bucal de extracción dentaria que consiste en luxar y extraer el diente previo a distender y dilatar el alvéolo a expensas de la elasticidad del hueso.**

RIESGOS Y COMPLICACIONES

Existen riesgos en los que se pueden producir durante el desarrollo del procedimiento tales como: *Inflamación, dolor, hemorragia, parestesia infección y halitosis.*

BENEFICIOS

Hay efectos beneficiosos asociados con la realización del procedimiento tales como: *Eliminación de molestias ocasionadas por el diente en mal estado, disminución del riesgo de infecciones y recuperación de la salud bucal.*

De conformidad con la ley 23 de 1981, en sus artículos 15 y 16 el Profesional _____ identificado con cedula de ciudadanía N° _____ de _____, Registro N° _____ profesional en _____.

Declaro que me ha explicado en forma clara, precisa, concisa y lenguaje sencillo todos los *Riesgos y Complicaciones*, que a continuación se detallan en terminología técnica. También se me han advertido los *Beneficios*. Manifiesto que he comprendido en forma satisfactoria la naturaleza y propósito del procedimiento a realizar, la técnica empleada, los riesgos y beneficios así como la posibilidad de cambio de esta, durante el procedimiento, si fuera necesario. Reconozco que se me ha dado la oportunidad de hacer toda clase de preguntas y observaciones respecto a mi enfermedad, al procedimiento a realizar y de aclarar todas mis dudas.

Doy mi consentimiento informado para la realización del procedimiento mencionado durante la realización de la técnica conforme al plan terapéutico, habiendo recibido explicación de las indicaciones, riesgos y/o complicaciones potenciales y beneficios enunciados. Comprendo también que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocatoria de este consentimiento informado y eximir al profesional de mi atención.

Nombre del Paciente _____
 N° de Documento de Identidad _____ de _____
 Firma del Paciente _____
 Huella



 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	ODONTOLOGÍA	CÓDIGO	FT-CO-07
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO EXODONCIA SIMPLE	VERSIÓN	01

Nombre del Testigo _____
 N° de Documento de Identidad _____ de _____
 Firma del Testigo _____

Huella



Como profesional de la salud declaro que he informado al (la) paciente el propósito, los riesgos y los beneficios del procedimiento descrito, de sus alternativas, posibles complicaciones.

Se hace entrega al (la) paciente por escrito de las recomendaciones domiciliarias y se explican verbalmente.

Profesional Responsable _____
 N° de Documento de Identidad _____ de _____
 N° de R.P. _____.

8.2.5.1.8. Consentimiento informado Operatoria (actualizado)

	PROCESO	ODONTOLOGÍA	CÓDIGO	FT-CO-05
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO OPERATORIA	VERSIÓN	01

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ DE _____

EDAD: _____ SEXO: _____

NOMBRE DE LA EPS: _____

CONTACTO DE COMPAÑANTE _____

NÚMERO DE CELULAR: _____ FIJO: _____

Declaro que he acudido a consulta el día ____ del mes ____ del año ____ con el (la) Doctor (a) _____, quien prescribió la realización del procedimiento en mención. Una vez examinado(a) evaluado(a) y determinada mi condición clínica se realizara el procedimiento propuesto. **OPERATORIA:** *es el procedimiento que consiste en la remoción de caries dental y realizar obturación en material definitivo o temporal.*

RIESGOS Y COMPLICACIONES

Existen riesgos en los que se pueden producir durante el desarrollo del procedimiento tales como: fractura del diente en caries muy extensas, sensibilidad, *Inflamación, dolor.*

BENEFICIOS

Hay efectos beneficiosos asociados con la realización del procedimiento tales como:

Eliminación de molestias ocasionadas por el diente en mal estado, disminución del riesgo de infecciones y recuperación de la salud bucal.

De conformidad con la ley 23 de 1981, en sus artículos 15 y 16 el Profesional _____ identificado con cedula de ciudadanía N° _____ de _____, Registro N° _____ profesional en _____.

Declaro que me ha explicado en forma clara, precisa, concisa y lenguaje sencillo todos los Riesgos y Complicaciones, que a continuación se detallan en terminología técnica. También se me han advertido los Beneficios. Manifiesto que he comprendido en forma satisfactoria la naturaleza y propósito del procedimiento a realizar, la técnica empleada, los riesgos y beneficios así como la posibilidad de cambio de esta, durante el procedimiento, si fuera necesario. Reconozco que se me ha dado la oportunidad de hacer toda clase de preguntas y observaciones respecto a mi enfermedad, al procedimiento a realizar y de aclarar todas mis dudas.

Doy mi consentimiento informado para la realización del procedimiento mencionado durante la realización de la técnica conforme al plan terapéutico, habiendo recibido explicación de las indicaciones, riesgos y/o complicaciones potenciales y beneficios enunciados. Comprendo también que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocatoria de este consentimiento informado y eximir al profesional de mi atención.

	PROCESO	ODONTOLOGÍA	CÓDIGO	FT-CO-05
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO OPERATORIA	VERSIÓN	01

Nombre del Paciente _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Paciente _____.

Huella

Nombre del Testigo _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Testigo _____.

Huella

Como profesional de la salud declaro que he informado al (la) paciente el propósito, los riesgos y los beneficios del procedimiento descrito, de sus alternativas, posibles complicaciones.

Se hace entrega al (la) paciente por escrito de las recomendaciones domiciliarias y se explican verbalmente.

Profesional Responsable _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

N° de R.P. _____.

8.2.5.1.9. Consentimiento informado Hisopado nasofaríngeo COVID 19

	PROCESO	VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	CÓDIGO	FT-VS-01
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO HISOPADO	VERSIÓN	02

TOMA DE LA MUESTRA DE HISOPADO NASOFARÍNCEO Y SU ANÁLISIS A TRAVÉS DE LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN DE ANTÍGENOS VIRALES Y/O RT-PCR

Fecha: ____ de ____ del ____ en la ciudad de ____.
 Día Mes Año

Nombre del paciente: _____

Tipo de identificación: CC ____ CE ____ TI ____ Otro ____ N° _____

Yo _____, identificado con CC ____ CE ____ Otro ____ N° _____ de _____, en pleno uso de mis facultades mentales, actuando en nombre propio o en representación de _____ (nombre del paciente) acepto ser sometido o que mi representado sea sometido a la toma de la muestra de hisopado nasofaríngeo y que la misma sea analizada a través de las pruebas encaminadas al apoyo diagnóstico de la COVID-19 y denominadas de detección de antígenos virales y/o RT-PCR, situación frente a la cual **MANIFIESTO**, en mi nombre o en nombre de quien represento que, accedo a la realización del mismo de forma **LIBRE** y **VOLUNTARIA**.

1. Que se me ha explicado que para la toma de la muestra de hisopado nasofaríngeo debo usar o mi representado debe usar el tapabocas de la forma indicada por el profesional de la salud, esto es, cubriendo la boca. Además debo tener, o mi representado debe tener, limpia la nariz de cualquier tipo de secreción nasal para que luego el profesional de la salud, empleando los elementos de bioseguridad requeridos, me introduzca o le introduzca a mi representado, un escobillón muy delgado por la fosa nasal hasta la parte posterior de la garganta, el cual se mantendrá allí por un tiempo aproximado de 10 segundos con el fin de extraer las células de esa parte del cuerpo, las cuales serán empleadas para analizar la presencia o no del virus. De igual forma, se me ha indicado que, si presento o mi representado presenta problemas de pólipos nasales o tabique desviado, se intentará la toma de la muestra en la otra fosa nasal.

2. Que se me ha informado que la toma de la muestra de hisopado nasofaríngeo me puede ocasionar o le puede ocasionar a mi representada molestia, dolor, tos, estornudos, lagrimeo y, ocasionalmente, sangrado nasal.

3. Que se me ha explicado que el análisis de la muestra podrá adelantarse a través de la prueba para la detección de antígenos virales, la cual identifica proteínas específicas del virus SARS-CoV-2 o de la prueba RT-PCR que detecta la existencia de material genético perteneciente al virus SARS-CoV-2 y que ambas deben estar precedidas de orden médica.

	PROCESO	VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	CÓDIGO	FT-VS-01
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO HISOPADO	VERSIÓN	02

4. Que el profesional de la salud me ha informado que la prueba que se me va a practicar o se le practicará a quien represento, en ciertos casos, puede presentar dificultades para la detección de proteínas o de material genético, según corresponda, situación que depende del mayor o menor tiempo de evolución de los síntomas que tengo o tiene mi representado, razón por la cual, dichas pruebas son un apoyo para diagnosticar la COVID-19.

5. Que el profesional de la salud me ha explicado que, además de los riesgos propios de la toma de la muestra que se me va a practicar o se le va a practicar a mi representado, en consideración a la pandemia ocasionada por la COVID-19, actualmente la permanencia en las instalaciones hospitalarias genera un riesgo de contagio de esta enfermedad, independientemente de que la IPS implemente, como lo ha venido realizando, todos los protocolos de bioseguridad en sus diferentes áreas y la adecuada utilización de los elementos de protección por parte del personal de salud, atendiendo los lineamientos que han dispuesto las autoridades competentes.

6. Declaro que autorizo a la ESE HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE LOS PATIOS, para la recolección y tratamiento de mis datos personales o los datos personales de mi representado, conforme a la Ley 1581 de 2012. Igualmente, entiendo que, con la finalidad de obtener información sobre el estado de salud de las personas que acuden a los centros de atención en salud en el marco de la COVID-19, los datos serán objeto de recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión, transferencia, transmisión, cesión y demás a que haya lugar.

Dejo constancia, con mi firma, que la información que he brindado corresponde a la realidad, que he comprendido la información que me ha sido suministrada, que he leído y estoy de acuerdo con los términos de este documento y que al suscribirlo estoy dando mi consentimiento o el de la persona que represento y asumiendo los riesgos, deberes y responsabilidades que me han sido explicados.

Firma del paciente o de la persona responsable _____

N° de documento _____ de _____

Parentesco: _____

*En caso de firma de persona distinta al paciente.

Nombre del profesional de salud _____

Firma del profesional de salud _____ CC: _____

Registro No.: _____ Cargo: _____


Nombre del auxiliar de Enfermería _____

Firma del auxiliar de enfermería _____

CC: _____ Registro No.: _____

Cargo: _____

8.2.5.1.10. Consentimiento informado Prueba presuntiva de VIH (Actualizado)

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS CORRALES DE BAUDÓ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	PROCESO	APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	CÓDIGO	FT-AD-02
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO PRUEBA DIAGNÓSTICA O PRESUNTIVA DE VIH	VERSIÓN	02

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ DE _____

EDAD: _____ SEXO: _____

NOMBRE DE LA EPS: _____

CONTACTO DE ACOMPAÑANTE _____

NÚMERO DE CELULAR: _____ FIJO: _____

Declaro que he acudido a consulta el día ____ del mes ____ del año ____ con el profesional _____, quien prescribió la realización del procedimiento en mención. Una vez examinado(a) evaluado(a) y determinada mi condición clínica se realizará el procedimiento propuesto **PRUEBA DIAGNOSTICA O PRESUNTIVA DE VIH**: Examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en una persona, y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad.

RIESGOS Y COMPLICACIONES

Existen riesgos en los que puede inferir su incorrecta indicación y su mala ejecución. En cualquier caso, queda matizar algunas consecuencias que se pueden producir durante el desarrollo del procedimiento y que el paciente tiene que ser consciente, tales como: dolor, inflamación, hematoma (Mancha de la piel, de color azul amoratado, que se produce por la acumulación de sangre), ocasionalmente mareo y náuseas.


BENEFICIOS

Hay efectos beneficiosos asociados con la realización del procedimiento tales como: establecer un diagnóstico de la enfermedad actual y Obtención de resultados del examen analizado para toma de decisiones médicas en el tratamiento.

De conformidad con la ley 23 de 1981, en sus artículos 15 y 16 el Profesional _____ identificado con cedula de ciudadanía N° _____ de _____, Registro N° _____ profesional en _____. Declaro que me ha explicado en forma clara, precisa, concisa y lenguaje sencillo todos los *Riesgos y Complicaciones*, que a continuación se detallan en terminología técnica. También se me han advertido los *Beneficios*. Manifiesto que he comprendido en forma satisfactoria la naturaleza y propósito del procedimiento a realizar, la técnica empleada, los riesgos y beneficios, así como la posibilidad de cambio de esta, durante el procedimiento, si fuera necesario. Reconozco que se me ha dado la oportunidad de hacer toda clase de preguntas y observaciones respecto a mi enfermedad, al procedimiento a realizar y de aclarar todas mis dudas.

Igualmente, de acuerdo al Decreto 1543 de 1997. Artículo 37. Derecho al Consentimiento Informado. La práctica de pruebas de laboratorio para detectar la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en el orden individual o encuestas de prevalencia, fue efectuada previo consentimiento de la persona encuestada o cuando la autoridad sanitaria competente lo determine, de acuerdo con las previsiones del presente decreto.

Artículo 2. Consejería: Se entiende como el conjunto de actividades realizadas para preparar y confrontar a la persona con relación a sus conocimientos, sus prácticas y conductas, antes y después de la realización de las pruebas diagnósticas; ésta se llevará a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS RIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	PROCESO	APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	CÓDIGO	FT-AD-02
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO PRUEBA DIAGNÓSTICA O PRESUNTIVA DE VIH	VERSIÓN	02

psicosocial y actividades de asesoría a las personas infectadas, a sus familiares y comunidad, en lo relacionado con las ETS, el VIH y el SIDA y el Artículo 6. Entrega de Resultados de las Pruebas. Los resultados de las pruebas para diagnóstico de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y los de diagnóstico para las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) deberán ser entregados al paciente por un profesional de la medicina u otra persona del equipo de salud debidamente entrenada en consejería.

Doy mi consentimiento informado para la realización del procedimiento mencionado durante la realización de la técnica conforme al plan terapéutico, habiendo recibido explicación de las indicaciones, riesgos y/o complicaciones potenciales y beneficios enunciados conforme la normatividad anteriormente mencionada. Comprendo también que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocatoria de este consentimiento informado y eximir al profesional de mi atención.

Nombre del Paciente _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Paciente _____

Huella

Nombre del Testigo _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Testigo _____

Huella

Como profesional de la salud declaro que he informado al (la) paciente el propósito, los riesgos y los beneficios del procedimiento descrito, de sus alternativas, posibles complicaciones.

Se hace entrega al (la) paciente por escrito de las recomendaciones domiciliarias y se explican verbalmente.

Profesional Responsable _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

N° de R.P. _____

8.2.5.1.11. Consentimiento informado Inserción DIU (Actualizado)

	PROCESO	CONSULTA EXTERNA	CÓDIGO	FT-CE-03
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO INSERCIÓN DISPOSITIVO INTRAUTERINO	VERSIÓN	01

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ DE _____
 EDAD: _____ SEXO: _____
 NOMBRE DE LA EPS: _____
 CONTACTO DE ACOMPAÑANTE: _____
 NÚMERO DE CELULAR: _____ FIJO: _____

Declaro que he acudido a consulta el día ____ del mes ____ del año ____ con el (la) Profesional _____, quien prescribió la realización del procedimiento en mención. Una vez examinado(a) evaluado(a) y determinada mi condición clínica se realizará el procedimiento propuesto **INSERCIÓN DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)**: *Dispositivo plástico flexible y pequeño el DIU que se introduce en el interior del útero donde desarrolla un medio no favorable para la anidación de un óvulo fecundado; es decir, impide la implantación del óvulo en la matriz y así evita el embarazo. Existen 2 tipos de dispositivo intrauterino, el de cobre y otro hormonal (progestágeno levonorgestrel).*

RIESGOS Y COMPLICACIONES

Existen riesgos en la inserción del dispositivo intrauterino (DIU) los cuales pueden estar relacionados con su incorrecta indicación y su mala ejecución del procedimiento. En cualquier caso, cabe mencionar algunas consecuencias que se pueden producir durante el desarrollo del procedimiento y que el paciente tiene que ser consciente, tales como:

En la introducción del DIU:

- Dolor de intensidad variable, normalmente leve.
- Puede notarse un pequeño mareo o bajada de tensión durante su colocación.
- Perforación uterina
- Infección en un periodo menor de un mes.

Complicaciones

- Expulsión del DIU, parcial y/o completa.
- Pérdida u otro problema de los hilos del DIU.
- Incrustación.
- Sangrado.
- Cólicos menstruales fuertes.
- Enfermedad inflamatoria pélvica.
- Embarazo.

BENEFICIOS

Hay efectos beneficiosos asociados con la realización del procedimiento tales como: Ayuda a proteger contra: El riesgo de embarazo y cáncer del recubrimiento uterino (cáncer endometrial). -Fácil de aplicar y retirar, No interfiere con las relaciones sexuales, Efectivo desde el momento de colocarlo, Independientemente del tiempo de uso, el retorno a la fertilidad es inmediato después de su retiro, No tiene ninguna interacción con medicamentos y Una vez insertado, el DIU no supone más costos.

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>de IAPM/Consejo de Todas</i>	PROCESO	CONSULTA EXTERNA	CÓDIGO	FT-CE-03
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO INSERCIÓN DISPOSITIVO INTRAUTERINO	VERSIÓN	01

De conformidad con la ley 23 de 1981, en sus artículos 15 y 16 el Profesional _____ identificado con cedula de ciudadanía N° _____ de _____, Registro N° _____ profesional en _____.

Declaro que me ha explicado en forma clara, precisa, concisa y lenguaje sencillo todos los Riesgos y Complicaciones, que anteriormente se detallan en terminología técnica. También se me han advertido los Beneficios. Manifiesto que he comprendido en forma satisfactoria la naturaleza y propósito del procedimiento a realizar, la técnica empleada, los riesgos y beneficios, así como la posibilidad de cambio de esta, durante el procedimiento, si fuera necesario. Reconozco que se me ha dado la oportunidad de hacer toda clase de preguntas y observaciones respecto a mi enfermedad, al procedimiento a realizar y de aclarar todas mis dudas.

Doy mi consentimiento informado para la realización del procedimiento mencionado durante la realización de la técnica conforme al plan terapéutico. Comprendo también que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocatoria de este consentimiento informado y eximir al profesional de mi atención.

Nombre del Paciente _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Paciente _____.

Huella



Nombre del Testigo _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Testigo _____.

Huella



Como profesional de la salud declaro que he informado al (la) paciente el propósito, los riesgos y los beneficios del procedimiento descrito, de sus alternativas, posibles complicaciones.


Se hace entrega al (la) paciente por escrito de las recomendaciones domiciliarias y se explican verbalmente.

Profesional Responsable _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

N° de R.P. _____.

8.2.5.1.12. Consentimiento informado Frotis de flujo (Actualizado)

	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	FT-CA-24
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO EXAMEN DE FROTIS DE FLUJO VAGINAL	VERSIÓN	01

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ DE _____
 EDAD: _____ SEXO: _____
 NOMBRE DE LA EPS: _____
 CONTACTO DE COMPANANTE: _____
 NÚMERO DE CELULAR: _____ FIJO: _____

Declaro que he acudido a consulta el día ____ del mes ____ del año ____ con el profesional _____, quien prescribió la realización del procedimiento en mención. Una vez examinado(a) evaluado(a) y determinada mi condición clínica se realizará el procedimiento propuesto **EXAMEN DE FROTIS FLUJO VAGINAL**: *Es una técnica que consiste tomar una muestra que implica la observación microscópica de células extraídas del conducto vaginal con ayuda de un isopo, empleado para detectar cambios que pueden ser cancerosos o llevar al cáncer, y para identificar condiciones no cancerosas, como infecciones e inflamación.*

RIESGOS Y COMPLICACIONES

No existe ningún riesgo identificado al tomar las muestras, del cérvix y conducto vaginal, incluso si usted se encuentra embarazada actualmente. Cuando el cuello del útero se encuentra muy inflamado, en ocasiones se presenta escaso sangrado vaginal (manchado), que cede solo y no requiere tratamiento.


BENEFICIOS

Hay efectos beneficiosos asociados con la realización de los procedimientos anteriores tales como: **FROTIS**: establecer el germen causante de la enfermedad actual y Obtención de resultados del examen analizado para toma de decisiones médicas en el tratamiento.

De conformidad con la ley 23 de 1981, en sus artículos 15 y 16 el Profesional _____, identificado con cedula de ciudadanía N° _____ de _____, Registro N° _____ profesional en _____.

Declaro que me ha explicado en forma clara, precisa, concisa y lenguaje sencillo todos los Riesgos y Complicaciones, que a continuación se detallan en terminología técnica. También se me han advertido los Beneficios. Manifiesto que he comprendido en forma satisfactoria la naturaleza y propósito del procedimiento a realizar, la técnica empleada, los riesgos y beneficios, así como la posibilidad de cambio de esta, durante el procedimiento, si fuera necesario. Reconozco que se me ha dado la oportunidad de hacer toda clase de preguntas y observaciones respecto a mi enfermedad, al procedimiento a realizar y de aclarar todas mis dudas.

Doy mi consentimiento informado para la realización del procedimiento mencionado durante la realización de la técnica conforme al plan terapéutico. Comprendo también que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocatoria de este consentimiento informado y eximir al profesional de mi atención.

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ANMI Consejo de Todos	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	FT-CA-24
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO EXAMEN DE FROTIS DE FLUJO VAGINAL	VERSIÓN	01

Nombre del Paciente _____
 N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Paciente _____.

Huella

Nombre del Testigo _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Testigo _____.

Huella

Como profesional de la salud declaro que he informado al (la) paciente el propósito, los riesgos y los beneficios del procedimiento descrito, de sus alternativas, posibles complicaciones.


Se hace entrega al (la) paciente por escrito de las recomendaciones domiciliarias y se explican verbalmente.

Profesional Responsable _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

N° de R.P. _____.

8.2.5.1.13. Consentimiento informado Citología (Actualizado)

	PROCESO	CONSULTA EXTERNA	CÓDIGO	FT-CE-04
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO EXAMEN DE FROTIS DE FLUJO VAGINAL- CITOLOGIA VAGINAL	VERSIÓN	01

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ DE _____
 EDAD: _____ SÉXO: _____
 NOMBRE DE LA EPS: _____
 CONTACTO DE COMPAÑANTE _____
 NÚMERO DE CELULAR: _____ FIJO: _____

Declaro que he acudido a consulta el día ____ del mes ____ del año ____ con el profesional _____, quien prescribió la realización del procedimiento en mención. Una vez examinado(a) evaluado(a) y determinada mi condición clínica se realizará el procedimiento propuesto. **CITOLOGIA VAGINAL:** Examen que implica la colocación del espéculo vaginal donde se frotará la mucosa del cuello uterino, con un cepillo especial muy pequeño y una espátula para obtener muestras de tejido celular, con el fin de ser analizadas bajo el microscopio.

RIESGOS Y COMPLICACIONES

No existe ningún riesgo identificado al tomar las muestras, del cérvix y conducto vaginal, incluso si usted se encuentra embarazada actualmente. Cuando el cuello del útero se encuentra muy inflamado, en ocasiones se presenta escaso sangrado vaginal (manchado), que cede solo y no requiere tratamiento.

BENEFICIOS

Hay efectos beneficiosos asociados con la realización de los procedimientos anteriores tales como: identificación temprana del cáncer de cuello uterino.

De conformidad con la ley 23 de 1981, en sus artículos 15 y 16 el Profesional identificado con cedula de ciudadanía N° _____ de _____, Registro N° _____ profesional en _____.

Declaro que me ha explicado en forma clara, precisa, concisa y lenguaje sencillo todos los *Riesgos y Complicaciones*, que a continuación se detallan en terminología técnica. También se me han advertido los *Beneficios*. Manifiesto que he comprendido en forma satisfactoria la naturaleza y propósito del procedimiento a realizar, la técnica empleada, los riesgos y beneficios así como la posibilidad de cambio de esta, durante el procedimiento, si fuera necesario. Reconozco que se me ha dado la oportunidad de hacer toda clase de preguntas y observaciones respecto a mi enfermedad, al procedimiento a realizar y de aclarar todas mis dudas.

Doy mi consentimiento informado para la realización del procedimiento mencionado durante la realización de la técnica conforme al plan terapéutico. Comprendo también que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocatoria de este consentimiento informado y eximir al profesional de mi atención.

Nombre del Paciente _____
 N° de Documento de Identidad _____ de _____

	PROCESO	CONSULTA EXTERNA	CÓDIGO	FT-CE-04
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO EXAMEN DE FROTIS DE FLUJO VAGINAL- CITOLOGIA VAGINAL	VERSIÓN	01

Firma del Paciente _____.

Huella

Nombre del Testigo _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Testigo _____.

Huella

Como profesional de la salud declaro que he informado al (la) paciente el propósito, los riesgos y los beneficios del procedimiento descrito, de sus alternativas, posibles complicaciones.

Se hace entrega al (la) paciente por escrito de las recomendaciones domiciliarias y se explican verbalmente.

Profesional Responsable _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

N° de R.P. _____.

8.2.5.1.14. Consentimiento Informado Vacunación 2-4-6 meses (Actualizado)

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	VACUNACIÓN	CÓDIGO	FT-VA-02
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO VACUNACIÓN 2-4-6 MESES	VERSIÓN	01

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ DE _____
 EDAD: _____ SEXO: _____
 NOMBRE DE LA EPS: _____
 CONTACTO DE ACOMPAÑANTE: _____
 NÚMERO DE CELULAR: _____ FIJO: _____

Declaro que he acudido a consulta el día ____ del mes ____ del año ____ con el (la) Profesional _____, quien prescribió la realización del procedimiento en mención. Una vez examinado(a) evaluado(a) y determinada mi condición clínica se realizara el procedimiento propuesto.
VACUNACIÓN/INMUNIZACIÓN: *Previene enfermedades, discapacidades y defunciones destinada a generar inmunidad contra una enfermedad estimulando la producción de anticuerpos. Enfermedades prevenibles mediante vacunación, tales como el cáncer cervical, la difteria, la hepatitis B, el sarampión, la paroditis, la tos ferina, la neumonía, la poliomielitis, las enfermedades diarreicas por rotavirus, la rubéola y el tétanos. Las vacunas son importantes tanto para los adultos, como para los niños.*

RIESGOS Y COMPLICACIONES

Existen riesgos en la vacunación en los que puede inferir su incorrecta indicación y su mala ejecución. En cualquier caso, cabe mencionar algunas consecuencias que se pueden producir durante el desarrollo del procedimiento y que el paciente tiene que ser consciente, tales como:

- **Pentavalente (DPT, haemophilus influenzae tipo b, Hepatitis B):** *Enrojecimiento local, calor, edema e induración con o sin sensibilidad, así como la urticaria y erupciones. Reacciones sistémicas como la fiebre, dolor de cabeza, náuseas y debilidad,*
- **Polio IM:** *Hinchazón, enrojecimiento, dolor en el lugar de inyección, fiebre y malestar.*
- **Polio Oral:** *Muy raramente, puede ocurrir la parálisis asociada con la vacuna. Las personas en estrecho contacto con un niño recién – vacunado pueden muy raramente correr el riesgo de la poliomielitis parálisis asociada con la vacuna.*
- **Rotavirus:** *Diarrea, vomito, pérdida del apetito, fiebre, irritabilidad, y tos/rinorrea.*
- **Neumococo:** *Pérdida de apetito, irritabilidad, somnolencia, dolor, enrojecimiento, inflamación en el sitio de inyección, fiebre, induración en el sitio de inyección, diarrea, vómitos, exantema, hematoma, hemorragia y nódulo.*
- **Influenza Estacional P:** *Alergias inmediatas Tensión baja, respiración rápida y superficial, ritmo cardíaco rápido y pulso lento, piel fría y húmeda, vértigo, angioedema, eritema. Muy frecuentes dolor de cabeza, dolor muscular, diarrea, disminución o pérdida del apetito, malestar, fiebre o escalofríos, Hinchazón, enrojecimiento, dolor, endurecimiento en el lugar de inyección, fiebre y malestar.*

BENEFICIOS

Hay efectos beneficiosos asociados con la realización del procedimiento tales como la protección contra:

- **Pentavalente (DPT, haemophilus influenzae tipo b, Hepatitis B):** *Difteria, Tosferina, tétano, meningitis, hepatitis B.*

	PROCESO	VACUNACIÓN	CÓDIGO	FT-VA-02
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO VACUNACIÓN 2-4-6 MESES	VERSIÓN	01

- **Polio:** *poliomielitis.*
- **Rotavirus:** *Diarrea por rotavirus*
- **Neumococo:** *Neumonía, otitis, meningitis y bacteriemia.*
- **Influenza Estacional P:** *Enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza.*

De conformidad con la ley 23 de 1981, en sus artículos 15 y 16 el Profesional _____ identificado con cedula de ciudadanía N° _____ de _____, Registro N° _____ profesional en _____.

Declaro que me ha explicado en forma clara, precisa, concisa y lenguaje sencillo todos los *Riesgos y Complicaciones*, que a continuación se detallan en terminología técnica. También se me han advertido los *Beneficios*. Manifiesto que he comprendido en forma satisfactoria la naturaleza y propósito del procedimiento a realizar, la técnica empleada, los riesgos y beneficios, así como la posibilidad de cambio de esta, durante el procedimiento, si fuera necesario. Reconozco que se me ha dado la oportunidad de hacer toda clase de preguntas y observaciones respecto a mi enfermedad, al procedimiento a realizar y de aclarar todas mis dudas.

Doy mi consentimiento informado para la realización del procedimiento mencionado durante la realización de la técnica conforme al plan terapéutico. Comprendo también que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocatoria de este consentimiento informado y eximir al profesional de mi atención.

Nombre del representante legal: _____
N° de Documento de Identidad: _____ de _____

Firma del representante legal: _____
Huella



Como profesional de la salud declaro que he informado al (la) paciente el propósito, los riesgos y los beneficios del procedimiento descrito, de sus alternativas, posibles complicaciones.

Se hace entrega al (la) paciente por escrito de las recomendaciones domiciliarias y se explican verbalmente.

Profesional Responsable _____
N° de Documento de Identidad: _____ de _____
N° de R.P. _____

8.2.5.1.15. Consentimiento informado Vacunación 12 meses (Actualizado)

	PROCESO	VACUNACION	CÓDIGO	FT-VA-03
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO VACUNACIÓN 12 MESES	VERSIÓN	01

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ DE _____
 EDAD: _____ SEXO: _____
 NOMBRE DE LA EPS: _____
 CONTACTO DE ACOMPAÑANTE: _____
 NÚMERO DE CELULAR: _____ FIJO: _____

Declaro que he acudido a consulta el día ____ del mes ____ del año ____ con el (la) Profesional _____, quien prescribió la realización del procedimiento en mención. Una vez examinado(a) evaluado(a) y determinada mi condición clínica se realizara el procedimiento propuesto.
VACUNACIÓN/INMUNIZACIÓN: *Previene enfermedades, discapacidades y defunciones destinada a generar inmunidad contra una enfermedad estimulando la producción de anticuerpos. Enfermedades prevenibles mediante vacunación, tales como el cáncer cervical, la difteria, la hepatitis B, el sarampión, la paroditis, la tos ferina, la neumonía, la poliomielitis, las enfermedades diarreicas por rotavirus, la rubéola y el tétanos. Las vacunas son importantes tanto para los adultos, como para los niños.*

RIESGOS Y COMPLICACIONES

Existen riesgos en la vacunación en los que puede inferir su incorrecta indicación y su mala ejecución. En cualquier caso, cabe mencionar algunas consecuencias que se pueden producir durante el desarrollo del procedimiento y que el paciente tiene que ser consciente, tales como:

- **Sarampión - Rubéola - Paperas:** *fiebre, erupción leve, ganglios inflamados en las mejillas o cuello*
- **Varicela:** *Dolor, enrojecimiento o hinchazón en el sitio de punción, fiebre, sarpullido leve, dolor de cabeza y cansancio.*
- **Neumococo: Neumococo:** Pérdida de apetito, irritabilidad, somnolencia, dolor, enrojecimiento, inflamación en el sitio de inyección, fiebre, induración en el sitio de inyección, diarrea, vómitos, exantema, hematoma, hemorragia y nódulo.
- **Hepatitis A:** Se puede presentar dolor o enrojecimiento en el lugar de administración de la inyección, fiebre, dolor de cabeza, cansancio o pérdida del apetito

BENEFICIOS

Hay efectos beneficiosos asociados con la realización del procedimiento tales como la protección contra:

- **Sarampión – Rubéola – paperas:** Sarampión - Rubéola – Paperas
- **Varicela:** Varicela
- **Neumococo:** Neumonía, otitis, meningitis y bacteriemia
- **Hepatitis A:** hepatitis A

De conformidad con la ley 23 de 1981, en sus artículos 15 y 16 el Profesional _____ identificado con cedula de ciudadanía N° _____ de _____, Registro N° _____ profesional en _____.

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	VACUNACION	CÓDIGO	FT-VA-03
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO VACUNACIÓN 12 MESES	VERSIÓN	01

Declaro que me ha explicado en forma clara, precisa, concisa y lenguaje sencillo todos los Riesgos y Complicaciones, que a continuación se detallan en terminología técnica. También se me han advertido los Beneficios. Manifiesto que he comprendido en forma satisfactoria la naturaleza y propósito del procedimiento a realizar, la técnica empleada, los riesgos y beneficios, así como la posibilidad de cambio de esta, durante el procedimiento, si fuera necesario. Reconozco que se me ha dado la oportunidad de hacer toda clase de preguntas y observaciones respecto a mi enfermedad, al procedimiento a realizar y de aclarar todas mis dudas.

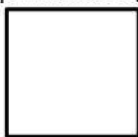
Doy mi consentimiento informado para la realización del procedimiento mencionado durante la realización de la técnica conforme al plan terapéutico. Comprendo también que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocatoria de este consentimiento informado y eximir al profesional de mi atención.

Nombre del representante legal: _____

N° de Documento de Identidad: _____ de _____

Firma del representante legal: _____

Huella



Como profesional de la salud declaro que he informado al (la) paciente el propósito, los riesgos y los beneficios del procedimiento descrito, de sus alternativas, posibles complicaciones.

Se hace entrega al (la) paciente por escrito de las recomendaciones domiciliarias y se explican verbalmente.

Profesional Responsable _____

N° de Documento de Identidad: _____ de _____

N° de R.P. _____

8.2.5.1.16. Consentimiento informado Vacunación 5-9 años (Actualizado)

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	VACUNACION	CÓDIGO	FT-VA-05
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO VACUNACIÓN 5-9 AÑOS	VERSIÓN	01

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ DE _____
 EDAD: _____ SEXO: _____
 NOMBRE DE LA EPS: _____
 CONTACTO DE ACOMPAÑANTE: _____
 NÚMERO DE CELULAR: _____ FIJO: _____

Declaro que he acudido a consulta el día ____ del mes ____ del año ____ con el (la) Profesional _____, quien prescribió la realización del procedimiento en mención. Una vez examinado(a) evaluado(a) y determinada mi condición clínica se realizara el procedimiento propuesto.
VACUNACIÓN/INMUNIZACIÓN: *Previene enfermedades, discapacidades y defunciones destinada a generar inmunidad contra una enfermedad estimulando la producción de anticuerpos. Enfermedades prevenibles mediante vacunación, tales como el cáncer cervical, la difteria, la hepatitis B, el sarampión, la paroditis, la tos ferina, la neumonía, la poliomielitis, las enfermedades diarreicas por rotavirus, la rubéola y el tétanos. Las vacunas son importantes tanto para los adultos, como para los niños.*

RIESGOS Y COMPLICACIONES

Existen riesgos en la vacunación en los que puede inferir su incorrecta indicación y su mala ejecución. En cualquier caso, cabe mencionar algunas consecuencias que se pueden producir durante el desarrollo del procedimiento y que el paciente tiene que ser consciente, tales como:

- **Difteria - Tos ferina – Tétano (DPT):** Inflación temporal, sensibilidad, enrojecimiento en el sitio de inyección, fiebre e irritabilidad.
- **Polio Oral:** *Muy raramente, puede ocurrir la parálisis asociada con la vacuna. Las personas en estrecho contacto con un niño recién – vacunado pueden muy raramente correr el riesgo de la poliomielitis paralítica asociada con la vacuna.*
- **Sarampión - Rubéola - Paperas:** *fiebre, erupción leve, ganglios inflamados en las mejillas o cuello*
- **Varicela:** *Dolor, enrojecimiento o hinchazón en el sitio de punción, fiebre, sarpullido leve, dolor de cabeza y cansancio.*
- **VPH:** *Es posible que las vacunas contra el VPH causen dolor, hinchazón y enrojecimiento en el sitio de la inyección, al igual que dolor de cabeza, cansancio y náuseas. Los efectos secundarios más graves de la vacuna contra el VPH son mareo y desmayo.*

BENEFICIOS

Hay efectos beneficiosos asociados con la realización del procedimiento tales como la protección contra:

- **Pentavalente (DPT, haemophilus influenzae tipo b, Hepatitis B):** *Difteria, Tosferina, tétano, meningitis, hepatitis B.*
- **Polio:** *poliomielitis.*
- **Sarampión – Rubéola – paperas**
- **VPH: Virus del papiloma humano**

	PROCESO	VACUNACION	CÓDIGO	FT-VA-05
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO VACUNACIÓN 5-9 AÑOS	VERSIÓN	01

De conformidad con la ley 23 de 1981, en sus artículos 15 y 16 el Profesional _____ identificado con cedula de ciudadanía N° _____ de _____, Registro N° _____ profesional en _____.

Declaro que me ha explicado en forma clara, precisa, concisa y lenguaje sencillo todos los Riesgos y Complicaciones, que a continuación se detallan en terminología técnica. También se me han advertido los Beneficios. Manifiesto que he comprendido en forma satisfactoria la naturaleza y propósito del procedimiento a realizar, la técnica empleada, los riesgos y beneficios, así como la posibilidad de cambio de esta, durante el procedimiento, si fuera necesario. Reconozco que se me ha dado la oportunidad de hacer toda clase de preguntas y observaciones respecto a mi enfermedad, al procedimiento a realizar y de aclarar todas mis dudas.

Doy mi consentimiento informado para la realización del procedimiento mencionado durante la realización de la técnica conforme al plan terapéutico. Comprendo también que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocatoria de este consentimiento informado y eximir al profesional de mi atención.

Nombre del representante legal: _____
N° de Documento de Identidad: _____ de _____

Firma del representante legal: _____

Huella



Como profesional de la salud declaro que he informado al (la) paciente el propósito, los riesgos y los beneficios del procedimiento descrito, de sus alternativas, posibles complicaciones.

Se hace entrega al (la) paciente por escrito de las recomendaciones domiciliarias y se explican verbalmente.

Profesional Responsable _____
N° de Documento de Identidad: _____ de _____
N° de R.P. _____

8.2.5.1.17. Consentimiento informado para la toma de imágenes (Actualizado)

	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	FT-RX-07
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE IMÁGENES Y AUTORIZACION PARA SU USO	VERSIÓN	01

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ DE _____
 EDAD: _____ SEXO: _____ NOMBRE DE LA EPS: _____
 CONTACTO DE COMPAÑANTE _____
 NÚMERO DE CELULAR: _____ FIJO: _____

CONSENTIMIENTO PARA LA TOMA DE IMÁGENES

Por la presente, doy mi consentimiento para que se realicen fotografías, videos en formato digital o de otro tipo, y diversas actividades con fines académicos realizados por institución, así mismo, autorizo la publicación de estas en la página web y medios de comunicación, entendiéndolo que son accesibles a cualquier persona conectada a internet, y no generaran posteriormente reconocimientos financieros ni de ningún otro tipo.

PROPÓSITO

El propósito de la toma de fotografías fijas y/o videos es para la difusión al personal de la ESE HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE LOS PATIOS (Médicos, enfermeras, auxiliares y demás miembros del equipo interdisciplinario de salud) con fines educativos, de tratamiento y científicos.

RESCISIÓN

Si yo decido rescindir esta autorización, no se permitirá posteriores usos de mi fotografía o la de mi representado, tutorizado/a, pero no podrá pedir que se devuelvan las fotografías o la información ya utilizadas.

DERECHOS

- Puedo solicitar que cese la filmación o grabación en cualquier momento.
- Puedo inspeccionar u obtener una copia de las imágenes cuyo uso estoy autorizando.
- Puedo negarme a firmar esta autorización.
- Mi negativa no afectará la posibilidad que yo o mi representado reciba una atención oportuna.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Entiendo que no recibiré ningún tipo de compensación financiera.

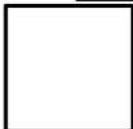
	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	FT-RX-07
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE IMÁGENES Y AUTORIZACION PARA SU USO	VERSIÓN	01

Nombre del Paciente _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Paciente _____

Huella



Nombre del Testigo _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Testigo _____

Huella



Como profesional de la salud declaro que he informado al (la) paciente el propósito, los riesgos y los beneficios del procedimiento descrito, de sus alternativas, posibles complicaciones.


Profesional Responsable _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

N° de R.P. _____

8.2.5.1.18. Consentimiento Informado Paquete de exámenes abuso sexual

(actualizado)

	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	FT-CA-15
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO DE EXAMENES MEDICO-LEGALES Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS EN LA ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL Y LESIONES PERSONALES	VERSIÓN	01

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ DE _____
 EDAD: _____ SEXO: _____ NOMBRE DE LA EPS: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL (en caso de ser menos de edad) _____
 CC: _____ NÚMERO DE CELULAR: _____ FIJO: _____

1. Yo, una vez informado sobre los procedimientos que se llevaran a cabo, de la importancia de los mismos para la investigación judicial y las consecuencias posibles que se derivan de la imposibilidad de practicarlos, otorgo de forma libre y voluntaria mi consentimiento

SI NO a: _____
 Nombre de la entidad que realiza el examen

Para la realización del examen médico -legal de: _____

Solicitado por el profesional: _____ identificado con la cedula de ciudadanía N° _____ de _____ Registro N° _____ profesional en _____.

2. como parte de la realización de este examen médico legal autorizo efectuar:

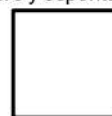
SI	NO	
		La extracción de sangre o muestras biológicas o fluidos corporales necesarios para la realización de análisis forenses complementarios.
		La toma de radiografías.
		La toma de impresiones dentales para modelos de estudio y registro de mordidas.
		La realización de registro fotográfico de lesiones, evidencias y hallazgos durante examen médico legal.
		La realización de registro en video de lesiones, evidencias. y hallazgos durante el examen médico legal.

Hago constar que el presente documento por mí en su integridad de manera libre y espontanea


Nombre del Paciente _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Paciente _____



Huella

	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	FT-CA-15
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO DE EXAMENES MEDICO-LEGALES Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS EN LA ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL Y LESIONES PERSONALES	VERSIÓN	01

Nombre del Testigo o representante legal: _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Testigo _____

Huella



Como profesional de la salud declaro que he informado al (la) paciente el propósito, los riesgos y los beneficios del procedimiento descrito.

Profesional Responsable _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

N° de R.P. _____

8.2.5.1.19. Consentimiento informado termoterapia (Actualizado)

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	CONSULTA EXTERNA	CÓDIGO	FT-CE-02
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TERMOTERAPIA	VERSIÓN	01

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ DE _____
 EDAD: _____ SEXO: _____
 NOMBRE DE LA EPS: _____
 CONTACTO DE COMPAÑANTE _____
 NÚMERO DE CELULAR: _____ FIJO: _____

Declaro que he acudido a consulta el día ____ del mes ____ del año ____ con el profesional _____ especialista en _____ quien prescribió la realización del procedimiento en mención. Una vez examinado(a) evaluado(a) y determinada mi condición clínica se realizará el procedimiento propuesto: **TERMOTERAPIA**: Es la aplicación de calor en sus diferentes grados sobre el organismo con fines terapéuticos. Esta aplicación se da mediante **agentes térmicos**, los cuales son materiales que están en una temperatura mayor a los límites fisiológicos. Puede clasificarse como **superficial** cuando la penetración es baja (como con el uso de infrarrojos o en acciones terapéuticas por mecanismos reflejos) o **profunda** cuando se dan efectos biológicos gracias al calentamiento directo de tejidos profundos (como sucede en el uso de algunas corrientes eléctricas).

RIESGOS Y COMPLICACIONES

Existen riesgos en los que puede inferir su incorrecta indicación y su mala ejecución. En cualquier caso, queda matizar algunas consecuencias que se pueden producir durante el desarrollo de los tratamientos y que el paciente tiene que ser consciente, tales como:

- **Quemadura**: En electroterapia podemos encontrar diversas formas de agresión por la electricidad o la energía aplicada en forma de ondas de ultrasónicas, calor de infrarrojos.

BENEFICIOS

Hay efectos beneficiosos asociados con estos métodos de tratamiento incluyendo la sedación de la zona, aunque también destacan otros efectos, como el antiinflamatorio o el circulatorio.

- **Efecto sedante, analgésico**: El estímulo del calor de larga duración tiene efecto sedante, ya que favorece la relajación muscular, evita el espasmo muscular, alivia la fatiga y ralentiza la conducción nerviosa de estímulos dolorosos.
- **Vasodilatación, aumento del flujo de sangre a la zona (hiperemia)**: La hiperemia tiene efecto analgésico (reduce el dolor), favorece la nutrición de los tejidos.
- **Mejora de las propiedades visco elásticas del tejido**.

De conformidad con la ley 23 de 1981, en sus artículos 15 y 16 el Profesional _____ identificado con cedula de ciudadanía N° _____ de _____, Registro N° _____ profesional en _____.

Declaro que me ha explicado en forma clara, precisa, concisa y lenguaje sencillo

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>AMM</i> / <i>Curaçao de Todas</i>	PROCESO	CONSULTA EXTERNA	CÓDIGO	FT-CE-02
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TERMOTERAPIA	VERSIÓN	01

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ DE _____
EDAD: _____ SEXO: _____
NOMBRE DE LA EPS: _____
CONTACTO DE COMPAÑANTE _____
NÚMERO DE CELULAR: _____ FIJO: _____

Declaro que he acudido a consulta el día ____ del mes ____ del año ____ con el profesional _____ especialista en _____ quien prescribió la realización del procedimiento en mención. Una vez examinado(a) evaluado(a) y determinada mi condición clínica se realizará el procedimiento propuesto: **TERMOTERAPIA**: Es la aplicación de calor en sus diferentes grados sobre el organismo con fines terapéuticos. Esta aplicación se da mediante **agentes térmicos**, los cuales son materiales que están en una temperatura mayor a los límites fisiológicos. Puede clasificarse como **superficial** cuando la penetración es baja (como con el uso de infrarrojos o en acciones terapéuticas por mecanismos reflejos) o **profunda** cuando se dan efectos biológicos gracias al calentamiento directo de tejidos profundos (como sucede en el uso de algunas corrientes eléctricas).

RIESGOS Y COMPLICACIONES

Existen riesgos en los que puede inferir su incorrecta indicación y su mala ejecución. En cualquier caso, queda matizar algunas consecuencias que se pueden producir durante el desarrollo de los tratamientos y que el paciente tiene que ser consciente, tales como:

- **Quemadura**: En electroterapia podemos encontrar diversas formas de agresión por la electricidad o la energía aplicada en forma de ondas de ultrasónicas, calor de infrarrojos.

BENEFICIOS

Hay efectos beneficiosos asociados con estos métodos de tratamiento incluyendo la sedación de la zona, aunque también destacan otros efectos, como el antiinflamatorio o el circulatorio.

- **Efecto sedante, analgésico**: El estímulo del calor de larga duración tiene efecto sedante, ya que favorece la relajación muscular, evita el espasmo muscular, alivia la fatiga y ralentiza la conducción nerviosa de estímulos dolorosos.
- **Vasodilatación, aumento del flujo de sangre a la zona (hiperemia)**: La hiperemia tiene efecto analgésico (reduce el dolor), favorece la nutrición de los tejidos.
- **Mejora de las propiedades visco elásticas del tejido**.

De conformidad con la ley 23 de 1981, en sus artículos 15 y 16 el Profesional _____ identificado con cedula de ciudadanía N° _____ de _____, Registro N° _____ profesional en _____.

Declaro que me ha explicado en forma clara, precisa, concisa y lenguaje sencillo

8.2.5.1.20. Disentimiento informado Procedimientos (Actualizado)

	PROCESO	ATENCIÓN INMEDIATA	CÓDIGO	FT-AI-17
	FORMATO	DISENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS	VERSIÓN	01

FECHA: _____ HORA: _____

INSTITUCIÓN _____ HISTORIA CLÍNICA: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ NOMBRE DE LA EPS: _____

CONTACTO DE ACOMPAÑANTE _____

NÚMERO DE CELULAR: _____ FIJO: _____

Declaro por medio del presente documento y en pleno uso de mis facultades de manera libre y autónoma, **no autorizar la realización del (los) procedimiento(s):**

Comprendo y acepto los riesgos que esto pueda ocasionar, he recibido plena consejería al igual que se me han dado oportunidad de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria

Al firmar este documento reconozco que lo he leído o que me ha sido leído y explicado y que comprendo perfectamente su contenido

Afirmo que bajo mi responsabilidad decido **no autorizar** la realización de este procedimiento y en consecuencia declaro que ni la institución, ni su personal serán responsables en caso de complicaciones

En constancia de lo anterior:

Nombre del Paciente _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Paciente _____

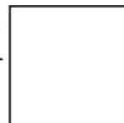


Huella

Nombre del testigo _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del testigo _____



Huella

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>Concejo de Tareas</i>	PROCESO	ATENCIÓN INMEDIATA	CÓDIGO	FT-AI-17
	FORMATO	DISENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS	VERSIÓN	01

Como profesional de la salud declaro que he informado al (la) paciente el propósito, los riesgos y los beneficios del procedimiento descrito, de sus alternativas, posibles complicaciones.

Profesional Responsable _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

N° de R.P. _____.

8.2.5.1.21. Disentimiento informado remisión (Actualizado)

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	FT-CA-14
	FORMATO	DISENTIMIENTO INFORMADO PARA REMISIÓN	VERSIÓN	01

INSTITUCIÓN _____
 HISTORIA CLÍNICA: _____
 NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 EDAD: _____ SEXO: _____ NOMBRE DE LA EPS: _____
 CONTACTO DE COMPAÑANTE _____
 NÚMERO DE CELULAR: _____ FIJO: _____

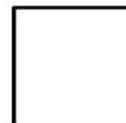
RECHAZO SER REMITIDO(A) A: _____
 Declaro que el profesional: _____ especialista en _____ me ha explicado claramente y yo he entendido que la remisión es necesaria por razones médicas.

Igualmente, el profesional de la salud me ha explicado que los riesgos de rechazar la remisión y de mi decisión de permanecer en esta institución son:

ACEPTO ESTOS RIESGO BAJO MI PROPIA RESPONSABILIDAD, en constancia de lo anterior:

Nombre del Paciente _____
 N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Paciente _____



Huella

Nombre del testigo _____
 N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del testigo _____



Huella

Como profesional de la salud declaro que he informado al (la) paciente el propósito, los riesgos y los beneficios del procedimiento descrito, de sus alternativas, posibles complicaciones.

Profesional Responsable _____
 N° de Documento de Identidad _____ de _____
 N° de R.P. _____

8.2.5.1.22. Formato hoja de costos (digitalizado)

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO C.A. MNN / Consejo de Todos	PROCESO	SERVICIO DE URGENCIAS	CÓDIGO	FT-XX-YY
	FORMATO	HOJA DE COSTOS	VERSIÓN	01

Nombre del paciente: _____

Número de historia clínica: _____

Fecha de ingreso: _____

Fecha de egreso: _____

DETALLE	CANTIDAD	COSTO	FIRMA
DETALLE			

FIRMA DEL PACIENTE: _____

8.2.5.1.23. Formato historia clínica (digitalizado)

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL SECTOR COMUNITARIO</small>	PROCESO	SERVICIOS ASISTENCIALES	CÓDIGO	FT-XX-YY
	FORMATO	HISTORIA CLINICA	VERSIÓN	01

Factura No.

Nombre(s) y Apellidos: _____ N° Registro _____

Tipo Documento N° _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___

EAPB: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Dirección: _____ Barrio: _____

Teléfono: _____ Categoría del SISBEN: _____ Fecha de ingreso: ___/___/___ Hora Ingreso: _____

Finalidad de la consulta

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Atención del parto | <input type="checkbox"/> Atención del Recién Nacido |
| <input type="checkbox"/> Atención de Planificación Familiar | <input type="checkbox"/> Detección Alter. Crecimiento Y Desarrollo Menos De 10 Años |
| <input type="checkbox"/> Detección Alteración Desarrollo Joven | <input type="checkbox"/> Detección Alteración Embarazo |
| <input type="checkbox"/> Detección Alteración del Adulto | <input type="checkbox"/> Detección De Agudeza Visual |
| <input type="checkbox"/> Detección Enfermedad Profesional | <input type="checkbox"/> No Aplica |

Causa Externa

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Accidente Trabajo | <input type="checkbox"/> Accidente de Tránsito | <input type="checkbox"/> Accidente Rápido |
| <input type="checkbox"/> Accidente Ofídico | <input type="checkbox"/> Otro Tipo de Accidente | <input type="checkbox"/> Evento Catastrófico |
| <input type="checkbox"/> Lesión Agresión | <input type="checkbox"/> Lesión Autoinfligida | <input type="checkbox"/> Sospecha Maltrato Físico |
| <input type="checkbox"/> Sospecha De Abuso Sexual | <input type="checkbox"/> Sospecha de Violencia Sexual | <input type="checkbox"/> Sospecha Maltrato Emocional |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad General | <input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional | |

Hora de atención médica: _____

Motivo de la consulta:

Enfermedad Actual:

Antecedentes Personales:

Signos Vitales:

(Fc) _____ (Fr) _____ (TA) _____ (T) _____ GLASGOW: _____ PESO: _____

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	SERVICIOS ASISTENCIALES	CÓDIGO	FT-XX-YY
	FORMATO	HISTORIA CLINICA	VERSIÓN	01

Examen Físico:

Impresión clínica o Diagnostico

1. _____
2. _____
3. _____

CLASIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN: Triage 1 () Triage 2 () Triage 3 () Triage 4 () Triage 5 ()

Plan:

Estudios complementarios: _____

Procedimientos Terapéuticos: _____

Ordenes Médicas en servicio de Urgencias:

Remisión:

Nombre del médico: _____ Registro _____ firma _____

8.2.5.1.24. Formato solicitud – certificado apoyo diagnostico (digitalizado)

	PROCESO	SERVICIO ASISTENCIALES	CÓDIGO	FT-XX-YY
	FORMATO	SOLICITUD – CERTIFICADO APOYO DIAGNÓSTICO	VERSIÓN	01

Fecha: _____

Nombre: _____

Historia clínica No. _____

R/.

8.2.5.1.25. Formato recetario (digitalizado)

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>CON APOYO DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE QUERÉTARO</i>		PROCESO	SERVICIO ASISTENCIALES	CÓDIGO	FT-XX-YY
		FORMATO	RECETARIO	VERSIÓN	01

NOMBRE		FECHA		DIA	MES	AÑO
SEXO	EDAD	DOC. DE IDENTIDAD	EAPB	No. CARNET		
M F						
CODIGO DEL DIAGNOSTICO	MEDICAMENTOS E INDICACIONES		CANTIDAD	VR. UNITARIO	VALOR TOTAL	
FIRMA DEL MEDICO <hr/>			NOMBRE DEL MEDICO		No. REGISTRO	
			RECIBIDO – FIRMA DEL PACIENTE			

VÁLIDO POR 72 HORAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN

8.2.5.1.26. Formato ordenes medicas (digitalizado)

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>AN/Corazón de Todos</i>	PROCESO	SERVICIO DE URGENCIAS	CÓDIGO	FT-XX-YY
	FORMATO	ORDENES MÉDICAS	VERSIÓN	01

Historia Clínica

NOMBRE(S) Y APELLIDOS: _____

DIRECCIÓN: _____

FECHA	ORDENES MÉDICAS

FIRMA DEL PACIENTE: _____

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>  <i>Corazón de Todas</i>	PROCESO	SERVICIO DE URGENCIAS	CÓDIGO	FT-XX-YY
	FORMATO	ORDENES MÉDICAS	VERSIÓN	01

No. DE HISTORIA CLINICA _____			
			Nombre _____
_____	_____	_____	_____
Servicio	Sala o Cuarto	1er Apellido	2do Apellido

HORA		FIRMA ENFERMERÍA



8.2.5.1.27. Formato nota de procedimientos (digitalizado)

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>Consejo de Todos</i>	PROCESO	GESTIÓN ASISTENCIAL	CÓDIGO	FT-XX-YY
	FORMATO	NOTA DE PROCEDIMIENTOS	VERSIÓN	01

CONSENTIMIENTO Y LISTA DE CHEQUEO PARA PROCEDIMIENTOS	
NOMBRES Y APELLIDOS	
DOCUMENTO	
ACOMPAÑANTE	
INSUMO UTILIZADO	
SITIO DONDE SE REALIZA PROCEDIMIENTO	
MEDICAMENTOS	
OBSERVACIONES	
<hr/> FIRMA PACIENTE	
<hr/> FIRMA DE QUIEN REALIZA PROCEDIMIENTO	

8.2.5.1.28. Formato de tratamientos (digitalizado)

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>1991</i> <i>Consejo de Todos</i>	PROCESO	SERVICIO ASISTENCIALES	CÓDIGO	FT-XX-YY
	FORMATO	TRATAMIENTOS	VERSIÓN	01

A. IDENTIFICACIÓN

			N° HISTORIA CLINICA
1er APELLIDO	2do APELLIDO	NOMBRES	
SERVICIO		SALA O CUARTO	No. DE CAMA

B. ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS

MEDICAMENTOS, VIA, DOSIS E INDICACIONES	DÍA, MES, AÑO												FIRMA DEL PACIENTE
	HORA DE ADMINISTRACIÓN												
FIRMAS	1er. TURNO												
	2do. TURNO												
	3er. TURNO												

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO C.A. ANUI/Corazón de Todos	PROCESO	SERVICIO ASISTENCIALES	CÓDIGO	FT-XX-YY
	FORMATO	TRATAMIENTOS	VERSIÓN	01

DIÁ, MES, AÑO MEDICAMENTOS, VIA, DOSIS E INDICACIONES	HORA DE ADMINISTRACIÓN										FIRMA DEL PACIENTE
FIRMAS	1er. TURNO										
	2do. TURNO										
	3er. TURNO										

8.2.5.1.29. Formato Nota de Enfermería (Digitalizado)

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	SERVICIO DE URGENCIAS	CÓDIGO	FT-XX-YY
	FORMATO	NOTAS DE ENFERMERÍA	VERSIÓN	01

No. DE HISTORIA CLINICA _____	Nombre _____
_____	_____
Servicio	Sala o Cuarto
	1er Apellido
	2do Apellido


HORA		FIRMA ENFERMERÍA



Hospital de Los Patios

SERVICIO CON CALIDEZ

8.2.5.1.30. Procedimiento Administración de medicamentos por vía parenteral (Actualizado)

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>¡¡ANII/Consejo de Todos</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS POR VIA PARENTERAL	VERSIÓN	02
OBJETIVO	Estandarizar los cuidados de enfermería de la ESE Hospital Local Municipio de Los Patios relacionados con la administración de medicamentos por vía parenteral mediante técnicas seguras con el fin de prevenir riesgos y/o complicaciones asociadas al procedimiento			
POBLACION OBJETO	Todos los usuarios que requieran la administración de medicamentos por vía parenteral			
ALCANCE	Aplica para todo el servicio de atención inmediata y hospitalización de la ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO DE LOS PATIOS bajo condiciones de estricta asepsia y antisepsia.			
LIMITES	No incluye otros procedimientos solamente los lineamientos para la administración de medicamentos por vía endovenosa.			
ÁMBITO DE LA APLICACIÓN	Aplica para todo paciente en el servicio de atención inmediata y hospitalización de la ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO DE LOS PATIOS que tengan la indicación médica de administrar medicamentos por vía parenteral.			
RESPONSABLE	Enfermería			
TALENTO HUMANO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Enfermeras profesionales ✓ Auxiliares de enfermería 			
LÍDER	Enfermería			
ENFOQUE DE RIESGO	Individual, Biológico, Psicosocial.			
ENFOQUE DIFERENCIAL	<p>La atención de los usuarios que brinda la E.S.E. Hospital local Municipio de Los Patios orienta la atención de una forma humanizada, con calidad y con enfoque diferencial, siendo estos algunos de los grupos identificados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Orientación ✓ Etnia ✓ Mujeres gestantes en proceso de parto. ✓ Víctimas del conflicto armado ✓ Víctimas de violencia sexual ✓ Víctimas de cualquier forma de violencia por género. ✓ Desplazados. ✓ Personas en condición de discapacidad (todos los tipos de discapacidad) <p>Otros.</p>			
MATERIALES E INSUMOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tapabocas ✓ Guantes limpios ✓ Agua destilada ✓ Agujas de diferentes calibres 			

	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS POR VIA PARENTERAL	VERSIÓN	02

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Alcohol ✓ Buretrol ✓ Equipo de venoclisis ✓ Guardián de bioseguridad ✓ Jeringas de diferentes capacidades ✓ Jelcos de diferentes calibres. ✓ Medicamentos ✓ Sharpie negro ✓ Torundas ✓ Y los que sean requeridos dependiendo de las ordenes médicas 	
JUSTIFICACION	Es necesario identificar de forma clara todos los elementos y pasos del procedimiento para la administración segura de medicamentos con el fin de garantizar una atención con calidad y humanización, que propenda por la disminución de cualquier acción insegura o imprevisto que pueda afectar la integridad del usuario.	
DEFINICIONES	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	Procedimiento mediante el cual un fármaco, es proporcionado por el personal de salud idóneo al paciente, por diferentes vías de administración, según indicación médica escrita, debidamente informado y registrado.
	INDICACION MEDICA	Terapia farmacológica diaria indicada por el médico en forma escrita completa, con letra clara, legible.
	ERROR DE MEDICACIÓN (EM):	Es cualquier incidente prevenible, que pueda causar daño al paciente, o dé lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, mientras la medicación está bajo control del personal sanitario, paciente o consumidor.
	PRESCRIPCIÓN	Escrito que contiene las indicaciones médicas del tratamiento farmacológico a administrar a un paciente. Es de responsabilidad del profesional médico, y jefes del servicio
	REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTO (RAM):	Cualquier reacción nociva no intencionada que aparece a dosis normalmente usadas en el ser humano para profilaxis, diagnóstico o tratamiento o para modificar funciones fisiológicas.
	ACCESO VENOSO PERIFÉRICO	Abordaje de una vena superficial de localización extra aponeurótica.
	AMPOLLA	Constituye un sistema cerrado, se caracterizan por tener un cuello largo que presenta una constricción en su base por donde se pueden abrir y aspirar el líquido fácilmente.
	ASEPSIA	Ausencia de microorganismos que pueden causar enfermedad.
ANTISEPSIA	Empleo de sustancias químicas para inhibir o reducir el número de microorganismos en los tejidos, mucosas o piel.	

	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS POR VIA PARENTERAL	VERSIÓN	02

	ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS	Es la suma de acciones e intervenciones racionadas relacionadas con el conocimiento, la interpretación, la justificación y la utilización de los medicamentos, en toda la cadena del mismo (disponibilidad, prescripción, dispensación, administración, uso, seguimiento, respuesta), en sus diferentes contextos. Dichas acciones e intervenciones están estandarizadas bajo normas de una correcta
	EVENTO ADVERSO RELACIONADO CON MEDICAMENTOS:	Lesiones o respuestas indeseables que resultan de la utilización de los medicamentos, aunque la causalidad de esta relación no puede ser probada. Pueden comprometer la eficacia terapéutica o modifican los grados de toxicidad. Algunas son causadas por errores evitables.
	SEGURIDAD DEL PACIENTE	Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basados en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o mitigar sus consecuencias.
	BIODISPONIBILIDAD	es la medida de la cantidad del ingrediente farmacéutico activo (fármaco) que se absorbe a partir de un medicamento y la velocidad que alcanza en la circulación sistémica y se hace disponible en el lugar de acción.
	VIA ENDOVENOSA	Es el procedimiento por medio del cual se introducen medicamentos directamente en el torrente sanguíneo.
	VÍA INTRADERMICA	Es la introducción de un volumen o solución menor a un centímetro en la dermis. Se caracteriza por formar una pápula en el sitio de la inyección.
	VÍA SUBCUTÁNEA	Es la introducción de un medicamento o un compuesto biológico, en el tejido celular subcutáneo, a través de la piel. Permite una absorción de soluciones acuosas. Sin embargo, tiene un tiempo de absorción más lento.
	VÍA INTRAMUSCULAR:	Vía de administración a través de la musculatura esquelética que se utiliza para administrar fármacos líquidos o suspensión que se absorben mal o se degradan fácilmente cuando son administrados por vía oral; también se utiliza en pacientes quirúrgicos o con vómitos, y para asegurar el cumplimiento terapéutico. Se consigue un efecto rápido, ya que la rica vascularización del músculo permite una rápida absorción, excepto con los medicamentos de liberación lenta, que logran un efecto más prolongado.

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO IANM Corazón de Todos	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS POR VIA PARENTERAL	VERSIÓN	02

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. Este será el único instructivo documentado que servirá de guía para el procedimiento la administración de medicamentos por vía parenteral que utilizará el talento humano en salud que quiera realizar dicho procedimiento.
2. La atención se hará de forma informada y consentida por el paciente/usuario y su familia.
3. Se brindará un trato respetuoso, con calidad y humanizado a todos los usuarios, pacientes, familias, comunidades, grupo y sociedad que interactúe con cualquier área o funcionario de la institución.
4. El paciente deberá comprender, aceptar t firmar el consentimiento informado
5. El personal que va a realizar el procedimiento debe diligenciar sus datos dentro del consentimiento informado
6. Si el paciente no acepta, o se niega a firmar el consentimiento informado o a dar su autorización y colocar la huella del indice derecho (para aquellas personas analfabetas) no se podrá ejecutar el procedimiento.
7. Para personas en condición de discapacidad, personas menores de 18 años, o personas que por su estado clínico no puedan dar comprender o firmar el consentimiento informado, lo realizara el representante legal u acompañante


NORMATIVIDAD


- ✓ Ley 266 de 2006
- ✓ Ley 911 de 2004
- ✓ Decreto 2200 de 2005
- ✓ Resolución 1043 de 2006
- ✓ Resolución 1403 de 2007
- ✓ Resolución 3100 de 2019

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO


ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO ENDOVENOSOS

N.º	ACTIVIDAD/TAREA	DESCRIPCIÓN	PUNTO CONTROL	RESPONSABLE	REGISTRO
1	Orden medica	Indicación médica de administrar medicamentos por vía endovenosa.	Enfermera profesional	Medico	Sistema Kubap
2	Solicitar consentimiento informado	Explicar de manera clara y concisa el procedimiento a realizar, los beneficios y riesgos de no realizar dicho procedimiento verificar que el paciente haya entendido la información, resolver dudas y solicitar consentimiento informado.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería	Sistema Kubap


 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>		PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
		PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS POR VIA PARENTERAL	VERSIÓN	02
3	Prepare el equipo necesario para la realización del procedimiento	<p>Tenga en cuenta que los medicamentos deben ser preparados y debidamente rotulados antes de ser llevados al cuarto del paciente. Prepare la bandeja con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Guantes limpios ✓ Alcohol ✓ Medicamentos preparados en jeringa debidamente rotulados ✓ Torundas <p>Y los que sean requeridos dependiendo de las ordenes médicas</p>	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
4	Realizar lavado de manos	Teniendo en cuenta los 11 pasos de la técnica de lavado de manos según la OMS. Con liquido de asepsia	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
5	Postura de EPP	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uso de gorros quirúrgicos y tapabocas por protocolo. 2. Guantes limpios o de manejo 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
6	Compruebe la permeabilidad	<p>Utilice una jeringa con solución salina compruebe la permeabilidad de la vía, administrando por el acceso (tapón heparinizado o por equipo de venoclisis) lento, si siente resistencia, no fuerce la administración, pregúntele al paciente si le arde o le duele. Si el paciente responde afirmativo probablemente haya que cambiar el acceso venoso.</p> <p>Si la solución salina administrada pasa sin resistencia proceda a continuar con la administración de medicamentos.</p>	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>IAANI</i> <i>Corazón de Todos</i>		PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
		PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS POR VIA PARENTERAL	VERSIÓN	02
7	Desinfección del puerto y/o área de administración de medicamentos	Con una torunda de algodón impregnada de alcohol limpie el puerto y/o área de la administración de medicamentos.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
8	Administrar el medicamento	<p>Tenga en cuenta los 10 correctos de la administración de medicamentos</p> <p>Administración de medicamentos directos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elimine el aire de la jeringa donde envaso el medicamento según la dosis indicada por el médico tratante - Administre el contenido de la jeringa en el acceso del equipo de venoclisis o por medio del tapón heparinizado de manera lenta y controlada - Este siempre atento a las reacciones del paciente, en busca de signos de flebitis o infiltración de la vena. <p>Administración de medicamentos por goteo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elimine el aire de la jeringa donde envaso el medicamento según la dosis indicada por el médico tratante. - Administre el contenido de la jeringa en el acceso del buretrol. - Dejar al paciente cómodo, seguro y vigilado, para estar atento a la presencia o no de reacciones adversas. 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
9	Recoja el material	Deseche la aguja (sin enfundar) de nuevo en el guardián.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de	Sistema Kubap


		PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
		PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS POR VIA PARENTERAL	VERSIÓN	02
		Retírese los guantes y deseche los demás materiales según las normas sobre disposición de residuos peligrosos.		enfermería (quien realice el procedimiento)	
10	Lavar las manos	Teniendo en cuenta los 11 pasos de la técnica de lavado de manos según la OMS.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
15	Registros clínicos.	Registrar de forma completa, detallada y oportuna todo lo sucedido durante la realización del procedimiento en la historia clínica del paciente. Asegúrese de escribir el nombre del medicamento, la dosis administrada, el horario de administración, también hacer una observación escrita acerca del acceso venoso periférico, antes y después de la administración de medicamentos, así como la tolerabilidad de los medicamentos administrados.	Enfermera profesional Medico	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS INTRADERMICOS					
N°	ACTIVIDAD/TAREA	DESCRIPCIÓN	PUNTO CONTROL	RESPONSABLE	REGISTRO
1	Orden medica	Indicación médica de administrar medicamentos por vía intradérmica (Prueba de sensibilidad a alérgenos, Prueba de sensibilidad a fármacos, aplicación de biológicos, pruebas diagnósticas) Confirme la identidad del paciente con su documentación.	Enfermera profesional	Medico	Sistema Kubap
2	Solicitar consentimiento informado	Explicar de manera clara y concisa el procedimiento a realizar, los beneficios y riesgos de no realizar dicho procedimiento verificar que el paciente haya entendido la	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería	Sistema Kubap


 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>		PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
		PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS POR VIA PARENTERAL	VERSIÓN	02
		información, resolver dudas y solicitar consentimiento informado.			
3	Prepare el material y trasladarlo al lado del paciente	<p>Tenga en cuenta que los medicamentos deben ser preparados y debidamente rotulados antes de ser llevados al cuarto del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Utilice técnica estéril en la preparación de inyecciones intradérmicas ✓ Biológico o medicamento prescrito (envasado o diluido dependiendo de lo que se vaya a administrar) ✓ Jeringa de 1 ml graduada en centésimas. ✓ Aguja intradérmica 16x0,5. ✓ Guantes limpios o de manejo. ✓ Gasas. ✓ Solución antiséptica ✓ Guardian ✓ Y los que sean requeridos dependiendo de las ordenes médicas 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
4	Realizar lavado de manos	Teniendo en cuenta los 11 pasos de la técnica de lavado de manos según la OMS. Con liquido de asepsia	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
5	Postura de EPP	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uso de gorros quirúrgicos y tapabocas por protocolo. 2. Guantes limpios o de manejo 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO IANM Corazón de Todos</small>		PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
		PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS POR VIA PARENTERAL	VERSIÓN	02
6	Verifique según los 10 correctos para la administración de medicamentos	fármaco, dosis, vía, hora, paciente correcto, antecedentes farmacológicos, presencia de alergias, interacciones farmacológicas, educación al usuario y registro correcto. Asegurarse de que no existe contraindicación o alergia al fármaco.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
7	Ponga en posición cómoda al paciente y seleccione la zona de punción	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pida al paciente o colóquelo en posición cómoda, sentado o fowler ✓ El sitio más común para la administración de medicamentos intradérmicos, es la cara anterior del antebrazo, la parte anterior y superior del pecho, por debajo de la clavícula, parte superior de la espalda a la altura de las escapulas y la zona media del abdomen. ✓ En la administración de medicamentos intradérmicos se debe evitar cualquier zona de vello, lesiones o manchas. 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
8	Desinfección de la piel en el área de administración del medicamento	Con una torunda de algodón impregnada de alcohol limpie el área de administración del medicamento, del centro a la periferia, espere hasta que la piel este seca.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
9	Administrar el medicamento	<p>Tenga en cuenta los 10 correctos de la administración de medicamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tensar la piel con la mano no dominante, con los dedos pulgar y índice. ✓ Insertar la aguja con el bisel hacia arriba, formando un ángulo de 15-20° con la superficie de la piel. ✓ Avanzar despacio y paralelamente a la 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap


 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>		PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
		PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS POR VIA PARENTERAL	VERSIÓN	02
		<p>piel, de manera que a través de la piel podamos ver el bisel (si no es así, es que traspasamos la piel y estamos ya en la zona subcutánea). No hay que introducir toda la aguja, sino solo el bisel y 2mm de la aguja.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Inyectar la medicación lenta y cuidadosamente, hasta formar una pápula, ✓ blanquecina que asegura que se inyectó de manera correcta el fármaco entre las dos capas de la piel, la epidermis y la dermis. ✓ En caso de que no se formarse la pápula al inyectar la medicación, es que se realizó la punción muy profunda, valorar repetir la prueba ✓ Después de esperar unos segundos retirar la aguja con el mismo ángulo de inserción. ✓ No comprimir ni frotar la zona 			
10	Recoja el material	<p>Deseche la aguja (sin enfundar) de nuevo en el guardián. Retírese los guantes y deseche los demás materiales según las normas sobre disposición de residuos peligrosos.</p>	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
11	Lavar las manos	<p>Teniendo en cuenta los 11 pasos de la técnica de lavado de manos según la OMS.</p>	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap


 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>		PROCESO	CALIDAD		CÓDIGO	PD-XX-YY
		PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS POR VIA PARENTERAL		VERSIÓN	02
12	Registros clínicos.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Registrar de forma completa, detallada y oportuna todo lo sucedido durante la realización del procedimiento en la historia clínica del paciente. ✓ Asegúrese de escribir el nombre del medicamento, la dosis administrada, lote (en el caso de las vacunas), el horario de administración, nombre del profesional y efectos adversos si se produjeran. En el caso de no administrar el fármaco, registrar el motivo. Registrar en el plan de cuidados del/la paciente las acciones derivadas del procedimiento. 	Enfermera profesional Medico	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap	
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO						
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS SUBCUTANEOS						
N°	ACTIVIDAD/TAREA	DESCRIPCIÓN	PUNTO CONTROL	RESPONSABLE	REGISTRO	
1	Orden medica	Indicación médica de administrar medicamentos por vía subcutáneos (Heparina- insulina).	Enfermera profesional	Medico	Sistema Kubap	
2	Solicitar consentimiento informado	Explicar de manera clara y concisa el procedimiento a realizar, los beneficios y riesgos de no realizar dicho procedimiento verificar que el paciente haya entendido la información, resolver dudas y solicitar consentimiento informado.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería	Sistema Kubap	
3	Prepare el equipo necesario para la realización del procedimiento	Tenga en cuenta que los medicamentos deben ser preparados y debidamente rotulados antes de ser llevados al cuarto del paciente. Prepare la bandeja con: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Guantes limpios ✓ Alcohol 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap	

		PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
		PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS POR VIA PARENTERAL	VERSIÓN	02
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Medicamentos preparados debidamente rotulados ✓ Jeringa calibre 23 o 26 G ✓ Torundas ✓ Guardian <p>Y los que sean requeridos dependiendo de las ordenes médicas</p>			
4	Realizar lavado de manos	Teniendo en cuenta los 11 pasos de la técnica de lavado de manos según la OMS. Con liquido de asepsia	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
5	Postura de EPP	<ul style="list-style-type: none"> 3. Uso de gorros quirúrgicos y tapabocas por protocolo. 4. Guantes limpios o de manejo 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
6	Verifique según los 10 correctos para la administración de medicamentos	<p>fármaco, dosis, vía, hora, paciente correcto, antecedentes farmacológicos, presencia de alergias, interacciones farmacológicas, educación al usuario y registro correcto. Asegurarse de que no existe contraindicación o alergia al fármaco.</p> <p>Contraindicaciones de la vía subcutánea:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anasarca - Coagulopatías - Áreas de la piel que presenten lesiones o procesos infecciosos - En caso de negación del paciente, además de características propias del paciente (alergias, antecedentes de reacciones adversas a la medicación, etc.). 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap

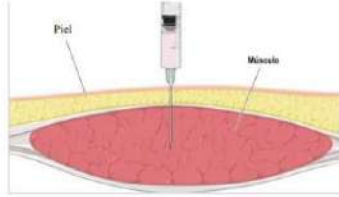
 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO IANM Corazón de Todos</small>		PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
		PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS POR VIA PARENTERAL	VERSIÓN	02
7	Ponga en posición cómoda al paciente y seleccione la zona de punción	<p>Pida al paciente o colóquelo en posición cómoda, sentado o fowler</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tercio medio de la cara externa del brazo ✓ Tercio medio de la cara externa del muslo ✓ Cara anterior del abdomen ✓ Zona superior de la espalda 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
8	Desinfección de la piel en el área de administración del medicamento	Con una torunda de algodón impregnada de alcohol limpie el área de administración del medicamento, del centro a la periferia, espere hasta que la piel este seca.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
9	Administrar el medicamento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verifique el nombre del paciente in situ. 2. Rote el sitio de administración en inyecciones frecuentes 3. Eliminar aire de la jeringa 4. Tomar la jeringa con la mano dominante; retirar el protector de la aguja y colocar el bisel hacia arriba 5. Con la mano no dominante, con los dedos pulgar e índice, realzar un pliegue de aproximadamente 1 o 2 centímetros, buscando panículo adiposo (sin presionar). 6. Con la mano dominante, introducir la aguja en la epidermis, con bisel hacia arriba, en ángulo de 90 a 45° 7. Retirar la aguja suavemente en su solo movimiento 8. Dejar al paciente cómodo, seguro y vigilado, para estar atento a la presencia o no de reacciones adversas. 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap

		PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
		PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS POR VIA PARENTERAL	VERSIÓN	02
9	Recoja el material	Deseche la aguja (sin enfundar) de nuevo en el guardián. Retírese los guantes y deseche los demás materiales según las normas sobre disposición de residuos peligrosos.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
10	Lavar las manos	Teniendo en cuenta los 11 pasos de la técnica de lavado de manos según la OMS.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
11	Registros clínicos.	Registrar de forma completa, detallada y oportuna todo lo sucedido durante la realización del procedimiento en la historia clínica del paciente. Asegúrese de escribir el nombre del medicamento, la dosis administrada, el horario de administración, también hacer una observación escrita acerca del estado del paciente, antes y después de la administración de medicamentos, así como la tolerabilidad de los medicamentos administrados.	Enfermera profesional Medico	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO					
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS INTRAMUSCULAR					
N°	ACTIVIDAD/TAREA	DESCRIPCIÓN	PUNTO CONTROL	RESPONSABLE	REGISTRO
1	Orden medica	Indicación médica de administrar medicamentos por vía intramuscular	Enfermera profesional	Medico	Sistema Kubap
2	Solicitar consentimiento informado	Explicar de manera clara y concisa el procedimiento a realizar, los beneficios y riesgos de no realizar dicho procedimiento verificar que el paciente o su representante	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería	Sistema Kubap

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>		PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
		PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS POR VIA PARENTERAL	VERSIÓN	02
		legal haya entendido la información, resolver dudas y solicitar consentimiento informado.			
3	Prepare el material y trasladarlo al lado del paciente	<p>Tenga en cuenta que los medicamentos deben ser preparados y debidamente rotulados antes de ser llevados al cuarto del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Medicamento indicado. ✓ Bandeja o riñón. ✓ Tarjeta de tratamiento. ✓ Guantes de procedimientos. ✓ Jeringas desechables de 5cc. ✓ Agujas desechables N.º 21 larga. ✓ Torunda de algodón. ✓ Alcohol al 70%. ✓ Depósito para desechos. ✓ Recipiente para desechos cortopunzantes (guardián). 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
4	Realizar lavado de manos	Teniendo en cuenta los 11 pasos de la técnica de lavado de manos según la OMS. Con líquido de asepsia	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
5	Postura de EPP	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uso de gorros quirúrgicos y tapabocas por protocolo. 2. Guantes limpios o de manejo 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO IANM Corazón de Todos</small>		PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
		PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS POR VIA PARENTERAL	VERSIÓN	02
6	Verifique según los 10 correctos para la administración de medicamentos	fármaco, dosis, vía, hora, paciente correcto, antecedentes farmacológicos, presencia de alergias, interacciones farmacológicas, educación al usuario y registro correcto. Asegurarse de que no existe contraindicación o alergia al fármaco.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
7	Ponga en posición cómoda al paciente y seleccione la zona de punción	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dorsoglútea: evitar en niños menos de 3 años. Tener precaución con el nervio ciático. Volumen admitido ≤ 5 ml ✓ Deltoidea: adultos y niños. Tener precaución con el nervio radial. Volumen admitido ≤ 2 ml. ✓ Ventroglútea: De elección en niños > 3 años y adultos. Volumen admitido: ≤ 5 ml ✓ Cara externa del muslo: De elección en niños < 3 años. Volumen admitido: ≤ 5 ml (Adultos) ≤ 1 ml (niños) 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
8	Desinfección de la piel en el área de administración del medicamento	Realizar desinfección de la piel en la zona elegida para la administración, en movimientos circulares del centro a la periferia en un radio de 5 cm aproximadamente	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
8	Administrar el medicamento	<p>Tenga en cuenta los 10 correctos de la administración de medicamentos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verifique el nombre del paciente in situ. 2. Eliminar aire de la jeringa 3. Tomar la jeringa con la mano dominante; retirar el protector de la aguja y colocar el bisel hacia arriba 4. Colocar la mano no dominante en los puntos de referencia anatómicos y sujetar la piel firmemente. Si la masa 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap

	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS POR VIA PARENTERAL	VERSIÓN	02

		<p>muscular es pequeña, sujetar el músculo entre el pulgar y otros dedos. Inyectar en el músculo, en un solo movimiento y con un ángulo de 90°.</p>  <ol style="list-style-type: none"> 5. Aspirar para comprobar que no se haya punzado un vaso sanguíneo, si al aspirar retorna sangre, hay que retirar la jeringa y empezar el procedimiento nuevamente 6. Inyectar el medicamento lentamente 7. Colocar una torunda impregnada con solución antiséptica sobre el punto de inyección, sin hacer presión y retirarla aguja suavemente y en un solo movimiento 8. Descartar la aguja (sin enfundar de nuevo) en el contenedor establecido según normas de bioseguridad 			
9	Recoja el material	<p>Deseche la aguja (sin enfundar) de nuevo en el guardián. Retírese los guantes y deseche los demás materiales según las normas sobre disposición de residuos peligrosos.</p>	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
10	Lavar las manos	<p>Teniendo en cuenta los 11 pasos de la técnica de lavado de manos según la OMS.</p>	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de	Sistema Kubap

	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS POR VIA PARENTERAL	VERSIÓN	02

				enfermería (quien realice el procedimiento)	
15	Registros clínicos.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Registrar de forma completa, detallada y oportuna todo lo sucedido durante la realización del procedimiento en la historia clínica del paciente. ✓ Asegúrese de escribir el nombre del medicamento, la dosis administrada, lote (en el caso de las vacunas), el horario de administración, nombre del profesional y efectos adversos si se produjeran. En el caso de no administrar el fármaco, registrar el motivo. Registrar en el plan de cuidados del/la paciente las acciones derivadas del procedimiento. 	Enfermera profesional Medico	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap

INFORMACIÓN IMPORTANTE

10 correctos para la administración de medicamentos

1. **Paciente Correcto:** Se verifican los datos personales (nombre completo, número de identificación)
2. **Medicamento correcto:** Se reconoce y confirma el principio activo del fármaco, basándose en el nombre genérico o denominación común internacional de acuerdo con la normatividad, además de la forma farmacéutica requerida. **Nota:** si hay duda respecto al medicamento, se debe realizar la correspondiente aclaración con el médico tratante, la enfermera supervisora o con el servicio de farmacia. Si son fórmulas magistrales, unidosis o mezclas, se debe hacer la correcta verificación de los rótulos.
3. **Dosis correcta:** Es la cantidad de medicamento que se administra para que el principio activo en concentraciones plasmáticas cumpla el efecto esperado. **Nota:** si hay duda respecto a las dosis del medicamento, se debe realizar la correspondiente aclaración con el médico tratante, la enfermera supervisora o con el servicio de farmacia.
4. **Via correcta:** Se trata de reconocer la vía de administración y de determinar que la forma farmacéutica corresponda a la indicada según fabricante.
5. **Hora correcta:** Hace referencia al intervalo de tiempo en el cual se garantizan las concentraciones plasmáticas que genera el efecto terapéutico esperado.
6. **Verificación de antecedentes farmacológicos:** Conocer los medicamentos que está recibiendo el paciente favorece la toma de decisiones objetivas respecto a la continuidad, modificación o suspensión de la terapéutica farmacológica instaurada con

	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS POR VIA PARENTERAL	VERSIÓN	02

anterioridad, además de detectar el riesgo de reacciones adversas y de interacciones medicamentosas que aumentan con el número de fármacos administrados.

7. **Presencia de alergias:** Una reacción alérgica es una respuesta física desfavorable ante un efecto químico. Puede variar entre leve o grave, debe ser reportada al equipo de salud y es motivo para la anulación o suspensión de la alternativa terapéutica.
8. **Interacciones fármaco-fármaco, fármaco-alimento o fármaco-producto natural:** La administración simultánea de dos o más medicamentos puede ocasionar una interacción farmacológica y potenciar o disminuir la absorción o el efecto de un fármaco. Es imprescindible valorar la presencia de polifarmacia y comorbilidades presentes en la persona que propician la ocurrencia de estas interacciones.
9. **Educación- información al paciente, familia o cuidador:** Informar al paciente y a su familia sobre los aspectos relacionados con el medicamento, mejora la adherencia al tratamiento y en consecuencia el efecto terapéutico esperado.
10. **Registro:** Es la consignación de la ejecución del acto seguro en la administración de medicamentos en los formatos o historias clínicas y la notificación adicional del reporte de eventos asociados al uso de medicamentos en los programas de fármaco-vigilancia.

2. AGUJAS MAS EMPLEADAS PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS:

AGUJAS MAS EMPLEADAS PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS				
VIA	LONGITUD	CALIBRE	BISEL	COLOR
Intradérmica	9.5-16 mm	25-26G(0.5mm)	Corto	Transparente
Subcutánea	16-22 mm	24-27G(0.6mm)	Medio	Naranja
intramuscular	25-75 mm	19-23G(0.8mm)	Medio	Adultos: verde – Niños: Azul
Intravenosa	25-75 mm	16-21 (0.9mm)	Largo	Amarillo
Aguja de carga	40-75 mm	14-16G(1 mm)	Medio	Rosado

DOCUMENTOS ASOCIADOS

- ✓ PR administración de medicamentos
- ✓ Consentimiento informado administración de medicamentos parenteral
- ✓ PD preparación de medicamentos

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO IANM Corazón de Todos	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS POR VIA PARENTERAL	VERSIÓN	02


✓ Tarjeta de medicamentos

BIBLIOGRAFIA


1. Guía de administración de medicamentos por vía parenteral. Disponible en: <https://www.serviciofarmaciamanchacentro.es/images/stories/recursos/recursos/fichas/2012/claritromicina.pdf>
2. Guía DE medicamentos, disponible en: http://www.humv.es/webfarma/Informacion_Medicamentos/Guia_admin_parent/M_1.htm
3. Clínica guane, protocolo de administración de medicamentos, 2017 http://clinicaguane.gov.co/guane/download/procesos_y_procedimientos/Administracion-de-Medicamentos.pdf
4. Blanco RM., Jiménez LD., Vila I., Castro MM. procedimiento de administración de medicación por vía intradérmica. Servizo Galego de Saúde. 2019. Disponible en: <https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/cas/Publicaciones/Docs/AtEspecializada/PDF-2778-es.pdf>
5. Álvarez M., Fariñas B., González C., Rodríguez B., Soto C., Vázquez B., López C. Procedemento de administración de medicación por vía intramuscular. 2021. Disponible en: https://libraria.xunta.gal/sites/default/files/downloads/publicacion/cas_via_im_revisado_pl_v2_.pdf

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Nombre y Cargo: Nombre de la persona que elaboro Cargo de la persona Fecha: 24 de Julio 2020	Nombre y Cargo: Nombre de la persona que reviso Cargo de la persona Fecha: 24 de Julio 2020	Nombre y Cargo: Nombre de la persona que aprobó Cargo de la persona Fecha: 30 de Julio 2020

8.2.5.1.31. Procedimiento Nebulizaciones (Actualizado)

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO IANM <i>Caringo de Todas</i>	PROCESO	ATENCIÓN INMEDIATA	CÓDIGO	PD-AI-01
	PROCEDIMIENTO	NEBULIZACIONES	VERSIÓN	01

OBJETIVO	Estandarizar el procedimiento de canalización de vía periférica las acciones que se van a realizar el procedimiento nebulizaciones.
POBLACION OBJETO	Todos los usuarios con indicación medica de nebulizaciones.
ALCANCE	Aplica para todo el servicio de atención inmediata y hospitalización realizado en la ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO DE LOS PATIOS bajo condiciones de estricta asepsia y antisepsia.
LIMITES	No incluye otros procedimientos solamente los lineamientos para la realización de nebulizaciones.
ÁMBITO DE LA APLICACIÓN	Aplica para todo paciente en el servicio de atención inmediata y hospitalización de la ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO DE LOS PATIOS que tengan la indicación médica de realizar nebulizaciones.
RESPONSABLE	Enfermeras profesionales, Auxiliares de enfermería.
TALENTO HUMANO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Enfermeras ✓ Auxiliares de enfermería
LÍDER	Enfermería
ENFOQUE DE RIESGO	Individual, Biológico, Psicosocial.
ENFOQUE DIFERENCIAL	<p>La atención de los usuarios que brinda la E.S.E. Hospital local Municipio de Los Patios orienta la atención de una forma humanizada, con calidad y con enfoque diferencial, siendo estos algunos de los grupos identificados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Orientación ✓ Etnia ✓ Mujeres gestantes en proceso de parto. ✓ Víctimas del conflicto armado ✓ Víctimas de violencia sexual ✓ Víctimas de cualquier forma de violencia por género. ✓ Desplazados. ✓ Personas en condición de discapacidad (todos los tipos de discapacidad) ✓ Otros.
MATERIALES E INSUMOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fuente de oxígeno o aire con flujómetro (según la indicación) ✓ Nebulizador ✓ Solución salina ✓ Jeringas de 5cc

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>10 AÑOS</i> <i>Corazón de Todos</i>	PROCESO	ATENCIÓN INMEDIATA	CÓDIGO	PD-AI-01
	PROCEDIMIENTO	NEBULIZACIONES	VERSIÓN	01

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Medicamento ordenado ✓ Riñonera ✓ Oxímetro de pulso ✓ Mascarilla de nebulización 				
JUSTIFICACIÓN	Es necesario identificar de forma clara todos los elementos y pasos del procedimiento de nebulizaciones para garantizar una atención ideal con calidad y humanización, que propenda por la disminución de cualquier acción insegura o imprevisto que pueda afectar la integridad del usuario.				
DEFINICIONES	<table border="1"> <tr> <td>Nebulización</td> <td>Consiste en la transformación de una solución líquida utilizando un dispositivo (nebulizador) y gas medicinal (aire u oxígeno), en un aerosol de finas partículas que serán inhaladas y depositadas sobre el epitelio respiratorio.</td> </tr> <tr> <td>Nebulizador</td> <td>Aparato usado para transformar un líquido en pequeñas partículas inhalables.</td> </tr> </table>	Nebulización	Consiste en la transformación de una solución líquida utilizando un dispositivo (nebulizador) y gas medicinal (aire u oxígeno), en un aerosol de finas partículas que serán inhaladas y depositadas sobre el epitelio respiratorio.	Nebulizador	Aparato usado para transformar un líquido en pequeñas partículas inhalables.
	Nebulización	Consiste en la transformación de una solución líquida utilizando un dispositivo (nebulizador) y gas medicinal (aire u oxígeno), en un aerosol de finas partículas que serán inhaladas y depositadas sobre el epitelio respiratorio.			
Nebulizador	Aparato usado para transformar un líquido en pequeñas partículas inhalables.				

POLÍTICAS DE OPERACIÓN


1. Este será el único instructivo documentado que servirá de guía para el procedimiento de nebulización que utilizará el talento humano en salud que quiera realizar dicho procedimiento.
2. La atención se hará de forma informada y consentida por el paciente/usuario y su familia.
3. Se brindará un trato respetuoso, con calidad y humanizado a todos los usuarios, pacientes, familias, comunidades, grupo y sociedad que interactúe con cualquier área o funcionario de la institución.
4. El paciente deberá comprender, aceptar y firmar el consentimiento informado
5. El personal que va a realizar el procedimiento debe diligenciar sus datos dentro del consentimiento informado
6. Si el paciente no acepta, o se niega a firmar el consentimiento informado o a dar su autorización y colocar la huella del índice derecho (para aquellas personas analfabetas) no se podrá ejecutar el procedimiento.
7. Para personas en condición de discapacidad, personas menores de 18 años, o personas que por su estado clínico no puedan dar comprender o firmar el consentimiento informado, lo realizará el representante legal u acompañante


NORMATIVIDAD

- ✓ Resolución 3100 de 2019


DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

N°	ACTIVIDAD/TAREA	DESCRIPCIÓN	PUNTO CONTROL	RESPONSABLE	REGISTRO
----	-----------------	-------------	---------------	-------------	----------

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>¡VANI! Corazón de Todos</i>		PROCESO	ATENCIÓN INMEDIATA	CÓDIGO	PD-AI-01
		PROCEDIMIENTO	NEBULIZACIONES	VERSIÓN	01
1	Orden medica	Indicación médica de realización de nebulizaciones, el medicamento prescrito, la dosis y el horario de las nebulizaciones.	Enfermera profesional	Medico	Sistema Kubap
2	Solicitar consentimiento informado	Explicar de manera clara y concisa el procedimiento a realizar, los beneficios y riesgos de no realizar dicho procedimiento verificar que el paciente haya entendido la información, resolver dudas y solicitar consentimiento informado.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería	Sistema Kubap
3	Prepare el equipo necesario para la realización del procedimiento	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fuente de oxígeno o aire con flujómetro (según la indicación) ✓ Nebulizador ✓ Solución salina ✓ Jeringas de 5cc ✓ Medicamento ordenado ✓ Riñonera ✓ Oxímetro de pulso ✓ Mascarilla de nebulización ✓ guantes 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
4	Realizar lavado de manos	Teniendo en cuenta los 11 pasos de la técnica de lavado de manos según la OMS. Con liquido de asepsia	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
5	Postura de EPP	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uso de gorros quirúrgicos y tapabocas por protocolo. 2. Guantes limpios o de manejo 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
6	Procedimiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Preparar nebulización <ul style="list-style-type: none"> - Tomar nebulizador, destaparlo (retirar la boquilla) y colocar 5cc de agua bidestilada o SSN (según indicación) - Agregar medicación en dosis indicada 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien	Sistema Kubap

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>IANI/Corazón de Todos</i>	PROCESO	ATENCIÓN INMEDIATA	CÓDIGO	PD-AI-01
	PROCEDIMIENTO	NEBULIZACIONES	VERSIÓN	01

		<ul style="list-style-type: none"> - Colocar la boquilla del nebulizador, dejar en envoltura y posicionarlo en bandeja. 3. llevar el material preparado al lado de la cama del paciente. 4. presentarse al paciente con nombre, apellido y cargo 5. verificar la identidad del paciente con orden medica 6. colocar al paciente en posición de fowler o sentado en una silla 7. conectar el sistema de nebulización al oxígeno y gradué el flujo de 6 a 8 litros por minuto hasta conseguir que salga una fina niebla por la mascarilla 8. en caso de nebulizar con compresor, conecte la boquilla al mismo y, una vez enchufado a la red eléctrica, accionar el botón de encendido. Mantenga el compresor en un lugar limpio y bien ventilado mientras está nebulizando. 9. colocar la mascarilla a paciente 10. Dejar la nebulización por el tiempo que sea necesario o que soporte el paciente de acuerdo a orden médica (entre 10 y 15 minutos), entre 2 ó 3 series. Por lo general el tiempo coincide con la finalización de la emisión de partículas del nebulizador (cuando no hay niebla) 11. Retire el equipo nebulizador y administre oxigenoterapia si estuviera prescrito. Compruebe el flujo de oxígeno prescrito 12. Deje al paciente en posición cómoda y adecuada. 		realice el procedimiento)	
13	Recoja el material	<ul style="list-style-type: none"> • Retírese los guantes 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería -	Sistema Kubap

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>IAWII/Corazón de Todos</i>	PROCESO	ATENCIÓN INMEDIATA	CÓDIGO	PD-AI-01
	PROCEDIMIENTO	NEBULIZACIONES	VERSIÓN	01

		<ul style="list-style-type: none"> Organizar los elementos y desechar según las normas institucionales para la disposición de residuos hospitalarios. 		profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	
14	Lavar las manos	Teniendo en cuenta los 11 pasos de la técnica de lavado de manos según la OMS.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
15	Registros clínicos.	<p>Registrar de forma completa, detallada y oportuna todo lo sucedido durante la realización del procedimiento en la historia clínica del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> Asegúrese de escribir el nombre completo del paciente, medicamento administrado, dosis, hora de administración, incluya también una descripción breve del motivo por el cual se realizó el procedimiento, tolerancia al medicamento y efectos secundarios si se produjeran. Si el paciente tiene oxígeno registre en la historia clínica. 	Enfermera profesional Medico	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap


DOCUMENTOS ASOCIADOS

Consentimiento informado nebulizaciones.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

1. INDICACIONES

- ✓ Asma en su forma aguda o grave.
- ✓ Bronquitis, Laringitis
- ✓ Infecciones pulmonares (neumonía)
- ✓ Cuadros respiratorios con grandes cantidades de secreciones, difíciles de expectorar

	PROCESO	ATENCIÓN INMEDIATA	CÓDIGO	PD-AI-01
	PROCEDIMIENTO	NEBULIZACIONES	VERSIÓN	01


✓ Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).


2. CONTRAINDICACIONES

- ✓ Evitar el uso sin la supervisión médica profesional.
- ✓ Reacciones adversas de los medicamentos (diarrea, náuseas y vómitos)
- ✓ Podría causar una crisis asmática si no está medicado adecuadamente
- ✓ No se deberá realizar el procedimiento antes de la ingesta de alimentos.
- ✓ Pacientes que presenten hemoptisis o con insuficiencia cardíaca


ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Jennifer Celena Colmenares Suarez Estudiante de enfermería UFPS		

8.2.5.1.32. Procedimiento Cuidado de heridas (Actualizado)

 PROCESO		CALIDAD	CÓDIGO	PD-AI-01
PROCEDIMIENTO		CUIDADO DE HERIDAS	VERSIÓN	01
OBJETIVO	Estandarizar el procedimiento de enfermería que contribuya a la pronta y satisfactoria recuperación de la integridad cutánea del paciente, disminuyendo factores de riesgo que afecten o retrasen la evolución del proceso de cicatrización.			
POBLACIÓN OBJETO	Todos los usuarios pertenecientes a la población del objeto contractual quienes requieran el servicio.			
ALCANCE	Aplica para todo el servicio de la atención del parto, realizado en la ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO DE LOS PATIOS bajo condiciones de estricta asepsia y antisepsia.			
LÍMITES	No incluye otros procedimientos solamente los lineamientos para la realización de curaciones.			
ÁMBITO DE LA APLICACIÓN	Aplica para el área atención inmediata y consulta externa de la ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS			
RESPONSABLE	Auxiliares de enfermería			
TALENTO HUMANO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Enfermeras ✓ Auxiliares de enfermería 			
LÍDER	enfermería.			
ENFOQUE DE RIESGO	Individual, Biológico, Psicosocial.			
ENFOQUE DIFERENCIAL	<p>La atención de los usuarios que brinda la E.S.E. Hospital local del municipio de Los Patios orienta la atención de una forma humanizada, con calidad y con enfoque diferencial, siendo estos algunos de los grupos identificados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Orientación ✓ Etnia ✓ Mujeres gestantes en proceso de parto. ✓ Víctimas del conflicto armado ✓ Víctimas de violencia sexual ✓ Víctimas de cualquier forma de violencia por género. ✓ Desplazados. ✓ Personas en condición de discapacidad (todos los tipos de discapacidad) ✓ Otros. 			
MATERIALES E INSUMOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mesa de mayo ✓ Tijeras para material ✓ Compresa estéril ✓ Gasa estéril 			

	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-AI-01
	PROCEDIMIENTO	CUIDADO DE HERIDAS	VERSIÓN	01

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Guantes estériles ✓ Guantes limpios ✓ Soluciones (Solución salina o agua estéril). ✓ Jabón antiséptico ✓ Jeringa 5cc -10cc ✓ Esparadrapo – micropore ✓ Apósitos ✓ vendajes ✓ Riñonera ✓ Caneca roja ✓ Otros según necesidades específicas. 														
JUSTIFICACIÓN	Es necesario identificar de forma clara todos los elementos y pasos del procedimiento de curaciones para garantizar una atención ideal con calidad y humanización, que propenda por la disminución de cualquier acción insegura o imprevisto que pueda afectar la integridad del usuario.														
DEFINICIONES	<table border="1"> <tr> <td>Curación</td> <td>Es un tipo de intervención quirúrgica realizada en el periné que pretende facilitar la expulsión del producto ampliando el canal blando del parto. Es la intervención quirúrgica más realizada en el mundo, se efectúa en el 60% de los partos vaginales y en el 90% de los partos de pacientes primíparas.</td> </tr> <tr> <td>Herida</td> <td>División o corte metódico de las partes blandas con un instrumento cortante o bisturí</td> </tr> <tr> <td>Asepsia</td> <td>Ausencia de microorganismos patógenos. Estado libre de gérmenes. Conjunto de procedimientos que impiden la llegada de microorganismos a un medio</td> </tr> <tr> <td>Antisepsia</td> <td>Proceso de destrucción de los microorganismos contaminantes de los tejidos vivos. Conjunto de procedimientos destinados a destruir los gérmenes patógenos.</td> </tr> <tr> <td>Infección</td> <td>Es un término clínico que indica la contaminación, con respuesta inmunológica y daño estructural de un hospedero, causada por un microorganismo patógeno, es decir, que existe invasión con lesión tisular por esos mismos gérmenes (hongos, bacterias, protozoos, virus, priones), sus productos (toxinas) o ambos a la vez.</td> </tr> <tr> <td>Desinfección</td> <td>Proceso de destrucción de microorganismos patógenos, pero no de esporas y gérmenes resistentes.</td> </tr> <tr> <td>Tejidos</td> <td>Estructura formada por células del mismo tipo y que realizan una función específica. Los principales tejidos constitutivos de los órganos del cuerpo humano son: de revestimiento (tejido epitelial); los de sostén (óseo y cartilaginoso); los de unión y relleno (conjuntivo y adiposo); el de defensa (linfoide).</td> </tr> </table>	Curación	Es un tipo de intervención quirúrgica realizada en el periné que pretende facilitar la expulsión del producto ampliando el canal blando del parto. Es la intervención quirúrgica más realizada en el mundo, se efectúa en el 60% de los partos vaginales y en el 90% de los partos de pacientes primíparas.	Herida	División o corte metódico de las partes blandas con un instrumento cortante o bisturí	Asepsia	Ausencia de microorganismos patógenos. Estado libre de gérmenes. Conjunto de procedimientos que impiden la llegada de microorganismos a un medio	Antisepsia	Proceso de destrucción de los microorganismos contaminantes de los tejidos vivos. Conjunto de procedimientos destinados a destruir los gérmenes patógenos.	Infección	Es un término clínico que indica la contaminación, con respuesta inmunológica y daño estructural de un hospedero, causada por un microorganismo patógeno, es decir, que existe invasión con lesión tisular por esos mismos gérmenes (hongos, bacterias, protozoos, virus, priones), sus productos (toxinas) o ambos a la vez.	Desinfección	Proceso de destrucción de microorganismos patógenos, pero no de esporas y gérmenes resistentes.	Tejidos	Estructura formada por células del mismo tipo y que realizan una función específica. Los principales tejidos constitutivos de los órganos del cuerpo humano son: de revestimiento (tejido epitelial); los de sostén (óseo y cartilaginoso); los de unión y relleno (conjuntivo y adiposo); el de defensa (linfoide).
	Curación	Es un tipo de intervención quirúrgica realizada en el periné que pretende facilitar la expulsión del producto ampliando el canal blando del parto. Es la intervención quirúrgica más realizada en el mundo, se efectúa en el 60% de los partos vaginales y en el 90% de los partos de pacientes primíparas.													
	Herida	División o corte metódico de las partes blandas con un instrumento cortante o bisturí													
	Asepsia	Ausencia de microorganismos patógenos. Estado libre de gérmenes. Conjunto de procedimientos que impiden la llegada de microorganismos a un medio													
	Antisepsia	Proceso de destrucción de los microorganismos contaminantes de los tejidos vivos. Conjunto de procedimientos destinados a destruir los gérmenes patógenos.													
	Infección	Es un término clínico que indica la contaminación, con respuesta inmunológica y daño estructural de un hospedero, causada por un microorganismo patógeno, es decir, que existe invasión con lesión tisular por esos mismos gérmenes (hongos, bacterias, protozoos, virus, priones), sus productos (toxinas) o ambos a la vez.													
	Desinfección	Proceso de destrucción de microorganismos patógenos, pero no de esporas y gérmenes resistentes.													
Tejidos	Estructura formada por células del mismo tipo y que realizan una función específica. Los principales tejidos constitutivos de los órganos del cuerpo humano son: de revestimiento (tejido epitelial); los de sostén (óseo y cartilaginoso); los de unión y relleno (conjuntivo y adiposo); el de defensa (linfoide).														

	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-AI-01
	PROCEDIMIENTO	CUIDADO DE HERIDAS	VERSIÓN	01


	Exudado	El exudado es líquido que se filtra desde los vasos sanguíneos hacia los tejidos cercanos. Este líquido está compuesto de células, proteínas y materiales sólidos. El exudado puede supurar a partir de incisiones o de zonas de infección o inflamación. También se conoce como pus. Pudiendo ser: seroso, catarral o mucoso, fibrinoso, hemorrágico, purulento, eosinofílico, linfoplasmocitario, fibrinopurulento, serohemorrágico, mucopurulento.
	Piel perilesional	La piel perilesional se encuentra alrededor de la herida, y es donde se pueden establecer patrones de medición, evaluación y cuantificación de las heridas; se pueden clasificar de modo más correcto y protocolizar cuidados específicos a cada una de ellas
	Desbridamiento	Se define como la eliminación del tejido muerto o lesionado de una herida. La presencia de este tejido retrasa la curación y predispone a la infección. Por tanto, el desbridamiento es esencial para facilitar la curación.
	Cicatrización	La cicatrización es un proceso biológico encaminado a la reparación correcta de las heridas, lo cual genera un producto final de tejido no funcional denominado cicatriz.

POLÍTICAS DE OPERACIÓN


1. Este será el único instructivo documentado que servirá de guía para el procedimiento de curaciones que utilizará el talento humano en salud que quiera realizar dicho procedimiento.
2. La atención se hará de forma informada y consentida por el paciente/usuario y su familia.
3. Se brindará un trato respetuoso, con calidad y humanizada a todos los usuarios, pacientes, familias, comunidades, grupo y sociedad que interactúe con cualquier área o funcionario de la institución.
4. El paciente deberá comprender, aceptar y firmar el consentimiento informado
5. El personal que va a realizar el procedimiento debe diligenciar sus datos dentro del consentimiento informado
6. Si el paciente no acepta, o se niega a firmar el consentimiento informado o a dar su autorización y colocar la huella del índice derecho (para aquellas personas analfabetas) no se podrá ejecutar el procedimiento.
7. Para personas en condición de discapacidad, personas menores de 18 años, o personas que por su estado clínico no puedan dar comprender o firmar el consentimiento informado, lo realizará el representante legal u acompañante

NORMATIVIDAD


- ✓ Resolución 3100 de 2019

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>IAWII/Corazón de Todos</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-AI-01
	PROCEDIMIENTO	CUIDADO DE HERIDAS	VERSIÓN	01


DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO					
N°	ACTIVIDAD/TAREA	DESCRIPCIÓN	PUNTO CONTROL	RESPONSABLE	REGISTRO
1	Orden medica	Indicación médica de realizar la curación, frecuencia, e indicaciones especiales de la curación según el tipo de herida.	Enfermera profesional	Enfermera profesional – auxiliar de enfermería	Sistema Kubap
2	Solicitar consentimiento informado	Explicar de manera clara y concisa el procedimiento a realizar, los beneficios y riesgos de no realizar dicho procedimiento verificar que el paciente haya entendido la información, resolver dudas y solicitar consentimiento informado.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería	Sistema Kubap
3	Preparación del equipo y o material necesario (según el tipo de herida) para la realización del procedimiento	Preparar bandeja con los insumos necesarios para la realización de la curación teniendo en cuenta el tipo de herida, localización y complejidad.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería	Sistema Kubap
4	Realizar lavado de manos	Teniendo en cuenta los 11 pasos de la técnica de lavado de manos según la OMS. Con liquido de asepsia	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería	Sistema Kubap
	Postura de EPP	-Uso de gorros quirúrgicos y tapabocas por protocolo. -Guantes para la limpieza de la herida según indicación y/o tipo de herida: limpios o estériles -Guantes para la curación según indicación y o tipo de herida: limpios o estériles	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería	Sistema Kubap
5	Identificar el tipo de herida	Realizar valoración y clasificación de la herida según el tipo	Auxiliar	Auxiliar de enfermería	Sistema Kubap
6	Realizar limpieza y curación de la herida limpia	LIMPIEZA: • Colocar al paciente en la posición adecuada. -Identificar las características de la herida, tamaño (ancho, longitud y	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería	Sistema Kubap

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>¡VANI! Corazón de Todos</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-AI-01
	PROCEDIMIENTO	CUIDADO DE HERIDAS	VERSIÓN	01

		<p>profundidad) color, temperatura y sensibilidad al dolor.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Observar si hay signos y síntomas de infección en la herida. ● Retirar apósito mediante una técnica no agresiva. ● Realizar el procedimiento en condiciones de aséptica ● Hacer limpieza de la lesión con solución salina. <p>CURACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Limpiar la piel alrededor de la herida con jabón y SSN y solución antiséptica. ● Realizar secado sin arrastre. ● (en etapa granulante no secar) ● Preferiblemente dejarla abierta 			
	Realizar limpieza y curación de la herida contaminada	<p>LIMPIEZA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Colocar al paciente en la posición adecuada. ● Identificar las características de la herida, tamaño (ancho, longitud y profundidad) , color, temperatura y sensibilidad al dolor. ● Observar si hay signos y síntomas de infección en la herida. ● Retirar apósito mediante una técnica no agresiva. ● Realizar el procedimiento en condiciones de aséptica ● Hacer limpieza de la lesión con solución salina. 			

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>¡VANI! Corazón de Todos</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-AI-01
	PROCEDIMIENTO	CUIDADO DE HERIDAS	VERSIÓN	01


		<p>CURACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Limpiar la piel alrededor de la herida con jabón y SSN y solución antiséptica. ● Drenar la herida haciendo presión sobre los bordes ● Limpiar la piel alrededor de la herida con jabón y SSN y solución antiséptica. ● Drenar la herida haciendo presión sobre los bordes, observar las características de la secreción. ● Cuando se trate de drenajes de abscesos, tener el bisturí con la mano dominante y con la otra mano tomar con los dedos índice y pulgar el lugar de la incisión, el bisturí debe estar perpendicular al plano de la incisión. ● La incisión se debe realizar en el lugar más ancho del absceso y debe ser un corte seco que permite hacer el drenaje de forma adecuada. ● Cuando haya vasos sanguíneos, terminaciones nerviosas o cualquier otro tipo de órgano implicado esta se debe hacer con mucha cautela para no causar daño alguno 		
	Realizar limpieza y curación de la herida por quemadura	Esta depende de la extensión en un primer nivel de debe estabilizar al paciente manejar el dolor, hidratar las heridas con SSN, aislar el paciente, cubrir con compresas estériles, mantener irrigación con SSN, cubrir con una sábana y mantener la intimidad del paciente		

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>IAWII/Corazón de Todos</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-AI-01
	PROCEDIMIENTO	CUIDADO DE HERIDAS	VERSIÓN	01

		mientras se remite al nivel de complejidad que los requiera. No realice debridación			
	Realizar limpieza de herida por mordedura de perro	Lavar la herida con abundante agua y jabón. Hacer limpieza de la lesión con solución salina normal y con jabón			
7	Cubrir con gasas estériles	Aplicar estimulantes de cicatrización según necesidad, fíjelo con esparadrapo: En caso de exudado leve o inflamación y enrojecimiento, aplicar producto indicado y luego cubrir con gasa estéril.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería	Sistema Kubap
8	Dejar al paciente en posición cómoda	Velar por el bienestar	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería	Sistema Kubap
9	Desechar el material contaminado	Según protocolo institucional de desecho de residuos sanitarios.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería	Sistema Kubap
10	Quitar los elementos de protección personal	-Evite contaminarse usted o a otros cuando se retire el EPP. -Siempre retirar lo más contaminado primero.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería	Sistema Kubap
11	Lavar las manos	Teniendo en cuenta los 11 pasos de la técnica de lavado de manos según la OMS.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería	Sistema Kubap
12	Realizar educación	Indicar al paciente los cuidados especiales de la herida, los intervalos de la curación y resolver sus dudas según sea el caso.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería	Sistema Kubap
13	Registros clínicos.	Registrar de forma completa, detallada y oportuna todo lo sucedido (procedimientos, intervenciones, complicaciones, etc..)	Enfermera profesional Medico	Enfermera profesional Medico	Sistema Kubap

DOCUMENTOS ASOCIADOS

Protocolo de curaciones.
Consentimiento informado curaciones

	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-AI-01
	PROCEDIMIENTO	CUIDADO DE HERIDAS	VERSIÓN	01

INFORMACIÓN A TENER EN CUENTA

INDICACIONES


- Presencia de tejido necrótico
- Presencia de heridas abiertas o cerradas
- Presencia de heridas limpias o contaminadas

COMPLICACIONES

- **Hemorragia:** Salida de sangre de la circulación vascular que destruye la integridad del sistema circulatorio.
- **Infección:** Penetración de microorganismos tales como bacterias, virus, hongos o parásitos en un organismo (el cuerpo humano), con permanencia o multiplicación posterior.
- **Dehiscencia:** Es una separación parcial o total de las capas de los tejidos de la piel por encima de la fascia en una herida de mala cicatrización; puede ocurrir en cualquier tipo de incisión.
- **Evisceración:** Es la protrusión del contenido de la herida. Es el resultado de que han cedido las suturas, así como de infecciones y con mayor frecuencia de la distensión considerable o de la tos, al igual está involucrada una nutrición deficiente

RECOMENDACIONES GENERALES

- La curación debe realizarse en un sitio tranquilo y sin visitantes, no debe efectuarse durante las actividades de limpieza de la unidad del paciente, pues esta acción facilita la contaminación de la herida con partículas de polvo.
- El material que se utiliza en la curación debe ser colocado en una bandeja, la cantidad será la necesaria por curación y por paciente.
- Si la cantidad de curaciones a realizar es muy grande se debe utilizar carro de curaciones para transportar materiales y equipos, al entrar a la unidad del paciente se debe llevar la bandeja con lo necesario.
- Los equipos sucios no se deben colocar en el carro de curaciones, ni en la bandeja, se debe llevar directamente al área de material sucio.
- Determinar si la herida presenta signos de infección como rubor, calor local, adema, dolor a la palpación y salida de material purulento, si es así se clasificará como herida contaminada; si no presenta signo de infección alguno se clasificará como herida limpia.

	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-AI-01
	PROCEDIMIENTO	CUIDADO DE HERIDAS	VERSIÓN	01


- Una herida con más de 6h de evolución o hasta 24h, si se trata de la cara, no deberá cerrarse, las heridas que se consideran sucias tales como heridas por arma de fuego,
- heridas por mordedura de animal, heridas con cuerpos extraños abundantes y heridas secundarias a quemaduras, no se cierran de inmediato. En estos casos lo más aceptado es dejar las heridas abiertas para un cierre por segunda intención.


EDUCACIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA

- Explicar a la familia la importancia de la realización de las curaciones según indicaciones.
- Hacer partícipe a la familia en el cuidado de vendajes y gasas del paciente
- Recalcar al paciente y la familia la importancia de informar cambios al personal de salud.

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Jennifer Celena Colmenares Suarez Estudiante UFPS		

8.2.5.1.33. Procedimiento Electrocardiograma (Actualizado)


	PROCESO	ATENCIÓN INMEDIATA	CÓDIGO	PD-AI-01
	PROCEDIMIENTO	TOMA DE ELECTROCARDIOGRAMA	VERSIÓN	01
OBJETIVO	Estandarizar el procedimiento de enfermería toma de electrocardiograma con el fin de obtener un registro gráfico de la actividad eléctrica del corazón, mediante un electrocardiógrafo para identificar alteraciones anatómicas, metabólicas, iónicas y hemodinámicas del corazón.			
POBLACIÓN OBJETO	Todos los usuarios que requieran la realización del electrocardiograma.			
ALCANCE	Aplica para todo el servicio de atención inmediata de la ESE HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE LOS PATIOS .			
LÍMITES	No incluye otros procedimientos solamente los lineamientos para la realización de un electrocardiograma.			
ÁMBITO DE LA APLICACIÓN	Aplica para las áreas asistenciales y consulta externa de la ESE HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE LOS PATIOS que precisen la realización de un ECG.			
RESPONSABLE	Enfermeras profesionales, Auxiliares de enfermería			
TALENTO HUMANO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Enfermeras ✓ Auxiliares de enfermería 			
LÍDER	Enfermería			
ENFOQUE DE RIESGO	Individual, Biológico, Psicosocial.			
ENFOQUE DIFERENCIAL	<p>La atención de los usuarios que brinda la E.S.E. Hospital local del municipio de Los Patios orienta la atención de una forma humanizada, con calidad y con enfoque diferencial, siendo estos algunos de los grupos identificados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Orientación ✓ Etnia ✓ Mujeres gestantes en proceso de parto. ✓ Víctimas del conflicto armado ✓ Víctimas de violencia sexual ✓ Víctimas de cualquier forma de violencia por género. ✓ Desplazados. ✓ Personas en condición de discapacidad (todos los tipos de discapacidad) ✓ Otros. 			
MATERIALES E INSUMOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Camilla o cama. ✓ Electrocardiógrafo. ✓ Cable con cuatro terminales de extremidades y seis torácicas. ✓ Electrodos (desechables o de ventosa). 			

	PROCESO	ATENCIÓN INMEDIATA	CÓDIGO	PD-AI-01
	PROCEDIMIENTO	TOMA DE ELECTROCARDIOGRAMA	VERSIÓN	01

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pasta conductora y/o solución salina. ✓ Gasas o toallas de papel. ✓ Maquinilla de rasurar desechable. ✓ Papel milimétrico. 						
JUSTIFICACIÓN	Es necesario identificar de forma clara todos los elementos y pasos del procedimiento para la toma de electrocardiograma para garantizar una atención ideal con calidad y humanización, que propenda por la disminución de cualquier acción insegura o imprevisto que pueda afectar la integridad del usuario.						
DEFINICIONES	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Electrocardiograma</td> <td>El electrocardiograma es un registro gráfico que anota los potenciales eléctricos producidos en asociación con el latido cardíaco. El músculo del corazón es el único entre los músculos del cuerpo que es capaz de contraerse en forma automática y rítmica. Los impulsos que preceden a la contracción se originan en el sistema conductor del corazón. Estos impulsos se traducen en una excitación de todas las fibras musculares del miocardio. La formación de impulsos y su conducción producen corrientes eléctricas débiles que se difunden por todo el cuerpo. Si se colocan electrodos en sitios diferentes del cuerpo y se conectan a un electrocardiógrafo se obtiene el electrocardiograma.</td> </tr> <tr> <td>Derivaciones</td> <td>Un trazado normal se compone de 12 derivaciones: tres derivaciones bipolares, tres derivaciones unipolares y seis derivaciones precordiales.</td> </tr> <tr> <td>Electrodos</td> <td>Los electrodos son dispositivos con una superficie adhesiva que se colocan en áreas específicas del cuerpo, los cuales liberan pulsos eléctricos de diversa frecuencia y para diferentes fines.</td> </tr> </table>	Electrocardiograma	El electrocardiograma es un registro gráfico que anota los potenciales eléctricos producidos en asociación con el latido cardíaco. El músculo del corazón es el único entre los músculos del cuerpo que es capaz de contraerse en forma automática y rítmica. Los impulsos que preceden a la contracción se originan en el sistema conductor del corazón. Estos impulsos se traducen en una excitación de todas las fibras musculares del miocardio. La formación de impulsos y su conducción producen corrientes eléctricas débiles que se difunden por todo el cuerpo. Si se colocan electrodos en sitios diferentes del cuerpo y se conectan a un electrocardiógrafo se obtiene el electrocardiograma.	Derivaciones	Un trazado normal se compone de 12 derivaciones: tres derivaciones bipolares, tres derivaciones unipolares y seis derivaciones precordiales.	Electrodos	Los electrodos son dispositivos con una superficie adhesiva que se colocan en áreas específicas del cuerpo, los cuales liberan pulsos eléctricos de diversa frecuencia y para diferentes fines.
Electrocardiograma	El electrocardiograma es un registro gráfico que anota los potenciales eléctricos producidos en asociación con el latido cardíaco. El músculo del corazón es el único entre los músculos del cuerpo que es capaz de contraerse en forma automática y rítmica. Los impulsos que preceden a la contracción se originan en el sistema conductor del corazón. Estos impulsos se traducen en una excitación de todas las fibras musculares del miocardio. La formación de impulsos y su conducción producen corrientes eléctricas débiles que se difunden por todo el cuerpo. Si se colocan electrodos en sitios diferentes del cuerpo y se conectan a un electrocardiógrafo se obtiene el electrocardiograma.						
Derivaciones	Un trazado normal se compone de 12 derivaciones: tres derivaciones bipolares, tres derivaciones unipolares y seis derivaciones precordiales.						
Electrodos	Los electrodos son dispositivos con una superficie adhesiva que se colocan en áreas específicas del cuerpo, los cuales liberan pulsos eléctricos de diversa frecuencia y para diferentes fines.						

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. Este será el único instructivo documentado que servirá de guía para el procedimiento para la toma de electrocardiograma que utilizará el talento humano en salud que vayan a realizar dicho procedimiento.
2. La atención se hará de forma informada y consentida por el paciente/usuario y su familia.
3. Se brindará un trato respetuoso, con calidad y humanizado a todos los usuarios, pacientes, familias, comunidades, grupo y sociedad que interactúe con cualquier área o funcionario de la institución.
4. El paciente deberá comprender, aceptar y firmar el consentimiento informado
5. El personal que va a realizar el procedimiento debe diligenciar sus datos dentro del consentimiento informado
6. Si el paciente no acepta, o se niega a firmar el consentimiento informado o a dar su autorización y colocar la huella del índice derecho (para aquellas personas analfabetas) no se podrá ejecutar el procedimiento.
7. Para personas en condición de discapacidad, personas menores de 18 años, o personas que por su estado clínico no puedan dar comprender o firmar el consentimiento informado, lo realizará el representante legal u acompañante


 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>IANM/Corazón de Todos</i>	PROCESO	ATENCIÓN INMEDIATA	CÓDIGO	PD-AI-01
	PROCEDIMIENTO	TOMA DE ELECTROCARDIOGRAMA	VERSIÓN	01

NORMATIVIDAD


✓ Resolución 3100 de 2019


DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO


N°	ACTIVIDAD/TAREA	DESCRIPCIÓN	PUNTO CONTROL	RESPONSABLE	REGISTRO
1	Orden medica	Indicación médica para la realización de la toma del electrocardiograma, verificar la identidad del paciente y su estado actual de salud.	Enfermera profesional	Enfermera profesional – auxiliar de enfermería	Sistema Kubap
2	Solicitar consentimiento informado	Explicar de manera clara y concisa el procedimiento a realizar, los beneficios y riesgos de no realizar dicho procedimiento verificar que el paciente haya entendido la información, resolver dudas y solicitar consentimiento informado.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería	Sistema Kubap
3	Verificar el funcionamiento del equipo y material necesario	1. Asegúrese de que el electrocardiógrafo funcione correctamente, al igual que el material requerido para la realización del procedimiento. 2. Verifique que haya papel suficiente para registrar un ECG completo	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
4	Realizar lavado de manos	Teniendo en cuenta los 11 pasos de la técnica de lavado de manos según la OMS.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
5	Postura de EPP	1. Uso de gorros quirúrgicos y tapabocas por protocolo.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien	Sistema Kubap

	PROCESO	ATENCIÓN INMEDIATA	CÓDIGO	PD-AI-01
	PROCEDIMIENTO	TOMA DE ELECTROCARDIOGRAMA	VERSIÓN	01

		2. Guantes limpios en caso de que haya riesgo de contacto con secreciones corporales.		realice el procedimiento)	
6	Colocar al paciente en posición y prepararlo para el procedimiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coloque al paciente en posición decúbito dorsal; si tiene problemas respiratorios, colocar en posición semi fowler. 2. Pida y/o ayude al paciente a descubrir el tórax, los maléolos y los antebrazos. Brazos pegados al cuerpo, pero verificando que los pulsos no toquen la cintura y los pies no toquen la cama. Respirar normal y no hablar durante la prueba. 3. Limpie la piel con alcohol en las zonas de colocación de los electrodos y rasurar el vello abundante del pecho si fuese necesario (pedir consentimiento verbal del paciente) 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
7	Colocar electrodos y conecte las derivaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Tórax. Derivaciones precordiales. <p>-V1 – Cuarto espacio intercostal, borde esternal derecho -V2 – Cuarto espacio intercostal, borde esternal izquierdo -V3 – Entre V2 y V4 -V4 – 5° espacio intercostal, línea medio-clavicular izquierda -V5 – Línea anterior axilar izquierda a la misma altura que V4 -V6 – Línea axilar media izquierda a la misma altura que V4</p>	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>¡VANI! Corazón de Todos</i>		PROCESO	ATENCIÓN INMEDIATA	CÓDIGO	PD-AI-01
		PROCEDIMIENTO	TOMA DE ELECTROCARDIOGRAMA	VERSIÓN	01
		<ul style="list-style-type: none"> Extremidades <p>-RA (right arm o brazo derecho) o rojo al electrodo de la muñeca derecha. -LA (left arm o brazo izquierdo) o amarillo al electrodo de la muñeca izquierda -RL (right leg) o negro al electrodo del tobillo derecho -LL (left leg o pierna izquierda) o verde: tobillo izquierdo</p>			
7	Preparación del equipo	Encienda y programe el electrocardiógrafo para iniciar el trazado.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
8	Recomendaciones al paciente	Solicite al paciente que se relaje, permanezca quieto y respire normalmente, evitando hablar durante el procedimiento porque esto puede generar interferencia y dificultades en la toma correcta del electrocardiograma.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
9	Toma el electrocardiograma	<ol style="list-style-type: none"> Encienda el electrocardiógrafo, si éste posee un transcriptor de datos, ingrese los datos del paciente. Fije el selector de velocidad del papel de electrocardiógrafo en 25 mm/seg. Oprima el botón de inicio para el registro electrocardiográfico, revise el trazo conforme se va imprimiendo hasta la obtención de las derivaciones deseadas y vaya verificando que se encuentre sin interferencia; 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>		PROCESO	ATENCIÓN INMEDIATA	CÓDIGO	PD-AI-01
		PROCEDIMIENTO	TOMA DE ELECTROCARDIOGRAMA	VERSIÓN	01
		<ul style="list-style-type: none"> • Si la calidad no es adecuada, buscar y solucionar la causa, repetir el trazado correspondiente; • Si hay mucha interferencia desconecte los aparatos que están enchufados al lado del conector que se utiliza para el electrocardiógrafo. Apagar los aparatos eléctricos en la sala puede mejorar la calidad del trazado del ECG. • Si el temblor muscular interfiere con el registro, anime al paciente a relajarse. • Para garantizar que todas las derivaciones han sido colocadas correctamente, vuelva a comprobar el posicionamiento. 			
10	Retiro de electrodos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Una vez finalizado y verificado que se haya tomado adecuadamente el trazado del electrocardiograma, retire las derivaciones y los electrodos del cuerpo del paciente. 2. Apague el electrocardiógrafo para concluir el registro. 3. Elimine el exceso de gel en el tórax y extremidades del paciente. 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
11	Ayuda al paciente	Ayuda al paciente a vestirse, dejándolo en posición cómoda y adecuada.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
12	Recoja el material	1. Recoja y limpie el equipo.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería -	Sistema Kubap

	PROCESO	ATENCIÓN INMEDIATA	CÓDIGO	PD-AI-01
	PROCEDIMIENTO	TOMA DE ELECTROCARDIOGRAMA	VERSIÓN	01

		2. Guarde el electrocardiograma como indiquen las normas de uso.		profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	
13	Lavar las manos	Teniendo en cuenta los 11 pasos de la técnica de lavado de manos según la OMS.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
14	Registros clínicos.	<p>Registrar de forma completa, detallada y oportuna todo lo sucedido durante la realización del procedimiento en la historia clínica del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Asegúrese de escribir el nombre completo del paciente, número de identificación, hora y fecha de su realización. ✓ Incluya también una descripción breve del motivo de realización del ECG 	Enfermera profesional Medico	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap

DOCUMENTOS ASOCIADOS


Consentimiento informado toma de electrocardiograma
Historia clínica

INFORMACIÓN A TENER EN CUENTA

1. INDICACIONES

El electrocardiograma se usa para ayudar a diagnosticar y vigilar muchos tipos de enfermedades del corazón y su tratamiento. Estas afecciones incluyen:

1. Estudio básico para el diagnóstico de patologías cardíacas tales como cardiopatía isquémica, valvulopatías, alteraciones del ritmo o la conducción, miocardiopatías y trastornos electrolíticos.
2. Trazo basal de la función del corazón durante un examen físico.

	PROCESO	ATENCIÓN INMEDIATA	CÓDIGO	PD-AI-01
	PROCEDIMIENTO	TOMA DE ELECTROCARDIOGRAMA	VERSIÓN	01

3. Como parte de la preparación previa a algún procedimiento quirúrgico o anestésico.
4. Valorar el funcionamiento de un marcapaso implantado.
5. Vigilar la eficacia de ciertos fármacos para el corazón.
6. Evaluar el estado cardiovascular después de un infarto o de algún procedimiento cardiovascular.

COMPLICACIONES

Los electrocardiogramas suelen ser pruebas seguras e indoloras que no presentan riesgos importantes. De hecho, los electrodos, o parches adhesivos, que mantienen los sensores en el pecho de su paciente no emiten descargas eléctricas. A lo sumo, el paciente promedio puede desarrollar un ligero sarpullido o irritación en el lugar donde se colocan los electrodos.

RECOMENDACIONES GENERALES


- Para la toma adecuada del electrocardiograma la persona debe quitarse la camisa y en el caso de las mujeres también el sostén. Hay que acostarse y es necesario retirar las prendas de metal, como pulseras, anillos, collares, etc.; además llaves y monedas de los bolsillos, pues pueden causar interferencia.
- Se debe mantener muy quieto durante el registro para evitar interferencia.
- La toma del registro usualmente dura menos de 2 minutos, pero puede prolongarse en caso de necesitar un registro largo para descartar arritmia.
- Se debe conocer qué medicamentos toman los pacientes, algunos medicamentos pueden alterar el registro electrocardiográfico.

EDUCACIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA

- Explicar a la familia la importancia de la realización del procedimiento según indicaciones.
- Esclarecer dudas e inquietudes del paciente y/o familiares acerca del procedimiento.

BIBLIOGRAFIA

1. Elsevier. Pasos para la obtención de un electrocardiograma de 12 derivaciones [Internet]. [citado el 10 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/11-pasos-para-la-obtencion-de-un-electrocardiograma-de-12-derivaciones>
2. Dono MA., González MR., Calvo JA., Vázquez M., Rodríguez I., Vázquez V., Rodríguez A., Arriarán MV., Díaz I., Arias SM., Procedimiento de administración de realización de electrocardiograma. Servicio Gallego de Salud. 2020. [Internet]. [citado el 10 de abril de 2023]. Disponible en: https://runa.sergas.gal/xmlui/bitstream/handle/20.500.11940/14482/Procedimiento_electrocardiograma_castellano.pdf?sequence=4

	PROCESO	ATENCIÓN INMEDIATA	CÓDIGO	PD-AI-01
	PROCEDIMIENTO	TOMA DE ELECTROCARDIOGRAMA	VERSIÓN	01

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Jennifer Celena Colmenares Suarez Estudiante de enfermería UFPS		

8.2.5.1.34. Procedimiento Diligenciamiento del consentimiento informado (Actualizado)

		PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-CA-04
		PROCEDIMIENTO	DILIGENCIAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO	VERSIÓN	01
OBJETIVO	Definir las actividades a seguir para el diligenciamiento adecuado por parte del talento humano en salud de los consentimientos informados, a los pacientes o acompañante sobre el/los procedimientos y/o intervenciones que se vayan realizar, en los servicios prestados que requieran de la E.S.E. Hospital Local del Municipio de los Patios.				
ALCANCE	Este procedimiento comprende desde la descripción del procedimiento que se piensa realizar en donde se menciona los riesgos, beneficios y demás circunstancias relevantes relacionadas con la situación de salud del paciente y con la intervención propuesta. Para lograr así el acuerdo con el paciente, en donde decide libremente y de manera informada objetivamente si se somete o no a la intervención o procedimiento sugerido, hasta el resguardo de dicho documento.				
ÁMBITO DE LA APLICACIÓN	Todos los servicios habilitados en la institución de acuerdo al registro especial de prestadores de servicios de salud-REPS.				
LÍDER	Personal de salud de los servicios habilitados de la institución que tienen contacto con los usuarios y va a realizar el procedimiento.				
DEFINICIONES	SEGURIDAD DEL PACIENTE	es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.			
	ATENCIÓN EN SALUD	servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.			
	INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA	un acontecimiento o una circunstancia que puede alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.			
	FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD	una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.			
	PROCEDIMIENTO	es el modo de proceder o el método que se implementa para llevar a cabo una acción u orden médica a un usuario.			
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	Es el procedimiento médico formal cuyo objetivo es aplicar el principio de autonomía del paciente, es decir, la obligación de respetar a los pacientes			

	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-CA-04
	PROCEDIMIENTO	DILIGENCIAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO	VERSIÓN	01

		como individuos y hacer honor a sus preferencias en cuidados médicos. Este documento deber ser leído y comprendido por el paciente (o por quien lo represente en caso de incapacidad) y firmado por el profesional y el paciente o su representante legal.
	FALLAS ACTIVAS O ACCIONES INSEGURAS	son acciones u omisiones que tienen el potencial de generar daño u evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc).
	FALLAS LATENTES	son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (personal administrativo)
	EVENTO ADVERSO	Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.
	FACTORES CONTRIBUTIVOS	son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa).
	RACIONAL	Se aplica al ser dotado de razón y, por lo tanto, con capacidad de pensar o de razonar.
	INFORMADO	Comunicar Una noticia o sin noticias de conjunto a las Quien desconoce.
	INTERVENCIÓN	Control que una autoridad ejerce sobre la comunicación privada de alguien.
	VOLUNTARIEDAD	Se aplica a la acción que se decide hacer libremente y no por obligación o imposición de otro.
	COACCIÓN	Fuerza o violencia que se hace a alguien para obligarlo a que diga o ejecute algo.
	REESTRUCTURAR	Cambiar la forma en que algo está estructurado o darle una nueva estructura.
	AUTODETERMINACIÓN	Decisión de los pobladores de una unidad territorial acerca de su futuro estatuto político.

	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-CA-04
	PROCEDIMIENTO	DILIGENCIAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO	VERSIÓN	01

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

La Estructura del consentimiento informado: El documento de consentimiento informado cuenta entre otras cosas con la siguiente información:

- ✓ Nombre del paciente.
- ✓ Documento de identidad
- ✓ Nombre del procedimiento a realizar
- ✓ Fecha de la obtención del consentimiento informado.
- ✓ Nombre del profesional que envía el procedimiento
- ✓ Declaración de que ha recibido, por parte del profesional que efectuará el procedimiento, información de la definición del procedimiento, riesgos y beneficios.
- ✓ Expresión explícita del consentimiento libre y voluntario de parte del usuario de efectuarse el procedimiento o su rechazo.
- ✓ Firma, nombre y huella del paciente o representante legal o acudiente, según corresponda.
- ✓ Firma, nombre y huella del profesional que comunica y explica el consentimiento informado y/o aplica el procedimiento.

Orientaciones:

- ✓ El consentimiento informado debe ser diligenciado por el profesional de salud responsable de forma completa.
- ✓ La comunicación y explicación del consentimiento informado se le debe hacer al paciente y a su acompañante y en caso de menor de edad al padre o responsable del menor.
- ✓ El diligenciamiento del consentimiento informado debe ser realizado el mismo día que se le realiza el procedimiento al paciente, antes de someter al paciente a cualquier procedimiento.
- ✓ El archivo del consentimiento informado se debe realizar por número de documento de identidad del paciente y debe conservarse su confidencialidad como anexo integral de la historia clínica, por ende, será escaneado y cargado en el aplicativo Kubapp de forma inmediata. Al igual se archiva el documento en la carpeta física de historia de clínica, garantizando la custodia de los mismos dentro de la organización.
- ✓ Los procedimientos y los diferentes consentimientos informados que se deben aplicar se encuentran publicados en la intranet institucional.

Responsable:

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>IAFANI</i> / <i>Corazón de Todos</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-CA-04
	PROCEDIMIENTO	DILIGENCIAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO	VERSIÓN	01

- ✓ Auxiliares de enfermería
- ✓ Médicos
- ✓ Enfermera profesional
- ✓ Odontólogos
- ✓ Bacteriólogos
- ✓ Fisioterapeutas
- ✓ Psicólogos
- ✓ Nutricionistas.
- ✓ Cualquier miembro del equipo de salud de la E.S.E. Hospital local del municipio de los patios.

NORMATIVIDAD

- ✓ **Ley 23 de 1981** Por la cual se dictan normas en materia de ética médica
- ✓ **Resolución 1995 de 1999** Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica
- ✓ **Resolución 2003 de 2014** Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud
- ✓ **Resolución 1543 de 1997** Por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).
- ✓ **Resolución 1973 de 2008** por medio de la cual se modifica la Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres, adoptada mediante Resolución 0769 de 2008.
- ✓ **Resolución 3100 de 2019**, Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-CA-04
	PROCEDIMIENTO	DILIGENCIAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO	VERSIÓN	01

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO					
N°	ACTIVIDAD/TAREA	DESCRIPCIÓN	PUNTO CONTROL	RESPONSABLE	REGISTRO
1	Educación e Información de forma verbal acerca del procedimiento a efectuar	Entrega información objetiva verbal y general al usuario acerca del procedimiento que se le realizara beneficios y posibles complicaciones.	Personal de la salud que va a realizar el procedimiento.	Profesional de salud responsable.	Protocolo del procedimiento a realizar / intranet /consentimiento informado
2	Información del consentimiento informado	Se brindara información definida y estructurada sobre el procedimiento a realizar, potenciales riesgos y beneficios con terminología explícita en donde se expresa que el usuario será libre y voluntario de tomar la decisión de realizar o no el procedimiento.	Personal de la salud que va a realizar el procedimiento.	Profesional de salud responsable.	Protocolo del procedimiento a realizar / intranet /consentimiento informado
3	Aclaración de dudas sobre el tratamiento	El usuario lee con calma y tranquilidad el formato de consentimiento informado, y solicita aclaraciones al profesional de la salud que le realizo la explicación. En el caso en que no entienda la información suministrada, discute con familia y toma decisión informada. Discute con la familia y aclara las dudas acerca del tratamiento a efectuar.	Personal de la salud que va a realizar el procedimiento.	Profesional de salud responsable.	Protocolo del procedimiento a realizar / intranet /consentimiento informado
4	Aprobación del consentimiento por parte del paciente.	El paciente o el responsable del paciente, aprueban o no documentalmente el procedimiento e intervención en salud a que va a ser sometido, Después de haber leído y entendido el consentimiento	Personal de la salud que va a realizar el procedimiento	Usuario	Protocolo del procedimiento a realizar / intranet /consentimiento informado

	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-CA-04
	PROCEDIMIENTO	DILIGENCIAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO	VERSIÓN	01

		informado, En el caso de aprobación el usuario firma el documento evidenciando que conoce y que está de acuerdo en que se le realice el procedimiento.			
5	Archivo del consentimiento informado	El consentimiento será escaneado y cargado en el aplicativo Kubapp en la historia clínica del paciente. Al igual se archivara en la carpeta física de historia clínica del usuario el consentimiento del paciente por número de documento de identidad	Personal de la salud que va a realizar el procedimiento.	Profesional de salud responsable.	Protocolo del procedimiento a realizar / intranet / consentimiento informado
6	Verificación de la aplicación del consentimiento informado	Preguntar aleatoriamente a una muestra pequeña de pacientes acerca de cómo fue explicado el consentimiento informado, y si le quedo claro. Si no quedo claro, efectuar la re inducción al profesional que le informo al paciente.	Líder del servicio.	Líder servicio del	Informe.

DOCUMENTOS ASOCIADOS

✓ Registro del consentimiento informado listado maestro.

ELABORADO POR		REVISADO POR		APROBADO POR	
Yicela Saavedra Cardona Enfermera Profesional de Calidad		Nohelia Vanessa Ortega Álvarez Profesional Apoyo Planeación		Antonio Palma Acosta Profesional Planeación	
CONTROL DEL CAMBIO					
Versión	Descripción del Cambio		Detalles del Cambio		Fecha
1	Adopción del documento		Acta 004 del SIG 2023		18-04-2023

8.2.5.1.35. Procedimiento informado Inmunización en casos de violencia sexual (Actualizado)

		PROCESO	CONSULTA EXTERNA	CÓDIGO	PD-CE-04
		PROCEDIMIENTO	INMUNIZACIÓN EN CASOS DE URGENCIA O PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	VERSIÓN	01
OBJETIVO	Garantizar la profilaxis para hepatitis B a toda víctima de violencia sexual que sean detectados en la E.S.E. Hospital Local del Municipio de Los Patios, de acuerdo a los criterios básicos e indispensables para el abordaje integral de la intervención.				
POBLACIÓN OBJETO	Víctimas de las diferentes formas de violencia sexual que soliciten los servicios en la E.S.E. Hospital Local del Municipio de Los Patios y que sean atendidas por parte del equipo de salud de la institución, comprometidos con la restitución de los derechos que le han sido vulnerado a las niñas, niños, adolescentes, mujeres, hombres y personas adultas mayores de diversas etnias, habilidades físicas y cognitivas, orientaciones sexuales, clases sociales, procedencia rural o urbana, situaciones como ser víctima del conflicto armado o el desplazamiento forzado, entre otras.				
ALCANCE	Este procedimiento incluye la inmunización en casos de urgencia para víctimas de violencia sexual por medio de la vacunación (Gamaglobulina + Hepatitis B) de los casos identificados en la E.S.E. Hospital Local del Municipio de Los Patios, posterior a la valoración y criterio médico.				
LIMITES	No incluye otros procedimientos, incluye únicamente la inmunización por medio de la vacunación en casos de urgencia y/o para víctimas de violencia sexual, según criterio médico.				
ÁMBITO DE LA APLICACIÓN	Aplica para la E.S.E. Hospital Local del Municipio de Los Patios y sus IPS satélites.				
RESPONSABLE	Talento humano en salud que realiza el procedimiento.				
TALENTO HUMANO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Médico ✓ Enfermero ✓ Auxiliar de enfermería. 				
LÍDER	Talento humano en salud que realiza el procedimiento.				
ENFOQUE DE RIESGO	Individual, Biológico, Psicosocial, Conductual				
ENFOQUE DIFERENCIAL	<p>La atención de los usuarios que brinda la E.S.E. Hospital local del municipio de Los Patios orienta la atención de una forma humanizada, con calidad y con enfoque diferencial, siendo estos algunos de los grupos identificados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Género ✓ Orientación ✓ Etnia ✓ Por ciclo vital: neonatos, infancia, adolescencia, joven, adulto, adulto mayor. ✓ Víctimas del conflicto armado ✓ Víctimas de violencia sexual ✓ Víctimas de cualquier forma de violencia por género. ✓ Desplazados. ✓ Personas en condición de discapacidad (todos los tipos de discapacidad) 				

	PROCESO	CONSULTA EXTERNA	CÓDIGO	PD-CE-04
	PROCEDIMIENTO	INMUNIZACIÓN EN CASOS DE URGENCIA O PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	VERSIÓN	01

MATERIALES E INSUMOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Otros. ✓ Software kubapp ✓ Plataforma paiweb ✓ Formatos en medio físicos. ✓ Computador ✓ Impresora ✓ Lapicero ✓ Conexión estable a Internet ✓ Escritorio ✓ Consultorio ✓ Silla ✓ Vacuna Hepatitis B + Gamaglobulina (Refrigerada) ✓ Jeringas
JUSTIFICACIÓN	Es necesario identificar de forma clara todos los elementos y pasos del procedimiento de profilaxis o inmunización en casos de urgencia en la atención a víctimas de violencia sexual, brindando una atención integral, compasiva, oportuna, con calidad y humanización, con el objetivo de disminuir cualquier acción insegura o barrera en la atención del paciente, asegurando su cuidado, recuperación y protección integral.
DEFINICIONES	Inmunoglobulina contra la hepatitis B La inmunoglobulina antihepatitis B (HBIG) proporciona protección inmediata a corto plazo contra la infección por hepatitis B. La inmunoglobulina antihepatitis B contiene grandes cantidades de anticuerpos de la hepatitis B extraídos de la sangre humana donada. Los anticuerpos son proteínas que el sistema inmunitario de una persona crea para luchar contra los gérmenes, por ejemplo, bacterias y virus como la hepatitis B.
	Hepatitis B La hepatitis B es una infección hepática potencialmente mortal causada por el virus de la hepatitis B (VHB). Representa un importante problema de salud a escala mundial. Se puede cronificar y conlleva un alto riesgo de muerte por cirrosis y cáncer de hígado.
	Inmunización La inmunización es el proceso por el que una persona se hace inmune o resistente a una enfermedad infecciosa, por lo general mediante la administración de una vacuna. Las vacunas estimulan el propio sistema inmunitario del cuerpo para proteger a la persona contra infecciones o enfermedades posteriores.
	Profilaxis Es la acción preventiva de la aparición de las enfermedades infectocontagiosas a través de tratamientos preventivos.
	Vacuna Es un preparado que se basa en microorganismos (muertos, debilitados o vivos) como bacterias, hongos, parásitos y, en forma más limitada, virus o rickettsias; que se administra a una persona para prevenir, atenuar o tratar las enfermedades infecciosas.
	Víctima Se entiende por víctima la persona que individual o colectivamente haya sufrido daños directos tales como lesiones transitorias o permanentes que ocasionen algún tipo de

	PROCESO	CONSULTA EXTERNA	CÓDIGO	PD-CE-04
	PROCEDIMIENTO	INMUNIZACIÓN EN CASOS DE URGENCIA O PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	VERSIÓN	01

		discapacidad física, psíquica y/o sensorial (visual y/o auditiva), sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo de sus derechos fundamentales.
	Violencia sexual	Todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo.

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. Este será el único instructivo documentado que servirá de guía para el procedimiento de venopunción que utilizará el talento humano en salud que quiera realizar dicho procedimiento.
2. La atención se hará de forma informada y consentida por el paciente/usuario y su familia.
3. Se brindará un trato respetuoso, con calidad y humanizado a todos los usuarios, pacientes, familias, comunidades, grupo y sociedad que interactúe con cualquier área o funcionario de la institución.
4. El paciente deberá comprender, aceptar y firmar el consentimiento informado
5. El personal que va a realizar el procedimiento debe diligenciar sus datos dentro del consentimiento informado
6. Si el paciente no acepta, o se niega a firmar el consentimiento informado o a dar su autorización y colocar la huella del índice derecho (para aquellas personas analfabetas) no se podrá ejecutar el procedimiento.
7. Para personas en condición de discapacidad, personas menores de 18 años, o personas que por su estado clínico no puedan dar, comprender o firmar el consentimiento informado, lo realizará el representante legal u acompañante

NORMATIVIDAD

- ✓ Resolución 3100 de 2019: Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud
- ✓ Resolución 0459 de 2012: Por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual
- ✓ Ley 1146 del 2007 por medio de la cual se expiden normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>IAANI / Coraje de Todos</i>	PROCESO	CONSULTA EXTERNA	CÓDIGO	PD-CE-04
	PROCEDIMIENTO	INMUNIZACIÓN EN CASOS DE URGENCIA O PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	VERSIÓN	01

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO					
N°	ACTIVIDAD/TAREA	DESCRIPCIÓN	PUNTO CONTROL	RESPONSABLE	REGISTRO
1	Solicitar la vacuna y la inmunoglobulina	Solicitar a las Direcciones Territoriales de Salud la vacuna y la inmunoglobulina contra la hepatitis B.	Profesional líder del servicio	Enfermera profesional.	Software Kubapp Registros clínicos manuales.
2	Valoración	Realizar valoración integral de las víctimas de violencia sexual y definir la pertinencia de la aplicación de la vacuna y la inmunoglobulina contra la hepatitis B. La gammaglobulina anti hepatitis B se aplica si se dispone de ella. (no exceder los 14 días después del ultimo contacto sexual para preservar su efectividad) La vacuna es siempre obligatoria y aplica en casos de niños, niñas, adolescentes y personas adultas. Aplicar vacunación antitetánica dependiendo del estado de inmunización previo a la agresión sexual.	Profesional líder del servicio	Medico Profesional	Software Kubapp Registros clínicos manuales.
3	Solicitar consentimiento informado	Explicar de manera clara y concisa el procedimiento a realizar, los beneficios y riesgos de no realizar dicho procedimiento verificar que el paciente haya entendido la información, resolver dudas y solicitar consentimiento informado.	Profesional líder del servicio	Medico Profesional	Software Kubapp Registros clínicos manuales.
4	Verificar antecedente vacunal.	Verificar si el paciente cuenta con carnet de vacunación e indagar si anteriormente ha recibido la vacuna para la hepatitis B y antitetánica.	Profesional líder del servicio	Talento humano en salud que realiza el procedimiento (Medico-enfermera)	Software Kubapp Registros clínicos manuales.
5	Ubicación del paciente	Coloque al paciente en una posición cómoda o la posición anatómica que sea	Profesional líder del servicio	Enfermera profesional	Software Kubapp Registros clínicos manuales.

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	CONSULTA EXTERNA	CÓDIGO	PD-CE-04
	PROCEDIMIENTO	INMUNIZACIÓN EN CASOS DE URGENCIA O PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	VERSIÓN	01

		<p>posible según su condición física y estado clínico.</p> <p>Se debe escoger la dosis de acuerdo con criterio médico y disponibilidad:</p> <p>a) La dosis a aplicar de la inmunoglobulina contra la hepatitis B es de 0.06 ml/kg de peso corporal. Sin embargo, este valor puede variar según el fabricante, por lo que, se requiere siempre consultar el inserto.</p> <p>La inmunoglobulina debe ser aplicada simultáneamente con la primera dosis de la hepatitis B. Aunque su aplicación no debe exceder los 14 días del último contacto sexual para considerarla útil.</p> <p>Si no se aplica una profilaxis simultánea (inicialmente solo la vacunación) 0.06 ml/kg de peso corporal de gammaglobulina anti hepatitis-B, debe ser administrada tan pronto como sea posible después de la exposición. Repetir a las 4 semanas usando la misma dosis.</p> <p>b) Vacuna contra hepatitis b: El esquema de vacunación a aplicar es 0, 1, 6. Es decir, una dosis inicial en las primeras 24 horas, al mes de la primera dosis y la tercera dosis 6 meses después de la segunda.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Primera dosis: Depende de la presentación disponible, en promedio se acepta 0.12 a 0.20 ml/kg. 			
6	Esquema profilaxis Hepatitis B		Profesional líder del servicio	Enfermera profesional	Software Kubapp Registros clínicos manuales.

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	CONSULTA EXTERNA	CÓDIGO	PD-CE-04
	PROCEDIMIENTO	IMUNIZACIÓN EN CASOS DE URGENCIA O PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	VERSIÓN	01

		<p>Siguientes dosis:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dosis pediátrica: de 5 a 10 ug (según el laboratorio productor). Se administra hasta los 10 años. ▪ Dosis adolescentes: de 10 a 20 ug (según laboratorio productor). Se administra hasta los 19 años. ▪ Dosis adultos: de 20 ug, a partir de los 20 años. <p>En todo caso, se debe revisar el antecedente vacunal para completar el esquema y en caso que no se disponga del carnet para verificarlo, se debe iniciar el esquema mencionado anteriormente.</p> <p>De acuerdo al criterio médico, para personas con alto riesgo de infección, el esquema a aplicar es 0, 1, 2 meses, con un refuerzo entre 6 y 12 meses después de la tercera dosis. Para la aplicación de la vacuna se requiere prescripción del profesional de medicina tratante.</p>			
7	Proceso de vacunación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definir dosis y biológicos a administrar según criterios (edad, antecedentes vacunales) 2. Comprobar que la vacuna si corresponde con la que debe administrarse; asegurarse de la fecha de caducidad, la vía de administración y la dosis adecuada. 3. Se debe realizar la higiene de manos según la técnica de los 11 pasos definidos por la OMS 	Profesional líder del servicio	Enfermera profesional.	Software Kubapp Registros clínicos manuales.

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	CONSULTA EXTERNA	CÓDIGO	PD-CE-04
	PROCEDIMIENTO	INMUNIZACIÓN EN CASOS DE URGENCIA O PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	VERSIÓN	01

		<p>4. Preparar vacuna, realizar asepsia en la zona en la que se va a realizar la punción (La administración se debe realizar por vía intramuscular en la región anterolateral externa del muslo o en el deltoides, en función de la edad).</p> <p>5. Proceder a la aplicación de la vacuna introduciendo la aguja (ángulo de 90°) e inyecte rápidamente, sin necesidad de aspirar; una vez administrado el material biológico, proceda a desechar la aguja y material usado en el contenedor correspondiente, retirar los guantes y realizar nuevamente higiene de manos.</p>			
8	Registro del carnet de vacunación	Registrar los datos de la vacuna administrada en el carnet de vacunación, indicando la fecha de la administración, la vacuna administrada, el lote y el laboratorio, indicar también la fecha de la próxima dosis.	Profesional líder del servicio	Enfermera profesional.	Software Kubapp Registros clínicos manuales.
9	Registros clínicos	Registrar los datos de la vacuna en el registro diario de vacunación, diligenciándolo correctamente y posterior a esto, registrar en la plataforma PAIWEB.	Profesional líder del servicio	Enfermera profesional.	Software Kubapp Plataforma Paiweb Registros clínicos manuales.
10	Enviar informe	Elaborar y enviar informe a las Direcciones territoriales de Salud sobre el uso de la vacuna y la inmunoglobulina contra la hepatitis B.	Profesional líder del servicio	Enfermera profesional vacunación.	Software Kubapp Registros clínicos manuales.

DOCUMENTOS ASOCIADOS

- ✓ Registro diario de vacunación
- ✓ Consentimiento informado vacunación


BIBLIOGRAFIA

- ✓ Resolución 0459 de 2012 Por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>IAANI</i> <i>Corazón de Todos</i>	PROCESO	CONSULTA EXTERNA	CÓDIGO	PD-CE-04
	PROCEDIMIENTO	INMUNIZACIÓN EN CASOS DE URGENCIA O PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	VERSIÓN	01

ELABORADO POR		REVISADO POR	APROBADO POR	
Brenda Nathaly Pabon Rubio Estudiante de enfermería UFPS Actualizado por: Jennifer Celena Colmenares Suarez estudiante de enfermería UFPS		Yicela Saavedra Cardona Enfermera Profesional de Calidad	Juan Antonio Palma Acosta Médico Profesional Asesor de Planeación	
CONTROL DEL CAMBIO				
Versión	Descripción del Cambio	Detalles del Cambio		Fecha
1	Adopción del documento	Acta 021 del SIG 2021		21-10-2021
2	Se actualizaron las políticas de operación			08-05-2023
3	Se añadió el diligenciamiento del consentimiento informado	Descripción del procedimiento		08-05-2023
4	Se incluye la vacuna antitetánica (TD) según antecedente vacunal	Descripción del procedimiento		08-05-2023
5	Se ajustan detalles de ortografía y redacción	Descripción del procedimiento		08-05-2023
6	Se ajusto el proceso de vacunación paso a paso	Descripción del procedimiento		08-05-2023
7	Se cambio el orden del ítem 8 y 9 de la descripción del procedimiento, siendo primero el diligenciamiento del carnet y luego los registros clínicos.	Descripción del procedimiento		08-05-2023

8.2.5.1.36. Procedimiento TRIAGE (Actualizado)

		PROCESO	URGENCIAS	CÓDIGO	PD-UR-02
		PROCEDIMIENTO	TRIAGE	VERSIÓN	1
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> Asegurar la valoración rápida y ordenada de todos los pacientes que llegan a los servicios de urgencias, identificando a aquellos que requieran atención médica inmediata. Evitar la demora en la atención a aquellos pacientes que presentan patologías graves y necesitan una atención más rápida frente a aquellos que presentan patologías no tan prioritarias. Garantizar una buena gestión de los recursos existentes, tanto físicos como humanos mediante la designación de qué área y qué grupo está mejor preparado en cada momento para el tratamiento de una determinada patología. 				
POBLACIÓN OBJETO	Todos los usuarios que acudan al servicio de urgencias de la ESE Hospital Local Municipio de Los Patios.				
ALCANCE	Este procedimiento aplica para el proceso de Triage para el servicio de urgencias en la ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS .				
LIMITES	No incluye otros procedimientos solamente los lineamientos para la realización de la clasificación del triage				
ÁMBITO DE LA APLICACIÓN	Aplica para la atención ofrecida en el servicio de urgencias prestado por la ESE HOSPITAL DE LOS PATIOS .				
LÍDER	Enfermero(a) Profesional líder del servicio de urgencias				
ENFOQUE DE RIESGO	Individual, Biológico, Psicosocial.				
DEFINICIONES	TRIAGE	El triage en los servicios de urgencia es un Sistema de Selección y Clasificación de pacientes, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles que consisten en una valoración clínica breve que determina la prioridad en que un paciente será atendido. El "Triage", como proceso dinámico que es, cambia tan rápidamente como lo puede hacer el estado clínico del paciente.			
	URGENCIA	Situación que se debe solucionar con rapidez (lo antes posible).			
	URGENCIA VITAL	Situación que se debe solucionar con rapidez porque tiene mucha importancia la vida del paciente. Código azul.			
	CLASIFICACIÓN	Es un concepto vinculado con el verbo clasificar, que se refiere a la acción de organizar o situar algo según una determinada directiva. El término también se utiliza para nombrar al vínculo que se establece entre aquellos clasificados tras una prueba.			

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>IAANNI Corazón de Todos</i>	PROCESO	URGENCIAS	CÓDIGO	PD-UR-02
	PROCEDIMIENTO	TRIAGE	VERSIÓN	1

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. En la **ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS** se debe realizar TRIAGE a todos los usuario/as que soliciten atención por urgencias. La clasificación se debe hacer dentro del tiempo establecido (hasta 30 minutos de la recepción del usuario/a).
2. Solo deberán realizar TRIAGE por ser baja complejidad por un auxiliar de enfermería, enfermera o medico según ubicación en el área.
3. El tiempo de clasificación debe ser entre 4 y 5 minutos por usuario/a.
4. En ningún momento se podrá delegar el TRIAGE en vigilantes, personal de facturación, ni otro personal diferente a auxiliares de enfermería, Médicos y Enfermeras profesionales entrenadas en TRIAGE.
5. En ninguna circunstancia el "Triage" podrá ser empleado como un mecanismo para la negación de la atención de urgencias.
6. Los tiempos de atención establecidos, no aplicarán en situaciones de emergencia o desastre con múltiples víctimas.
7. El proceso de verificación de derechos de los usuarios, será posterior a la realización del "Triage" y, en consecuencia, el "Triage" debe ser realizado a la llegada del paciente al servicio de urgencias.
8. Los usuario/as con Clasificación deben de ser conducidos inmediatamente al área de tratamiento y recibir asistencia inmediata.
9. El TRIAGE no debe convertirse en una consulta rápida e incompleta ya que esto aumenta el tiempo de TRIAGE y lleva a fallos en la atención e insatisfacción del usuario/a.
10. Cuando se encuentren más de tres usuario/as clasificados en un mismo nivel, el profesional clasificador debe priorizar la atención de los mismos dentro de ese nivel dando prioridad en su orden a usuario/as remitidos, niños menores de 5 años, mujeres embarazadas, ancianos, accidentes de trabajo y accidentes de tránsito.
11. La prioridad de la atención puede cambiar si cambian los signos y síntomas del usuario/a. Por lo anterior, es prudente ingresar de forma inmediata a atención a los usuario/as que presenten algún grado de deterioro de sus signos y síntomas mientras esperan por ser atendidos.
12. A los usuario/as que llegan remitidos de otros centros de atención se les realizará TRIAGE de manera inmediata y, una vez clasificados, se pasarán directamente a la sala de observación para ser atendidos en el tiempo pertinente de acuerdo a su nivel de clasificación.
13. Los usuario/as remitidos por ningún motivo deben ser dejados en sala de espera

NORMATIVIDAD

- ✓ **Resolución 5596 de 2015** Por la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias "Triage".

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>IAANNI Corazón de Todos</i>	PROCESO	URGENCIAS	CÓDIGO	PD-UR-02
	PROCEDIMIENTO	TRIAGE	VERSIÓN	1

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO					
N°	ACTIVIDAD/TAREA	DESCRIPCIÓN	PUNTO CONTROL	RESPONSABLE	REGISTRO
1	Recepción y admisión.	El auxiliar de enfermería, enfermero profesional y/o médico de triage es el primer miembro del personal de salud que establece contacto con el paciente, debe identificarse ante él, explicarle el proceso al que va a ser sometido y lo que se derivará del mismo. También debe explicarle algunas normas básicas del Servicio: dónde esperar, paso de familiares al interior, etc.	Médico	Encargado de TRIAGE	SOTWARE KUBAPP
2	Valoración	<p>a) El auxiliar de enfermería, enfermero profesional y/o médico de triage debe identificar el problema y motivo de consulta del paciente, cuadro clínico, valoración de los signos y síntomas que presenta el paciente.</p> <p>b) En primer lugar llevará a cabo una entrevista breve en las que tratará de saber lo que le pasa al paciente en relación al estado de salud., desde cuando le viene sucediendo, las enfermedades que padece, el tratamiento que recibe y si le había sucedido antes. La entrevista ha de realizarse con preguntas directas, de una en una y con un lenguaje claro que el paciente pueda comprender.</p> <p>c) Mientras realiza la entrevista El auxiliar de enfermería, enfermero profesional y/o médico realizara una rápida inspección general del paciente, para detectar situaciones que puedan poner en peligro la vida del paciente el estado respiratorio, circulatorio y neurológico.</p> <p>d) Se procede a la toma de constantes vitales (Frecuencia cardiaca, Tensión Arterial, Temperatura, Saturación de Oxígeno), que han de ceñirse a aquellas que sean elementales para su valoración y la realización de pruebas simples como la glucometría.</p>	Médico	Encargado de TRIAGE	SOTWARE KUBAPP

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>IAANNI Corazón de Todos</i>	PROCESO	URGENCIAS	CÓDIGO	PD-UR-02
	PROCEDIMIENTO	TRIAGE	VERSIÓN	1

3	Clasificación	<p>Se considera la parte clave del proceso la clasificación propia del triage donde quedará establecida la prioridad de atención al paciente que marcará la demora para la atención en el servicio de urgencias.</p> <p>b) El Triage realizado por El auxiliar de enfermería, enfermero profesional y/o médico se hará siempre en base a signos y síntomas manifestados por el paciente y no en base a diagnósticos médicos o sospechas médicas diagnósticas.</p> <p>c) Realiza la clasificación de acuerdo a la normatividad vigente:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Triage I: Requiere atención inmediata. •Triage II: requiere una atención que no debe superar los treinta (30) minutos. •Triage III: usuarios que presentan procesos prioritarios y pueden requerir asistencia médica, pero no urgente. •Triage IV: El paciente presenta condiciones médicas que no comprometen su estado general, ni representan un riesgo evidente para la vida o pérdida de miembro u órgano. •Triage V: el estado general de paciente no representa un riesgo evidente para la vida o la funcionalidad de miembro u órgano. 	Médico	Encargado de TRIAGE	SOTWARE KUBAPP
4	Asignación Profesional Medico	<p>Tras la clasificación del paciente el auxiliar de enfermería, enfermero profesional y/o médico de triage asigna al paciente según clasificación al consecutivo del software Kubapp para ser llamado por el médico a la atención en el servicio de urgencias, si se trata de un triage uno (I) el paciente pasa directamente por la puerta de emergencias a la sala de procedimientos o reanimación y el vigilante le indica al familiar que se acerque a realizar el ingreso en admisión facturación para registrar en el software de historias clínicas la clasificación I sin realizar entrevista ni valoración de constantes vitales.</p>	Médico	Encargado de TRIAGE	SOTWARE KUBAPP

	PROCESO	URGENCIAS	CÓDIGO	PD-UR-02
	PROCEDIMIENTO	TRIAGE	VERSIÓN	1

		<p>b) Si se trata de un paciente que ingrese sin constantes vitales no se realiza triage, el médico debe colocar la observación de ingreso sin constantes vitales en los registros clínicos sistematizados para continuar con el procedimiento establecido.</p> <p>c) Por lo tanto el profesional debe saber en todo momento la situación asistencial del servicio: qué áreas están más saturadas, la presión asistencial, la cantidad y calidad de recursos humanos disponibles y ocupados. En base a estas circunstancias tomará sus decisiones, aunque esto debe estar también protocolizado y suele establecerse según el nivel de clasificación que se haya adjudicado en el Triage, no debe dejarse en ningún modo cerrado, porque como se ha explicado anteriormente el Triage es un proceso abierto y las circunstancias tanto del usuario como del servicio son cambiantes.</p>			
5	Registros clínicos.	Registrar de forma completa, detallada y oportuna todo lo sucedido durante la realización del procedimiento en la historia clínica del paciente, la clasificación asignada según el estado clínico del paciente y registrar en el plan de cuidados del/la paciente las acciones derivadas del procedimiento.	Enfermera profesional Medico	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap

DOCUMENTOS ASOCIADOS

FORMATOS Y REGISTROS

- ✓ Software kubapp

INFORMACIÓN IMPORTANTE

1. CATEGORÍAS DEL TRIAGE

- ✓ La clasificación no debe considerarse algo cerrado ya que de una misma patología se pueden establecer niveles de gravedad diferentes dependiendo de los factores que afecten al paciente. Ej.: un niño con fiebre de 39.5°C debe

	PROCESO	URGENCIAS	CÓDIGO	PD-UR-02
	PROCEDIMIENTO	TRIAGE	VERSIÓN	1

priorizarse más que un adulto con la misma temperatura; una hemorragia moderada debe ser tratada antes en una persona que padece una anemia crónica, etc.

- ✓ La clasificación es una de las partes del proceso que más afecta al paciente, ya que de ella se derivará su posible espera, por lo tanto, es necesaria una información precisa y clara de sus resultados. Es imprescindible aclararle al paciente o sus familiares el grado de prioridad y el tiempo máximo que tendrán que esperar y porqué. Con una buena información inicial se evitan problemas posteriores.
- ✓ Una vez realizada la Clasificación el profesional de enfermería y/o médico marcará el nivel de gravedad en el software de historias clínicas Kubapp.

CLASIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN
TRIAGE I	<p>Requiere atención inmediata. La condición clínica del paciente representa un riesgo vital y necesita maniobras de reanimación por su compromiso ventilatorio, respiratorio, hemodinámico o neurológico, pérdida de miembro u órgano u otras condiciones que por norma exijan atención inmediata.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tiempo de espera para su atención: inmediato <p>DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS TRIAGE I</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emergencia o riesgo vital inminente. Pacientes que no superan la valoración ABC (vía aérea, ventilación y circulación). • Procesos agudos, críticos o inestables que presentan impresión general de extrema gravedad. Su atención debe ser inmediata. • Presenta cianosis central y periférica, palidez grisácea, livideces, frialdad acra. • Respiración ausente, lenta o superficial. Sin pulsos periféricos o muy débiles, bradicardia y TA imperceptible. • Inconsciente y poco o nada reactivo. Su atención debe ser inmediata. • Paciente agudo crítico. • Pacientes que superan la valoración ABC (vía aérea, ventilación y circulación) pero cuya situación es de potencial deterioro. • Pasan a Sala de reanimación o consulta adecuada (Trauma en caso de accidente, general para EKG en caso de dolor torácico, etc.). <p>Cuadros que pueden conducir a deterioro rápido respiratorio, neurológico y/o hemodinámico estos deben ser atendidos en menos de 10 minutos, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impresión general de gravedad.

	PROCESO	URGENCIAS	CÓDIGO	PD-UR-02
	PROCEDIMIENTO	TRIAGE	VERSIÓN	1

	<ul style="list-style-type: none"> • Piel y mucosas. - Palidez, cianosis, petequias, hipoperfusión periférica. • Respiración. - Disnea, taquipnea, ruidos respiratorios, tiraje costal, aumento del trabajo respiratorio, estridor. • Circulación. - Taquicardia, bradicardia, pulso filiforme. • Neurológico. - Confusión, estupor, obnubilación, agitación, ansiedad. • Coma. • Estatus convulsivo • Hemorragia Digestiva Alta inestable. • HDA aguda. • Disnea aguda más estado crítico. • Isquemia de miembros • Síncope con alteración de constantes- • Hemoptisis aguda o con estado crítico. • Dolor Torácico o con características isquémicas. • Estados de agitación • Diabetes descompensada. • Traumatismos graves. • Fracturas de miembros más signos de gravedad. • Quemados más signos de gravedad. • Traumatismos torácicos más signos de gravedad. • Traumatismos abdominales más signos de gravedad.
TRIAGE II	<p>La condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte, o incrementar el riesgo para la pérdida de un miembro u órgano. La presencia de un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado debe ser considerada como un criterio dentro de esta categoría. Se consideran aquellos procesos agudos estables, no críticos. Suponen una parte importante del grueso de pacientes que acuden al Servicio.</p> <p>✓ Tiempo de espera para su atención: No deberían esperar más de 30 minutos.</p> <p>DE LOS SIGNOS Y SINTOMAS TRIAGE II</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estado post crítico. • Cefalea brusca. • Paresia y alteraciones del habla. • Ingesta medicamentosa. • Hipertensión arterial. • HDA estable.

	PROCESO	URGENCIAS	CÓDIGO	PD-UR-02
	PROCEDIMIENTO	TRIAGE	VERSIÓN	1

	<ul style="list-style-type: none"> •Vértigo con afectación vegetativa. •Síncope sin alteración de constantes. •Síndromes piramidales. •Dolor torácico de características no isquémicas. •Urgencias psiquiátricas: psicosis agresivas, intentos autolíticos. •Dolor abdominal. •Quemaduras agudas. •Heridas sin signos de gravedad. •Trauma Cráneo Encefálico consciente.
TRIAGE III	<p>La condición clínica del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias. Son aquellos pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico, aunque su situación puede empeorar si no se actúa.</p> <p>✓ Tiempo de espera para su atención: Su atención no debería esperar más de 60 minutos hasta 2 horas (120min)</p> <p>DE LOS SIGNOS Y SINTOMAS TRIAGE III</p> <ul style="list-style-type: none"> •Otalgias. •Odontalgias. •Dolores inespecíficos leves. •Traumatismos y esguinces leves. •Miembros dolorosos sin signos de isquemia. •Enfermos con patología no aguda, remitidos o no. •Dolores osteo-musculares sin signos de fracturas •Procesos gripales.
TRIAGE IV	<p>El paciente presenta condiciones médicas que no comprometen su estado general, ni representan un riesgo evidente para la vida o pérdida de miembro u órgano. No obstante, existen riesgos de complicación o secuelas de la enfermedad o lesión si no recibe la atención correspondiente. Los signos y síntomas son propios de afectaciones comunes como virosis.</p> <p>✓ Tiempo de espera para la atención: para la clasificación IV y V se realiza reubicación de cupo en la consulta de externa en el horario de atención 7 a 12 am y de 2 a 6 pm, en la noche se establece una espera hasta de 4 horas para realizar la atención en el mismo servicio de urgencias.</p>

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	URGENCIAS	CÓDIGO	PD-UR-02
	PROCEDIMIENTO	TRIAGE	VERSIÓN	1

TRIAGE V

El paciente presenta una condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin evidencia de deterioro que comprometa el estado general de paciente y no representa un riesgo evidente para la vida o la funcionalidad de miembro u órgano. Los síntomas y signos no son marcados en su mayoría son ausentes.

NOTA: los usuarios clasificados con esta prioridad serán enviados a consulta externa de la red primaria para su atención, los que correspondan a la ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS el SIAU se encargara de asignar cita oportuna inmediatamente antes de egresar de la institución en la jornada diurna.

2. Distribución según los niveles de gravedad

Una vez realizada la Distribución la enfermera comunicará al paciente y a su familia donde será atendido y donde debe realizar su espera.

La Enfermera de Triage informará a sus compañeras de salas generales de los pacientes que serán pasados a los mismos, así como de sus principales problemas.

La Enfermera de Triage informará al Médico de Consulta de urgencias de los pacientes que tiene por atender.

Ante la existencia de 2 o más enfermos por valorar el orden de atención se establecerá:

1. Atendiendo al de mayor gravedad.
2. En caso de similar gravedad al que antes haya llegado al Servicio.

Paciente ROJO o paciente crítico o agudo inestable – TRIAGE I

Será recibido por la puerta de emergencia y pasado rápidamente a sala de Reanimación alertando al resto del personal de la llegada, así mismo se irán tomando las primeras medidas para su estabilización en compañía de camillero y personal del servicio. Se seguirá el protocolo de actuación en pacientes críticos. Se propone que el personal mínimo para atender a un paciente de este tipo es: 1 médico, 1 enfermero profesional y 1 auxiliar de enfermería.

Paciente AMARILLO o agudo estable – TRIAGE II

Se derivará a consultorio médico dependiendo de su estado o sala de procedimientos menores si se trata de una persona con problemas de movilización o que por su estado no deba permanecer en consultorio. Si se prevé que precisará del uso de las siguientes técnicas: EKG, Punción Lumbar, Sondaje Vesical, Sondaje Nasogástrico, Canalización vía o

	PROCESO	URGENCIAS	CÓDIGO	PD-UR-02
	PROCEDIMIENTO	TRIAGE	VERSIÓN	1

extracción en pacientes pediátricos, inmovilización con vendaje, administración de O2 se pasará siempre a la sala del interior de urgencias (procedimientos) donde será valorada por Enfermería.

Paciente VERDE o de patología prioritaria no aguda – TRIAGE III

- ✓ El paciente será atendido en la consulta de urgencias por el médico encargado de la misma con la ayuda de la enfermera de Triage cuando sea preciso y exista disponibilidad en el servicio.
- ✓ Los pacientes vistos en Consulta prioritaria serán enviados y acompañados al servicio de consulta externa para que el coordinador del SIAU le ubique cita médica en el transcurso de la jornada (mañana o tarde) de acuerdo la disponibilidad de agendas médicas.
- ✓ Si los pacientes de Consulta de urgencias pasan a camas de Observación serán entregados a las enfermeras auxiliares responsables de la zona interior de acuerdo a su asignación.

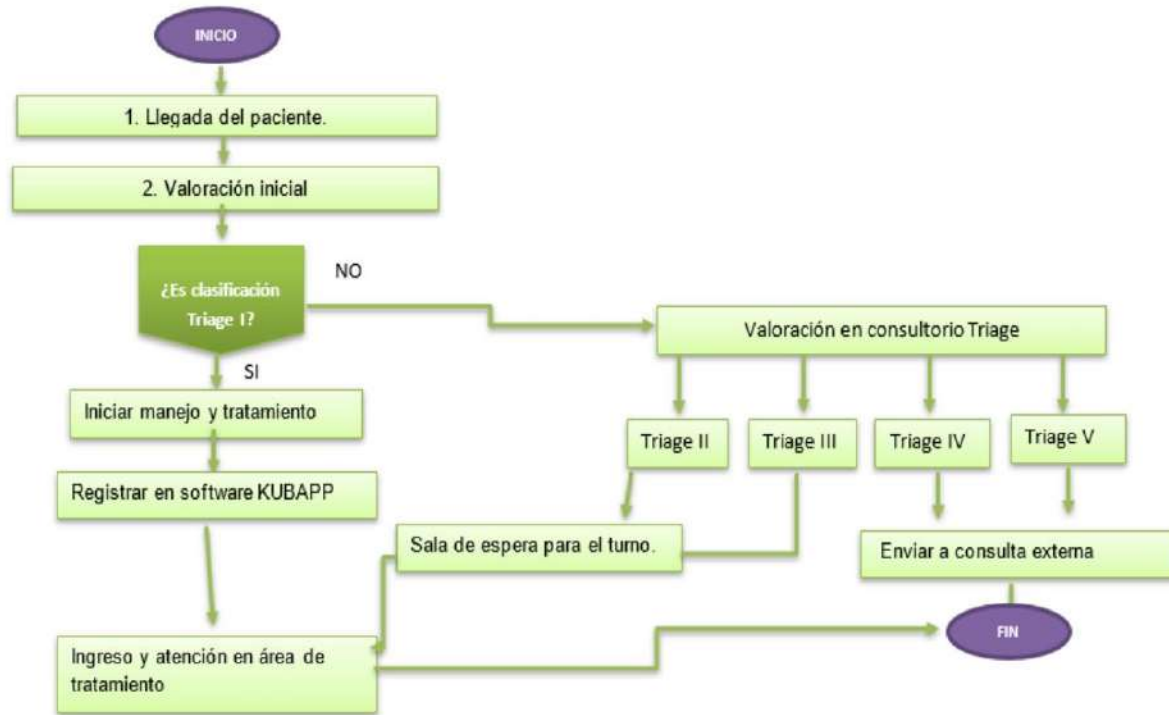
3. Valores anormales de los signos vitales

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>IAANNI Corazón de Todos</i>	PROCESO	URGENCIAS	CÓDIGO	PD-UR-02
	PROCEDIMIENTO	TRIAGE	VERSIÓN	1

PRESIÓN ARTERIAL			PULSO		FRECUENCIA RESPIRATORIA		TEMPERATURA	
EDAD (años)	SISTÓLICA (mmHg)	DIASTÓLICA (mmHg)	EDAD (años)	VALOR (pulsaciones por minuto)	EDAD (años)	VALOR (respiraciones por minuto)	EDAD (años)	VALOR (°C)
1 – 5	<80 - >110	<50 - >80	RN	<120 - >180	RN	<30 - >50	0 – 5	<35 - >39
6 – 7	<80 - >120	<50 - >80	1	<100 - >130	6 meses	< 20 - >40	0 – 5*	37,8
8-9	<85 - >130	<55 - >90	2	<90 - >120	1 – 2	<20 - >30	Adulto	<35 - >40
10 – 12	<85 - >135	<55 - >95	4	<80 - >110	2 – 6	<15 - >25		
>12	< 90 - >140	<60 - >95	>8	<70 - >100	Adulto	<10 - >30		
Adulto	<80 - >200	<40 - >110	Adulto	<50 - >150				

DIAGRAMA DE FLUJO

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	URGENCIAS	CÓDIGO	PD-UR-02
	PROCEDIMIENTO	TRIAGE	VERSIÓN	1



 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>IAANNI Corazón de Todos</i>	PROCESO	URGENCIAS	CÓDIGO	PD-UR-02
	PROCEDIMIENTO	TRIAGE	VERSIÓN	1

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Cristian Alberto Cristancho Pérez Profesional Apoyo Calidad Actualizado por: Jennifer Celena Colmenares Suarez Estudiante UFPS	Yicela Saavedra Cardona Profesional líder de Calidad	Juan Antonio Palma Acosta Médico Profesional Asesor de Planeación

CONTROL DEL CAMBIO			
Versión	Descripción del Cambio	Detalles del Cambio	Fecha
1	Adopción del documento	Acta 015 del SIG 2021	25 Julio 2021
2	Rectificación de ortografía y redacción del documento		25 mayo 2023
	Se anexo a la clasificación de triage los tiempos de espera	Clasificación de triage	25 mayo 2023
	Se elimino del documento la oportunidad de atención según clasificación del TRIAGE, ya que la información se sintetizo en el cambio anterior.	Oportunidad de atención según la clasificación del TRIAGE	25 mayo 2023
	Se anexo cuadro de información importante	Clasificación del TRIAGE Distribución según los niveles de gravedad	25 mayo 2023
	Se modificaron los objetivos	Objetivos	25 mayo 2023
	Se agrego la población objeto	Población objeto	25 mayo 2023
	Se agrego los límites del documento	límites	25 mayo 2023

8.2.5.2. Actividad 2. Diseño de documentos

8.2.5.2.1. Consentimiento informado administración de medicamentos por vía no parenteral (Diseñado)

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO MANU / Consejo de Todos</small>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	FT-CA-13
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA NO PARENTERAL	VERSIÓN	01

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ DE _____
 EDAD: _____ SEXO: _____
 NOMBRE DE LA EPS: _____
 CONTACTO DE ACOMPAÑANTE: _____
 NÚMERO DE CELULAR: _____ FIJO: _____

Declaro que he acudido a consulta el día ____ del mes ____ del año ____ con el profesional _____, quien prescribió la realización del procedimiento en mención. Una vez examinado(a) evaluado(a) y determinada mi condición clínica se realizará el procedimiento propuesto **ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA NO PARENTERAL**: La administración de medicamentos por vía no parenteral hace referencia a la manera de aplicar un fármaco o sustancia medicamentosa sin atravesar las diferentes capas de la piel. Las vías enterales son. Oral, faríngea, nasa, sublingual, oftálmica, ótica y tópica.

RIESGOS Y COMPLICACIONES

Existen riesgos en la administración de medicamentos por vía no parenteral los cuales pueden guardar relación con la incorrecta indicación y/o mala técnica de administración. En cualquier caso, cabe resaltar que algunas consecuencias se pueden producir durante el desarrollo del procedimiento y que el paciente tiene que ser consciente, tales como:

- **Vía oral:** algunos medicamentos pueden generar gastritis o irritación gástrica.
- **Faríngea:** Hipersensibilidad conocida al medicamento o a alguno de sus componentes, Sabor amargo
- **Nasal: resequedad en la mucosa nasal.**
- **Vía sublingual:** Si el medicamento se traga, puede causar irritación gástrica.
- **Vía oftálmica:** Puede ser que durante unos segundos la visión se vuelva borrosa, por eso hay que evitar realizar cualquier actividad que requiera agudeza visual.
- **Ótica:** la administración del medicamento con fuerza dentro del canal auditivo puede lesionar el tímpano, la administración de soluciones no estériles en el canal auditivo puede provocar infección.
- **Vaginal:** puede ser incomoda su realización. Irritación local, infecciones cruzadas.
- **Rectal:** puede ser incomoda su realización, puede generar un poco de dolor. Irritación del recto con alguna clase de medicamentos.

BENEFICIOS

Hay efectos beneficiosos asociados con la realización del procedimiento anterior tales como:

- **Vía oral:** Es cómoda su administración, es económica, produce efecto local como sistémico.
- **Faríngea:** Hipersensibilidad conocida al medicamento o a alguno de sus componentes

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	FT-CA-13
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA NO PARENTERAL	VERSIÓN	01

- **Nasal:** Al inhalar el fármaco, este se absorbe mejor porque pasa de forma directa a los pulmones y a la mucosa nasal, reduciendo así el número de efectos secundarios. Esto permite utilizar dosis más pequeñas porque prácticamente no se desperdicia nada del medicamento en otras zonas.
- **Vía sublingual:** Inicio de acción más rápido, en comparación con los fármacos ingeridos por la vía oral, al permitir el tránsito directo del principio activo a la circulación sistémica. Por su rápido efecto, es especialmente útil en situaciones de urgencia
- **Vía oftálmica:** Inexistencia de toxicidad sistémica. Efecto rápido al aplicarse directamente en la superficie ocular
- **Ótica:** la concentración requerida del medicamento es baja, se utiliza para la limpieza del canal auditivo, se produce efecto local.
- **Vaginal:** proporciona un efecto terapéutico local.
- **Rectal:** La absorción por vía rectal es buena al ser una zona muy vascularizada por las venas hemorroidales. Puede utilizarse cuando los medicamentos tienen un sabor o un olor desagradable.

De conformidad con la ley 23 de 1981, en sus artículos 15 y 16 el Profesional _____ identificado con cedula de ciudadanía N° _____ de _____, Registro N° _____ profesional en _____.

Declaro que me ha explicado en forma clara, precisa, concisa y lenguaje sencillo todos los Riesgos y Complicaciones, que se mencionan anteriormente en terminología técnica. También se me han advertido los Beneficios. Manifiesto que he comprendido en forma satisfactoria la naturaleza y propósito del procedimiento a realizar, la técnica empleada, los riesgos y beneficios, así como la posibilidad de cambio de esta, durante el procedimiento, si fuera necesario. Reconozco que se me ha dado la oportunidad de hacer toda clase de preguntas y observaciones respecto a mi enfermedad, al procedimiento a realizar y de aclarar todas mis dudas.

Doy mi consentimiento informado para la realización del procedimiento mencionado durante la realización de la técnica conforme al plan terapéutico. Comprendo también que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocatoria de este consentimiento informado y eximir al profesional de mi atención.

Nombre del Paciente _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Paciente _____



Huella

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>AMN</i> <i>Concepción de Tobar</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	FT-CA-13
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA NO PARENTERAL	VERSIÓN	01

Nombre del Testigo _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Testigo _____



Huella

Como profesional de la salud declaro que he informado al (la) paciente el propósito, los riesgos y los beneficios del procedimiento descrito, de sus alternativas, posibles complicaciones.

Profesional Responsable _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

N° de R.P. _____

8.2.5.2.2. Consentimiento informado Toracostomía (Diseñado)

	PROCESO	ATENCIÓN INMEDIATA	CÓDIGO	FT-AI-15
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO TORACOSTOMÍA	VERSIÓN	01

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ DE _____
 EDAD: _____ SEXO: _____
 NOMBRE DE LA EPS: _____
 CONTACTO DE ACOMPAÑANTE _____
 NÚMERO DE CELULAR: _____ FIJO: _____

Declaro que he acudido a consulta el día ____ del mes ____ del año ____ con el profesional _____ especialista en _____ quien prescribió la realización del procedimiento en mención. Una vez examinado(a) evaluado(a) y determinada mi condición clínica se realizará el procedimiento propuesto: **TORACOSTOMÍA**: La toracotomía es la técnica quirúrgica de cirugía mayor para acceder a los pulmones a través del tórax.

RIESGOS Y COMPLICACIONES

Las complicaciones son mayores que las de cualquier otro procedimiento de biopsia pulmonar por los riesgos de la anestesia general, el traumatismo quirúrgico y una estadía más prolongada en el hospital con mayor malestar posoperatorio. Los mayores riesgos son

- Fístula broncopleurál
- Hemorragia
- Infección
- Neumotórax
- Reacciones a los anestésicos

BENEFICIOS

Una toracotomía puede tratar un problema pulmonar para mejorar sus síntomas. Los beneficios específicos dependen del tipo de problema para el que se está usando la toracotomía.

De conformidad con la ley 23 de 1981, en sus artículos 15 y 16 el Profesional _____ identificado con cedula de ciudadanía N° _____ de _____, Registro N° _____ profesional en _____.

Declaro que me ha explicado en forma clara, precisa, concisa y lenguaje sencillo todos los Riesgos y Complicaciones, que anteriormente se detallan en terminología técnica. También se me han advertido los Beneficios. Manifiesto que he comprendido en forma satisfactoria la naturaleza y propósito del procedimiento a realizar, la técnica empleada, los riesgos y beneficios, así como la posibilidad de cambio de esta, durante el procedimiento, si fuera necesario. Reconozco que se me ha dado la oportunidad de hacer toda clase de preguntas y

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>ANM</i> <i>Conozca de Todos</i>	PROCESO	ATENCIÓN INMEDIATA	CÓDIGO	FT-AI-15
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO TORACOSTOMÍA	VERSIÓN	01

observaciones respecto a mi enfermedad, al procedimiento a realizar y de aclarar todas mis dudas.

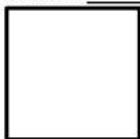
Doy mi consentimiento informado para la realización del procedimiento mencionado durante la realización de la técnica conforme al plan terapéutico. Comprendo también que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocatoria de este consentimiento informado y eximir al profesional de mi atención.

Nombre del Paciente _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Paciente _____.

Huella

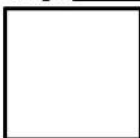


Nombre del Testigo _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Testigo _____.

Huella



Como profesional de la salud declaro que he informado al (la) paciente el propósito, los riesgos y los beneficios del procedimiento descrito, de sus alternativas, posibles complicaciones.

Se hace entrega al (la) paciente por escrito de las recomendaciones domiciliarias y se explican verbalmente.

Profesional Responsable _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

N° de R.P. _____.

8.2.5.2.3. Consentimiento informado Onicectomía (Diseñado)

	PROCESO	ATENCIÓN INMEDIATA	CÓDIGO	FT-AI-16
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO ONICECTOMÍA	VERSIÓN	01

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ DE _____
 EDAD: _____ SEXO: _____
 NOMBRE DE LA EPS: _____
 CONTACTO DE COMPAÑANTE _____
 NÚMERO DE CELULAR: _____ FIJO: _____

Declaro que he acudido a consulta el día ____ del mes ____ del año ____ con el profesional _____ especialista en _____ quien prescribió la realización del procedimiento en mención. Una vez examinado(a) evaluado(a) y determinada mi condición clínica se realizará el procedimiento propuesto: **ONICECTOMÍA**: Procedimiento por medio del cual se realiza una avulsión instrumentada parcial o total de la uña, en un dedo que se encuentre afectado por alguna enfermedad y que como parte del manejo terapéutico requiera la recesión de la uña.

RIESGOS Y COMPLICACIONES

En general con este procedimiento las complicaciones son pocas, pero se pueden presentar:

- Isquemia por aplicación prolongada del torniquete durante el procedimiento.
- Cauterización excesiva de la matriz o del lecho ungueal provocando lesiones al tejido.
- Infección de la herida quirúrgica.
- Recurrencia en la aparición de una uña encarnada.
- Lesión del lecho o cama de la uña durante el procedimiento.

BENEFICIOS

El beneficio esperado es eliminar la lesión de la uña y los síntomas derivados, disminución del dolor y otros síntomas como incomodidad.

De conformidad con la ley 23 de 1981, en sus artículos 15 y 16 el Profesional _____ identificado con cedula de ciudadanía N° _____ de _____, Registro N° _____ profesional en _____.

Declaro que me ha explicado en forma clara, precisa, concisa y lenguaje sencillo todos los Riesgos y Complicaciones, que anteriormente se detallan en terminología técnica. También se me han advertido los Beneficios. Manifiesto que he comprendido en forma satisfactoria la naturaleza y propósito del procedimiento a realizar, la técnica empleada, los riesgos y beneficios, así como la posibilidad de cambio de esta, durante el procedimiento, si fuera necesario. Reconozco que se me ha dado la oportunidad de hacer toda clase de preguntas y observaciones respecto a mi enfermedad, al procedimiento a realizar y de aclarar todas mis dudas.

	PROCESO	ATENCIÓN INMEDIATA	CÓDIGO	FT-AI-16
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO ONICECTOMÍA	VERSIÓN	01

Doy mi consentimiento informado para la realización del procedimiento mencionado durante la realización de la técnica conforme al plan terapéutico. Comprendo también que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocatoria de este consentimiento informado y eximir al profesional de mi atención.

Nombre del Paciente _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Paciente _____

Huella

Nombre del Testigo _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Testigo _____

Huella

Como profesional de la salud declaro que he informado al (la) paciente el propósito, los riesgos y los beneficios del procedimiento descrito, de sus alternativas, posibles complicaciones.

Se hace entrega al (la) paciente por escrito de las recomendaciones domiciliarias y se explican verbalmente.

Profesional Responsable _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

N° de R.P. _____

8.2.5.2.4. Consentimiento informado administración de medicamento por vía parenteral (Diseñado)

	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	FT-CA-13
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO POR VÍA PARENTERAL	VERSIÓN	01

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ DE _____
 EDAD: _____ SEXO: _____
 NOMBRE DE LA EPS: _____
 CONTACTO DE ACOMPAÑANTE: _____
 NÚMERO DE CELULAR: _____ FIJO: _____

Declaro que he acudido a consulta el día ____ del mes ____ del año ____ con el profesional _____, quien prescribió la realización del procedimiento en mención. Una vez examinado(a) evaluado(a) y determinada mi condición clínica se realizará el procedimiento propuesto **ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA PARENTERAL**: Procedimiento por el cual se introduce un medicamento directamente en los tejidos o el torrente sanguíneo por medio de una aguja hipodérmica.

RIESGOS Y COMPLICACIONES

Existen riesgos en la administración de medicamentos por vía parenteral los cuales pueden guardar relación con la incorrecta indicación y/o mala técnica de administración. En cualquier caso, cabe resaltar que algunas consecuencias se pueden producir durante el desarrollo del procedimiento y que el paciente tiene que ser consciente, tales como:

- **Vía intradérmica:** Una técnica incorrecta en su aplicación puede dar lugar a úlceras locales, abscesos y cicatrices con queloides.
- **Vía Subcutánea:** Puede presentar sangrado, dolor o enrojecimiento en el sitio. Es posible que se manifieste una reacción alérgica al medicamento. Infección local por una mala técnica aséptica.
- **Vía intramuscular:** puede ocasionar infecciones localizadas o lesiones en nervios periféricos, la administración constante en una misma zona puede ocasionar fibrosis local, lo que puede reducir la velocidad de absorción del medicamento inyectado, puede ser dolorosa y su uso es limitado en pacientes con baja masa muscular o pérdida de masa muscular.
- **Vía intravenosa:** por llegar directamente al torrente sanguíneo representa mayor riesgo de reacciones adversas, shock y otras complicaciones relacionadas a los medicamentos que se infunden.

BENEFICIOS

Hay efectos beneficiosos asociados con la realización del procedimiento anterior tales como: Absorción rápida y eficiente de los medicamentos debido al acceso directo a los tejidos y líquidos corporales.

- **Vía intradérmica:** Una técnica incorrecta en su aplicación puede dar lugar a úlceras locales, abscesos y cicatrices con queloides.

	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	FT-CA-13
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO POR VÍA PARENTERAL	VERSIÓN	01

- **Vía Subcutánea:** es sencilla, poco dolorosa, facilita el control de síntomas cuando la vía oral no es suficiente. Presenta menos efectos secundarios que otras vías, permite mayor autonomía del paciente.
- **Vía intramuscular:** Vía de acceso rápida. La absorción de los fármacos se produce de una manera suficientemente rápida. Es útil para la administración de formas medicamentosas de liberación prolongada.
- **Vía intravenosa:** Se distribuye de inmediato al torrente sanguíneo y tiende a tener un efecto más rápido que cuando se suministra por cualquier otra vía.

De conformidad con la ley 23 de 1981, en sus artículos 15 y 16 el Profesional _____ identificado con cedula de ciudadanía N° _____ de _____, Registro N° _____ profesional en _____.

Declaro que me ha explicado en forma clara, precisa, concisa y lenguaje sencillo todos los Riesgos y Complicaciones, que se mencionan anteriormente en terminología técnica. También se me han advertido los Beneficios. Manifiesto que he comprendido en forma satisfactoria la naturaleza y propósito del procedimiento a realizar, la técnica empleada, los riesgos y beneficios, así como la posibilidad de cambio de esta, durante el procedimiento, si fuera necesario. Reconozco que se me ha dado la oportunidad de hacer toda clase de preguntas y observaciones respecto a mi enfermedad, al procedimiento a realizar y de aclarar todas mis dudas.

Doy mi consentimiento informado para la realización del procedimiento mencionado durante la realización de la técnica conforme al plan terapéutico. Comprendo también que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocatoria de este consentimiento informado y eximir al profesional de mi atención.

Nombre del Paciente _____
N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Paciente _____
Huella



Nombre del Testigo _____
N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Testigo _____
Huella



	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	FT-CA-13
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO POR VÍA PARENTERAL	VERSIÓN	01

Como profesional de la salud declaro que he informado al (la) paciente el propósito, los riesgos y los beneficios del procedimiento descrito, de sus alternativas, posibles complicaciones.

Se hace entrega al (la) paciente por escrito de las recomendaciones domiciliarias y se explican verbalmente.

Profesional Responsable _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

N° de R.P. _____.

8.2.5.2.5. Consentimiento informado Suturas (Diseñado)

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	FT-CA-16
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO SUTURAS	VERSIÓN	01

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ DE _____
 EDAD: _____ SEXO: _____
 NOMBRE DE LA EPS: _____
 CONTACTO DE COMPAÑANTE _____
 NÚMERO DE CELULAR: _____ FIJO: _____

Declaro que he acudido a consulta el día ____ del mes ____ del año ____ con el profesional _____ especialista en _____ quien prescribió la realización del procedimiento en mención. Una vez examinado(a) evaluado(a) y determinada mi condición clínica se realizará el procedimiento propuesto: **SUTURAS**: Es la aproximación de los bordes de una herida por medio de puntos, utilizando suturas, instrumental quirúrgico y agujas adecuadas dependiendo del área lesionada.

RIESGOS Y COMPLICACIONES


Existen riesgos en los que puede inferir su incorrecta indicación y su mala ejecución, también va a depender del tipo de herida que se vaya a suturar. En cualquier caso, las complicaciones suelen ser mínimas y normalmente son resueltas en atención primaria: hematomas, infección local, dehiscencia, granuloma, cicatriz queloidea, cicatriz hipertrófica, hiperpigmentación y/o necrosis.

BENEFICIOS

Hay efectos beneficiosos asociados con la realización del procedimiento SUTURAS, tales como: permitir la aproximación de los bordes de una herida con el fin de facilitar el proceso de cicatrización, además es una técnica segura con buenos resultados funcionales.

De conformidad con la ley 23 de 1981, en sus artículos 15 y 16 el Profesional _____ identificado con cedula de ciudadanía N° _____ de _____, Registro N° _____ profesional en _____.

Declaro que me ha explicado en forma clara, precisa, concisa y lenguaje sencillo todos los Riesgos y Complicaciones, que anteriormente se detallan en terminología técnica. También se me han advertido los Beneficios. Manifiesto que he comprendido en forma satisfactoria la naturaleza y propósito del procedimiento a realizar, la técnica empleada, los riesgos y beneficios, así como la posibilidad de cambio de esta, durante el procedimiento, si fuera necesario. Reconozco que se me ha dado la oportunidad de hacer toda clase de preguntas y observaciones respecto a mi enfermedad, al procedimiento a realizar y de aclarar todas mis dudas.

	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	FT-CA-16
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO SUTURAS	VERSIÓN	01

Doy mi consentimiento informado para la realización del procedimiento mencionado durante la realización de la técnica conforme al plan terapéutico. Comprendo también que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocatoria de este consentimiento informado y eximir al profesional de mi atención.

Nombre del Paciente _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Paciente _____

Huella



Nombre del Testigo _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Testigo _____

Huella



Como profesional de la salud declaro que he informado al (la) paciente el propósito, los riesgos y los beneficios del procedimiento descrito, de sus alternativas, posibles complicaciones.

Se hace entrega al (la) paciente por escrito de las recomendaciones domiciliarias y se explican verbalmente.

Profesional Responsable _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

N° de R.P. _____

8.2.5.2.6. Consentimiento informado Paso de sonda nasogástrica (Diseñado)

	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	FT-CA-17
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO PASO DE Sonda NASOGASTRICA	VERSIÓN	01

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ DE _____

EDAD: _____ SEXO: _____

NOMBRE DE LA EPS: _____

CONTACTO DE COMPAÑANTE: _____

NÚMERO DE CELULAR: _____ FIJO: _____

Declaro que he acudido a consulta el día ____ del mes ____ del año ____ con el profesional _____, quien prescribió la realización del procedimiento en mención. Una vez examinado(a) evaluado(a) y determinada mi condición clínica se realizará el procedimiento propuesto **PASO DE Sonda NASOGASTRICA**: es la introducción de una sonda a través de la nariz hasta el estómago.

RIESGOS Y COMPLICACIONES

Existen riesgos en los que puede inferir su incorrecta indicación y su mala ejecución. En cualquier caso, queda matizar algunas consecuencias que se pueden producir durante el desarrollo del procedimiento y que el paciente tiene que ser consciente, tales como: obstrucción de la sonda, sangrado leve por nariz, salida o desplazamiento de la sonda, irritación o enrojecimiento de la fosa nasal, broncoaspiración (paso del preparado nutricional a vías respiratorias), náuseas y vómitos o diarreas relacionadas con la administración del preparado nutricional.

BENEFICIOS

Hay efectos beneficiosos asociados con la realización del procedimiento, tales como: Administración segura de medicamentos y alimentación, descompresión de la cámara gástrica, drenaje de residuos alimenticios y sustancias químicas.

De conformidad con la ley 23 de 1981, en sus artículos 15 y 16 el Profesional _____ identificado con cedula de ciudadanía N° _____ de _____, Registro N° _____ profesional en _____.

Declaro que me ha explicado en forma clara, precisa, concisa y lenguaje sencillo todos los Riesgos y Complicaciones, que a continuación se detallan en terminología técnica. También se me han advertido los Beneficios. Manifiesto que he comprendido en forma satisfactoria la naturaleza y propósito del procedimiento a realizar, la técnica empleada, los riesgos y beneficios, así como la posibilidad de cambio de esta, durante el procedimiento, si fuera necesario. Reconozco que se me ha dado la oportunidad de hacer toda clase de preguntas y observaciones respecto a mi enfermedad, al procedimiento a realizar y de aclarar todas mis dudas.

Doy mi consentimiento informado para la realización del procedimiento mencionado durante la realización de la técnica conforme al plan terapéutico, habiendo recibido explicación de las indicaciones, riesgos y/o complicaciones potenciales y beneficios enunciados. Comprendo también que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocatoria de este consentimiento informado y eximir al profesional de mi atención.

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	FT-CA-17
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO PASO DE SONDA NASOGASTRICA	VERSIÓN	01

Nombre del Paciente _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Paciente _____

Huella

Nombre del Testigo _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Testigo _____

Huella

Como profesional de la salud declaro que he informado al (la) paciente el propósito, los riesgos y los beneficios del procedimiento descrito, de sus alternativas, posibles complicaciones.

Se hace entrega al (la) paciente por escrito de las recomendaciones domiciliarias y se explican verbalmente.

Profesional Responsable _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

N° de R.P. _____

8.2.5.2.7. Consentimiento informado Curaciones (Diseñado)

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	FT-CA-18
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO CURACIONES Y CUIDADO DE HERIDAS	VERSIÓN	01

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ DE _____
 EDAD: _____ SEXO: _____
 NOMBRE DE LA EPS: _____
 CONTACTO DE COMPAÑANTE _____
 NÚMERO DE CELULAR: _____ FIJO: _____

Declaro que he acudido a consulta el día ____ del mes ____ del año ____ con el profesional _____ especialista en _____ quien prescribió la realización del procedimiento en mención. Una vez examinado(a) evaluado(a) y determinada mi condición clínica se realizará el procedimiento propuesto: **CURACIONES Y CUIDADO DE HERIDAS**: Se puede definir como el conjunto de técnica que favorecen la aparición de cicatrización en una herida, hasta lograr su cierre.

RIESGOS Y COMPLICACIONES

Existen riesgos en la realización del procedimiento en los que puede inferir una inadecuada técnica en la ejecución del procedimiento y que deben estar en conocimiento de los tales como: sangrado, dolor, dehiscencia de la sutura, hematomas e infecciones. Las infecciones y los hematomas producen hinchazón y aumento de la tensión en la herida suturada.

BENEFICIOS

El principal beneficio del cuidado de heridas es que ayuda en la protección contra infecciones y contribuye al proceso de recuperación de la herida.

De conformidad con la ley 23 de 1981, en sus artículos 15 y 16 el Profesional _____ identificado con cedula de ciudadanía N° _____ de _____, Registro N° _____ profesional en _____.

Declaro que me ha explicado en forma clara, precisa, concisa y lenguaje sencillo todos los Riesgos y Complicaciones, que anteriormente se detallan en terminología técnica. También se me han advertido los Beneficios. Manifiesto que he comprendido en forma satisfactoria la naturaleza y propósito del procedimiento a realizar, la técnica empleada, los riesgos y beneficios, así como la posibilidad de cambio de esta, durante el procedimiento, si fuera necesario. Reconozco que se me ha dado la oportunidad de hacer toda clase de preguntas y observaciones respecto a mi enfermedad, al procedimiento a realizar y de aclarar todas mis dudas.

Doy mi consentimiento informado para la realización del procedimiento mencionado durante la realización de la técnica conforme al plan terapéutico. Comprendo también que en cualquier

	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	FT-CA-18
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO CURACIONES Y CUIDADO DE HERIDAS	VERSIÓN	01

momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocatoria de este consentimiento informado y eximir al profesional de mi atención.

Nombre del Paciente _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Paciente _____.

Huella

Nombre del Testigo _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Testigo _____.

Huella

Como profesional de la salud declaro que he informado al (la) paciente el propósito, los riesgos y los beneficios del procedimiento descrito, de sus alternativas, posibles complicaciones.

Se hace entrega al (la) paciente por escrito de las recomendaciones domiciliarias y se explican verbalmente.

Profesional Responsable _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

N° de R.P. _____.

8.2.5.2.8. Consentimiento informado Electrocardiograma (diseñado)

	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	FT-CA-23
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO EKG	VERSIÓN	01

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ DE _____
 EDAD: _____ SEXO: _____
 NOMBRE DE LA EPS: _____
 CONTACTO DE COMPAÑANTE _____
 NÚMERO DE CELULAR: _____ FIJO: _____

Declaro que he acudido a consulta el día ____ del mes ____ del año ____ con el profesional _____ especialista en _____ quien prescribió la realización del procedimiento en mención. Una vez examinado(a) evaluado(a) y determinada mi condición clínica se realizará el procedimiento propuesto: **ELECTROCARDIOGRAMA (EKG)**: Es un procedimiento simple, indoloro y rápido que registra la actividad eléctrica de su corazón. Cada vez que el corazón late, una señal eléctrica circula a través de él. El registro del EKG de estas señales se ven como líneas onduladas. El profesional de la salud puede leer estas líneas para buscar actividad cardíaca anormal que pueda ser un signo de enfermedad o daño cardíaco.

RIESGOS Y COMPLICACIONES


Los riesgos de un electrocardiograma son mínimos. Se puede sentir una molestia o irritación leve en la piel después de que se retiran los electrodos. No hay ningún riesgo de descarga eléctrica. El electrocardiograma no envía ninguna electricidad al cuerpo. Sólo registra la actividad eléctrica del corazón, por lo que no hay riesgo de una descarga eléctrica.

BENEFICIOS

Uno de los principales beneficios del EKG es que es un procedimiento no invasivo, lo que significa que es seguro y se puede realizar durante los controles de rutina. El EKG también detecta cualquier anomalía en la actividad cardíaca, siendo sumamente útil en el diagnóstico de enfermedades cardíacas.

De conformidad con la ley 23 de 1981, en sus artículos 15 y 16 el Profesional _____ identificado con cedula de ciudadanía N° _____ de _____, Registro N° _____ profesional en _____.

Declaro que me ha explicado en forma clara, precisa, concisa y lenguaje sencillo todos los Riesgos y Complicaciones, que anteriormente se detallan en terminología técnica. También se me han advertido los Beneficios. Manifiesto que he comprendido en forma satisfactoria la naturaleza y propósito del procedimiento a realizar, la técnica empleada, los riesgos y beneficios, así como la posibilidad de cambio de esta, durante el procedimiento, si fuera necesario. Reconozco que se me ha dado la oportunidad de hacer toda clase de preguntas y observaciones respecto a mi enfermedad, al procedimiento a realizar y de aclarar todas mis dudas.

	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	FT-CA-23
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO EKG	VERSIÓN	01

Doy mi consentimiento informado para la realización del procedimiento mencionado durante la realización de la técnica conforme al plan terapéutico. Comprendo también que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocatoria de este consentimiento informado y eximir al profesional de mi atención.

Nombre del Paciente _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Paciente _____

Huella



Nombre del Testigo _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Testigo _____

Huella



Como profesional de la salud declaro que he informado al (la) paciente el propósito, los riesgos y los beneficios del procedimiento descrito, de sus alternativas, posibles complicaciones.

Se hace entrega al (la) paciente por escrito de las recomendaciones domiciliarias y se explican verbalmente.

Profesional Responsable _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

N° de R.P. _____

8.2.5.2.9. Consentimiento informado Retiro de puntos (Diseñado)

	PROCESO	CONSULTA EXTERNA	CÓDIGO	FT-CE-06
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFOMADO RETIRO DE PUNTOS	VERSIÓN	01

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ DE _____
 EDAD: _____ SEXO: _____
 NOMBRE DE LA EPS: _____
 CONTACTO DE COMPAÑANTE _____
 NÚMERO DE CELULAR: _____ FIJO: _____

Declaro que he acudido a consulta el día ____ del mes ____ del año ____ con el profesional _____ especialista en _____ quien prescribió la realización del procedimiento en mención. Una vez examinado(a) evaluado(a) y determinada mi condición clínica se realizará el procedimiento propuesto: **RETIRO DE PUNTOS**: Es el procedimiento que consiste en extraer parcial o totalmente las suturas de una herida cicatrizada.

RIESGOS Y COMPLICACIONES

Existen riesgos en los que puede inferir el tipo de herida suturada y factores intrínsecos del paciente, como mala cicatrización. En cualquier caso, las complicaciones suelen ser mínimas y normalmente son resueltas en atención primaria, tales como: Si se retiran los puntos cuando la herida aún no ha cicatrizado se puede causar dehiscencia de la herida o infección, se no se siguen las recomendaciones para el cuidado de las mismas.

BENEFICIOS

Hay efectos beneficiosos asociados con la realización del procedimiento RETIRO DE PUNTOS, tales como: ayudan a prevenir la cicatrización y el daño al tejido.

De conformidad con la ley 23 de 1981, en sus artículos 15 y 16 el Profesional _____ identificado con cedula de ciudadanía N° _____ de _____, Registro N° _____ profesional en _____.

Declaro que me ha explicado en forma clara, precisa, concisa y lenguaje sencillo todos los Riesgos y Complicaciones, que anteriormente se detallan en terminología técnica. También se me han advertido los Beneficios. Manifiesto que he comprendido en forma satisfactoria la naturaleza y propósito del procedimiento a realizar, la técnica empleada, los riesgos y beneficios, así como la posibilidad de cambio de esta, durante el procedimiento, si fuera necesario. Reconozco que se me ha dado la oportunidad de hacer toda clase de preguntas y observaciones respecto a mi enfermedad, al procedimiento a realizar y de aclarar todas mis dudas.

Doy mi consentimiento informado para la realización del procedimiento mencionado durante la realización de la técnica conforme al plan terapéutico. Comprendo también que en cualquier

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	CONSULTA EXTERNA	CÓDIGO	FT-CE-06
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO RETIRO DE PUNTOS	VERSIÓN	01

momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocatoria de este consentimiento informado y eximir al profesional de mi atención.

Nombre del Paciente _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Paciente _____

Huella



Nombre del Testigo _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Testigo _____

Huella



Como profesional de la salud declaro que he informado al (la) paciente el propósito, los riesgos y los beneficios del procedimiento descrito, de sus alternativas, posibles complicaciones.

Se hace entrega al (la) paciente por escrito de las recomendaciones domiciliarias y se explican verbalmente.

Profesional Responsable _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

N° de R.P. _____

8.2.5.2.10. Consentimiento informado Remisión (Diseñado)

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	FT-CA-14
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REMISIÓN	VERSIÓN	01

INSTITUCIÓN: _____
 HISTORIA CLÍNICA: _____
 NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 EDAD: _____ SEXO: _____ NOMBRE DE LA EPS: _____
 CONTACTO DE COMPAÑANTE: _____
 NÚMERO DE CELULAR: _____ FIJO: _____

ACEPTO SER REMITIDO(A) A: _____
 Declaro que el profesional: _____ especialista en _____ me ha explicado claramente y yo he entendido que la remisión es necesaria por razones médicas.

Igualmente, el profesional de la salud me ha explicado mi situación actual de salud y los riesgos de rechazar la remisión a una institución de salud de mayor complejidad.

En constancia de lo anterior:

Nombre del Paciente _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Paciente _____



Huella

Nombre del testigo _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del testigo _____



Huella

Como profesional de la salud declaro que he informado al (la) paciente el propósito, los riesgos y los beneficios de la remisión a una entidad de salud de mayor complejidad, de sus alternativas, posibles complicaciones.

Profesional Responsable _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

N° de R.P. _____

8.2.5.2.11. Consentimiento informado monitoreo fetal (diseñado)

	PROCESO	GESTIÓN ASISTENCIAL	CÓDIGO	FT-CA-21
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO MONITOREO FETAL	VERSIÓN	01

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ DE _____
 EDAD: _____ SEXO: _____
 NOMBRE DE LA EPS: _____
 CONTACTO DE COMPAÑANTE _____
 NÚMERO DE CELULAR: _____ FIJO: _____

Declaro que he acudido a consulta el día ____ del mes ____ del año ____ con el profesional _____ especialista en _____ quien prescribió la realización del procedimiento en mención. Una vez examinado(a) evaluado(a) y determinada mi condición clínica se realizará el procedimiento propuesto: **MONITOREO FETAL**: La monitoria Fetal es una prueba de bienestar fetal, que consiste en el registro gráfico continuo y simultaneo de la frecuencia cardiaca fetal, los movimientos fetales y la actividad uterina.

RIESGOS Y COMPLICACIONES

La monitoria fetal externa son análisis no invasivos que no suponen riesgos físicos para la madre o para el bebé. Puede llegar a generar ansiedad durante el procedimiento por el tiempo e incertidumbre, es importante que en caso tal, debe comunicarlo con la persona de la salud que la este atendiendo.

BENEFICIOS

Hay beneficios asociados a la realización del procedimiento MONITORIA FETAL, tales como:

- Llevar un registro de la frecuencia cardíaca de su bebé.
- Medir la frecuencia de sus contracciones y cuánto duran.
- Determinar si está teniendo un trabajo de parto prematuro.
- Revisar la salud de su bebé si su médico piensa que puede haber problemas.

De conformidad con la ley 23 de 1981, en sus artículos 15 y 16 el Profesional _____ identificado con cedula de ciudadanía N° _____ de _____, Registro N° _____ profesional en _____.

Declaro que me ha explicado en forma clara, precisa, concisa y lenguaje sencillo todos los Riesgos y Complicaciones, que anteriormente se detallan en terminología técnica. También se me han advertido los Beneficios. Manifiesto que he comprendido en forma satisfactoria la naturaleza y propósito del procedimiento a realizar, la técnica empleada, los riesgos y beneficios, así como la posibilidad de cambio de esta, durante el procedimiento, si fuera necesario. Reconozco que se me ha dado la oportunidad de hacer toda clase de preguntas y observaciones respecto a mi enfermedad, al procedimiento a realizar y de aclarar todas mis dudas.

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>Consejo de Todos</i>	PROCESO	GESTIÓN ASISTENCIAL	CÓDIGO	FT-CA-21
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO MONITOREO FETAL	VERSIÓN	01

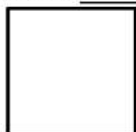
Doy mi consentimiento informado para la realización del procedimiento mencionado durante la realización de la técnica conforme al plan terapéutico. Comprendo también que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocatoria de este consentimiento informado y eximir al profesional de mi atención.

Nombre del Paciente _____

Nº de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Paciente _____

Huella



Nombre del Testigo _____

Nº de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Testigo _____

Huella



Como profesional de la salud declaro que he informado al (la) paciente el propósito, los riesgos y los beneficios del procedimiento descrito, de sus alternativas, posibles complicaciones.

Se hace entrega al (la) paciente por escrito de las recomendaciones domiciliarias y se explican verbalmente.

Profesional Responsable _____

Nº de Documento de Identidad _____ de _____

Nº de R.P. _____

8.2.5.2.12. Consentimiento informado Amniotomía (diseñado)

	PROCESO	ATENCIÓN DEL PARTO	CÓDIGO	FT-XX-YY
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFOMADO AMNIOTOMÍA	VERSIÓN	01

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ DE _____
 EDAD: _____ SEXO: _____
 NOMBRE DE LA EPS: _____
 CONTACTO DE COMPAÑANTE _____
 NÚMERO DE CELULAR: _____ FIJO: _____

Declaro que he acudido a consulta el día ____ del mes ____ del año ____ con el profesional _____ especialista en _____ quien prescribió la realización del procedimiento en mención. Una vez examinado(a) evaluado(a) y determinada mi condición clínica se realizará el procedimiento propuesto: **AMNIOTOMÍA**: La amniotomía (rotura deliberada de las membranas) es un procedimiento sencillo que se puede utilizar solo para inducir el trabajo de parto si las membranas son accesibles, evitando así la necesidad de una intervención farmacológica.

RIESGOS Y COMPLICACIONES

Como cualquier otro procedimiento la amniotomía puede tener también algunos riesgos o de hecho contraindicaciones, tales como:

- Existe el riesgo que tanto la madre como el bebé sufran una infección.
- El cordón umbilical puede sufrir un prolapso que significa que se puede desprender antes de lo necesario.
- Por último, existe el riesgo que el bebé pueda sufrir bajadas o aceleraciones notables de su frecuencia cardíaca.

BENEFICIOS

- Aumenta los niveles de oxitocina y también libera la prostaglandina E2, de modo que se aceleran las contracciones y la dilatación. De este modo, y de la misma forma que ocurre cuando la rotura se produce de forma natural
- Ayudar a hacer mucho más rápido el parto.
- Es una práctica que sirve también para realizar la monitorización cardíaca del feto.
- Ayuda a que el médico pueda saber el color del líquido amniótico. Un detalle importante para poder saber si el bebé se encuentra bien o está sufriendo alguna complicación.

De conformidad con la ley 23 de 1981, en sus artículos 15 y 16 el Profesional _____ identificado con cedula de ciudadanía N° _____ de _____, Registro N° _____ profesional en _____.

Declaro que me ha explicado en forma clara, precisa, concisa y lenguaje sencillo todos los Riesgos y Complicaciones, que anteriormente se detallan en terminología

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	ATENCIÓN DEL PARTO	CÓDIGO	FT-XX-YY
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO AMNIOTOMÍA	VERSIÓN	01

técnica. También se me han advertido los Beneficios. Manifiesto que he comprendido en forma satisfactoria la naturaleza y propósito del procedimiento a realizar, la técnica empleada, los riesgos y beneficios, así como la posibilidad de cambio de esta, durante el procedimiento, si fuera necesario. Reconozco que se me ha dado la oportunidad de hacer toda clase de preguntas y observaciones respecto a mi enfermedad, al procedimiento a realizar y de aclarar todas mis dudas.

Doy mi consentimiento informado para la realización del procedimiento mencionado durante la realización de la técnica conforme al plan terapéutico. Comprendo también que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocatoria de este consentimiento informado y eximir al profesional de mi atención.

Nombre del Paciente _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Paciente _____

Huella

Nombre del Testigo _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Testigo _____

Huella

Como profesional de la salud declaro que he informado al (la) paciente el propósito, los riesgos y los beneficios del procedimiento descrito, de sus alternativas, posibles complicaciones.

Profesional Responsable _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

N° de R.P. _____

8.2.5.2.13. Consentimiento informado episiotomía – episiorrafia (diseñado)

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	ATENCIÓN DEL PARTO	CÓDIGO	FT-XX-YY
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFOMADO EPISIOTOMÍA - EPISIORRAFÍA	VERSIÓN	01

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ DE _____
 EDAD: _____ SEXO: _____
 NOMBRE DE LA EPS: _____
 CONTACTO DE COMPAÑANTE _____
 NÚMERO DE CELULAR: _____ FIJO: _____

Declaro que he acudido a consulta el día ____ del mes ____ del año ____ con el profesional _____ especialista en _____ quien prescribió la realización del procedimiento en mención. Una vez examinado(a) evaluado(a) y determinada mi condición clínica se realizará el procedimiento propuesto: **EPISIOTOMÍA**: Consiste en la incisión quirúrgica del periné que se realiza al final del segundo período del parto, con la finalidad de impedir los desgarros del piso pélvico y vulvo-vaginoperineales. **EPISORRAFÍA**: Es el término con el que conocemos a la sutura de la episiotomía, que, salvo raras ocasiones, tiene lugar inmediatamente tras el alumbramiento.

RIESGOS Y COMPLICACIONES

De manera general, las complicaciones relacionadas a la realización de estos procedimientos son: Sangrado, hematomas, dolor, infección, dehiscencia, granulomas, fibrosis y fistulas.

BENEFICIOS

El principal beneficio de la episiotomía es facilitar la salida del bebé en el parto, sobre todo si hay riesgo de desgarro o signos de sufrimiento fetal.

De conformidad con la ley 23 de 1981, en sus artículos 15 y 16 el Profesional _____ identificado con cedula de ciudadanía N° _____ de _____, Registro N° _____ profesional en _____.

Declaro que me ha explicado en forma clara, precisa, concisa y lenguaje sencillo todos los Riesgos y Complicaciones, que anteriormente se detallan en terminología técnica. También se me han advertido los Beneficios. Manifiesto que he comprendido en forma satisfactoria la naturaleza y propósito del procedimiento a realizar, la técnica empleada, los riesgos y beneficios, así como la posibilidad de cambio de esta, durante el procedimiento, si fuera necesario. Reconozco que se me ha dado la oportunidad de hacer toda clase de preguntas y observaciones respecto a mi enfermedad, al procedimiento a realizar y de aclarar todas mis dudas.

Doy mi consentimiento informado para la realización del procedimiento mencionado durante la realización de la técnica conforme al plan terapéutico. Comprendo también que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocatoria de este consentimiento informado y eximir al profesional de mi atención.

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>Cariños de Todas</i>	PROCESO	ATENCIÓN DEL PARTO	CÓDIGO	FT-XX-YY
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO EPISIOTOMÍA - EPISIORRAFÍA	VERSIÓN	01

Nombre del Paciente _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Paciente _____

Huella 

Nombre del Testigo _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Testigo _____

Huella 

Como profesional de la salud declaro que he informado al (la) paciente el propósito, los riesgos y los beneficios del procedimiento descrito, de sus alternativas, posibles complicaciones.

Se hace entrega al (la) paciente por escrito de las recomendaciones domiciliarias y se explican verbalmente.

Profesional Responsable _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

N° de R.P. _____

8.2.5.2.14. Consentimiento informado transporte asistencial (Diseñado)

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>Corazón de Todos</i>	PROCESO	ATENCIÓN INMEDIATA	CÓDIGO	FT-CA-20
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO TRASPORTE ASISTENCIAL	VERSIÓN	01

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ DE _____ EDAD: _____
SEXO: _____ NOMBRE DE LA EPS: _____
CONTACTO DE ACOMPAÑANTE: _____
NÚMERO DE CELULAR: _____ FIJO: _____

Declaro que, en mi condición de paciente o representante legal, en pleno uso de mis facultades soy consciente del estado de mi enfermedad o la de mi representado y acepto todos los conceptos clínicos informados para el traslado y atención en otro nivel de complejidad, estoy informado por el equipo médico de mi (su) condición, y autorizo a la ESE Hospital Local Municipio de Los Patios, a través de su servicio de transporte asistencial, el traslado de mi persona o representado a la IPS receptora.

Autorizo para que dada alguna complicación durante el traslado se realice lo pertinente, que va desde la administración de líquidos, medicamentos y procedimientos en beneficio y preservación de la vida de mi persona o representado legal.

RIESGOS DURANTE EL TRASLADO

Los riesgos generales del transporte asistencial de personas son: caídas, desplazamiento de dispositivos médicos como tubos endotraqueales, vías venosas periféricas, sondas de alimentación, drenajes pleurales, entre otros; fallas de equipos, reacciones adversas a medicamentos o insumos, y otro que aun estando bajo vigilancia y control de calidad permanente son riesgos inevitables dentro del que hacer asistencial.

- Existen riesgo relacionados con la condición de salud del paciente, enfermedades de base
- Molestias propias de un traslado vía terrestre, también existen situaciones propias del medio de transporte como pincharse una llanta, accidente de tránsito y aquellas producidas por el ruido y vibraciones propias del vehículo de transporte utilizado.

Se me explico la situación de salud, el motivo de traslado, el motivo de traslado y/o derivación. Comprendí la información que ese me dio y me fueron aclaradas de manera satisfactoria todas mis dudas. Comprendo que tengo derecho a aceptar o no el traslado y/o derivación aceptando las consecuencias de esta decisión. Entiendo también que puedo cambiar de opinión cuando lo estime oportuno.

En constancia de lo anterior,

Nombre del Paciente o representante legal: _____

Nº de Documento de Identidad: _____ de _____

Firma del Paciente o representante legal: _____



Huella

	PROCESO	ATENCIÓN INMEDIATA	CÓDIGO	FT-CA-20
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO TRASPORTE ASISTENCIAL	VERSIÓN	01

Como profesional de la salud declaro que he informado al (la) paciente el propósito, los riesgos y los beneficios del procedimiento descrito, de sus alternativas, posibles complicaciones.

Profesional Responsable _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

N° de R.P. _____

8.2.5.2.15. Disentimiento informado Remisión (Diseñado)

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	GESTIÓN ASISTENCIAL	CÓDIGO	FT-XX-YY
	FORMATO	DISENTIMIENTO INFORMADO PARA REMISIÓN	VERSIÓN	01

INSTITUCIÓN _____ HISTORIA CLÍNICA: _____
 NOMBRE DEL PACIENTE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ NOMBRE DE LA EPS: _____
 CONTACTO DE COMPAÑANTE _____
 NÚMERO DE CELULAR: _____ FIJO: _____

RECHAZO SER REMITIDO(A) A: _____
 Declaro que el profesional: _____ especialista en _____ me ha explicado claramente y yo he entendido que la remisión es necesaria por razones médicas.

Igualmente, el profesional de la salud me ha explicado que los riesgos de rechazar la remisión y de mi decisión de permanecer en esta institución son:

ACEPTO ESTOS RIESGO BAJO MI PROPIA RESPONSABILIDAD, en constancia de lo anterior:

Nombre del Paciente _____
 N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Paciente _____



Huella

Nombre del testigo _____
 N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del testigo _____



Huella

Como profesional de la salud declaro que he informado al (la) paciente el propósito, los riesgos y los beneficios del procedimiento descrito, de sus alternativas, posibles complicaciones.

Profesional Responsable _____
 N° de Documento de Identidad _____ de _____
 N° de R.P. _____

8.2.5.2.16. Salida voluntaria (Diseño)

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>ANM/Corazón de Todos</i>	PROCESO	ATENCIÓN INMEDIATA	CÓDIGO	FT-AI-18
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO DE SALIDA VOLUNTARIA	VERSIÓN	01

FECHA: _____ HORA: _____

INSTITUCIÓN: _____ HISTORIA CLÍNICA: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ NOMBRE DE LA EPS: _____

CONTACTO DE COMPAÑANTE _____

NÚMERO DE CELULAR: _____ FIJO: _____

Declaro por medio del presente documento y en pleno uso de mis facultades mentales de manera libre y autónoma, habiendo recibido información por del personal de salud tratante sobre mi condición médica actual, decido **VOLUNTARIAMENTE** retirarse de los servicios del Hospital Local del municipio de los Patios y asumo las consecuencias que se deriven de esta decisión.

Comprendo y acepto los riesgos que esto pueda ocasionar, he recibido plena consejería al igual que se me han dado oportunidad de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria

Al firmar este documento reconozco que lo he leído o que me ha sido leído y explicado y que comprendo perfectamente su contenido

Afirmo que bajo mi responsabilidad decido **RETIRARME DE LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO DE LOS PATIOS VOLUNTARIAMENTE** y en consecuencia declaro que ni la institución, ni su personal serán responsables en caso de complicaciones

En constancia de lo anterior:

Nombre del Paciente _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Paciente _____

Huella

Nombre del testigo _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del testigo _____

Huella


Como profesional de la salud declaro que he informado al (la) paciente el propósito, los riesgos y los beneficios del procedimiento descrito, de sus alternativas, posibles complicaciones.

Profesional Responsable _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

N° de R.P. _____

8.2.5.2.17. No reanimación (Diseñado)

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>Corazón de Todos</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	FT-CA-12
	FORMATO	DISENTIMIENTO DE NO REANIMACIÓN	VERSIÓN	01

INSTITUCIÓN _____
 HISTORIA CLÍNICA: _____
 NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 EDAD: _____ SEXO: _____ NOMBRE DE LA EPS: _____
 CONTACTO DE COMPAÑANTE _____
 NÚMERO DE CELULAR: _____ FIJO: _____

Declaro que no deseo recibir tratamiento de reanimación en caso de un paro cardíaco o respiratorio. Por lo tanto, yo o mi representante, instruye al personal de salud de la ESE HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO LOS PATIOS que no se me realicen maniobras y/o tratamiento de reanimación.

Yo _____ CC: _____ de: _____
 como representante legal verifico que hemos notificado a cada miembro de la familia, la decisión de NO REANIMACIÓN.

Nombre del Paciente _____
 N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Paciente _____



Huella

Nombre del testigo _____
 N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del testigo _____



Huella

DECLARACIÓN DEL MEDICO DE TURNO:

Certifico que soy el médico tratante del paciente antes mencionado quien tiene la principal responsabilidad del tratamiento y la atención de dicho paciente. También certifico que el paciente tiene la capacidad de tomar una decisión informada, o mientras tenía dicha capacidad, firmó una instrucción escrita para que no se proporcionaran medidas de reanimación bajo ciertas circunstancias o un poder duradero para decisiones de atención de salud.

Profesional Responsable _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

N° de R.P. _____

8.2.5.2.18. Consentimiento informado extracción del implante subdérmico (Diseño)

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA LOCAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	CONSULTA EXTERNA	CÓDIGO	FT-CE-08
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO EXTRACCIÓN DE IMPLANTE SUBDÉRMICO	VERSIÓN	01

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ DE _____

EDAD: _____ SEXO: _____

NOMBRE DE LA EPS: _____

CONTACTO DE ACOMPAÑANTE _____

NÚMERO DE CELULAR: _____ FIJO: _____

Declaro que he acudido a consulta el día ____ del mes ____ del año ____ con el profesional _____ especialista en _____ para la realización del procedimiento **EXTRACCIÓN DE IMPLANTE SUBDÉRMICO** debido a que:

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La extracción requiere unos cinco minutos. Primero se aplica un anestésico local para adormecer la zona. Posteriormente, se realiza una pequeña incisión y se extraen la(s) barritas. Tras la extracción, se aplica un vendaje compresivo a fin de evitar la aparición de un hematoma.

RIESGOS Y COMPLICACIONES

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables. Después de que el efecto del anestésico haya desaparecido puede notar cierta sensación de dolor y aparezca una pequeña equimosis o hematoma (morado).

De conformidad con la ley 23 de 1981, en sus artículos 15 y 16 el Profesional _____ identificado con cedula de ciudadanía N° _____ de _____, Registro N° _____ profesional en _____.

Declaro que me ha explicado en forma clara, precisa, concisa y lenguaje sencillo todos los *Riesgos y Complicaciones*, que anteriormente se detallan en terminología técnica. También se me han advertido los *Beneficios*. Manifiesto que he comprendido en forma satisfactoria la naturaleza y propósito del procedimiento a realizar, la técnica empleada, los riesgos y beneficios, así como la posibilidad de cambio de esta, durante el procedimiento, si fuera necesario. Reconozco que se me ha dado la oportunidad de hacer toda clase de preguntas y observaciones respecto a mi enfermedad, al procedimiento a realizar y de aclarar todas mis dudas.

Doy mi consentimiento informado para la realización del procedimiento mencionado durante la realización de la técnica conforme al plan terapéutico. Comprendo también que en cualquier

	PROCESO	CONSULTA EXTERNA	CÓDIGO	FT-CE-08
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO EXTRACCIÓN DE IMPLANTE SUBDÉRMICO	VERSIÓN	01

momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocatoria de este consentimiento informado y eximir al profesional de mi atención.

Nombre del Paciente _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Paciente _____

Huella

Nombre del Testigo _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Testigo _____

Huella

Como profesional de la salud declaro que he informado la paciente el propósito, los riesgos y los beneficios del procedimiento descrito, de sus alternativas, posibles complicaciones.

Se hace entrega a la paciente por escrito de las recomendaciones domiciliarias y se explican verbalmente.

Profesional Responsable _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

N° de R.P. _____

8.2.5.2.19. Consentimiento informado extracción de DIU (Diseño)

	PROCESO	CONSULTA EXTERNA	CODIGO	FT-CE-07
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO EXTRACCIÓN DE DIU	VERSIÓN	01

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ DE _____
 EDAD: _____ SEXO: _____
 NOMBRE DE LA EPS: _____
 CONTACTO DE COMPAÑANTE _____
 NÚMERO DE CELULAR: _____ FIJO: _____

Declaro que he acudido a consulta el día ____ del mes ____ del año ____ con el profesional _____ especialista en _____ para la realización del procedimiento **EXTRACCIÓN DEL DIU** debido a que:

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Para extraer el DIU, el profesional primero insertará un espéculo, que es una herramienta que se usa para ensanchar la vagina para ver mejor el cuello del útero. Una vez que el profesional pueda ver claramente el DIU, insertará una pinza de aro para agarrar las cuerdas. Luego tirará suavemente de ellas y el DIU saldrá

RIESGOS Y COMPLICACIONES

Dolor e incomodidad durante el procedimiento, sangrado vaginal y cólicos leves durante y luego de la extracción. Es importante saber que luego de que se extrae el dispositivo intrauterino tu fertilidad volverá a la normalidad de inmediato, de modo que es posible que quede embarazada si no usa otro método de planificación.

De conformidad con la ley 23 de 1981, en sus artículos 15 y 16 el Profesional _____ identificado con cedula de ciudadanía N° _____ de _____, Registro N° _____ profesional en _____.

Declaro que me ha explicado en forma clara, precisa, concisa y lenguaje sencillo todos los Riesgos y Complicaciones, que anteriormente se detallan en terminología técnica. También se me han advertido los Beneficios. Manifiesto que he comprendido en forma satisfactoria la naturaleza y propósito del procedimiento a realizar, la técnica empleada, los riesgos y beneficios, así como la posibilidad de cambio de esta, durante el procedimiento, si fuera necesario. Reconozco que se me ha dado la oportunidad de hacer toda clase de preguntas y observaciones respecto a mi enfermedad, al procedimiento a realizar y de aclarar todas mis dudas.

Doy mi consentimiento informado para la realización del procedimiento mencionado durante la realización de la técnica conforme al plan terapéutico. Comprendo también que en cualquier

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>Corazón de Todos</i>	PROCESO	CONSULTA EXTERNA	CÓDIGO	FT-CE-07
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO EXTRACCIÓN DE DIU	VERSIÓN	01

momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocatoria de este consentimiento informado y eximir al profesional de mi atención.

Nombre del Paciente _____

Nº de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Paciente _____.

Huella

Nombre del Testigo _____

Nº de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Testigo _____.

Huella

Como profesional de la salud declaro que he informado a la paciente el propósito, los riesgos y los beneficios del procedimiento descrito, de sus alternativas, posibles complicaciones.

Se hace entrega a la paciente por escrito de las recomendaciones domiciliarias y se explican verbalmente.

Profesional Responsable _____

Nº de Documento de Identidad _____ de _____

Nº de R.P. _____.

8.2.5.2.20. Consentimiento informado Vacunación 18 meses (Diseñado)

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	VACUNACION	CÓDIGO	FT-VA-04
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO VACUNACIÓN 18 MESES	VERSIÓN	01

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ DE _____
 EDAD: _____ SEXO: _____
 NOMBRE DE LA EPS: _____
 CONTACTO DE ACOMPAÑANTE: _____
 NÚMERO DE CELULAR: _____ FIJO: _____

Declaro que he acudido a consulta el día ____ del mes ____ del año ____ con el (la) Profesional _____, quien prescribió la realización del procedimiento en mención. Una vez examinado(a) evaluado(a) y determinada mi condición clínica se realizara el procedimiento propuesto.
VACUNACIÓN/INMUNIZACIÓN: *Previene enfermedades, discapacidades y defunciones destinada a generar inmunidad contra una enfermedad estimulando la producción de anticuerpos. Enfermedades prevenibles mediante vacunación, por ejemplo, en el caso de las vacunas de los 18 meses estas protegen contra la difteria, tétanos, poliomielitis y fiebre amarilla.*

RIESGOS Y COMPLICACIONES

Existen riesgos en los que puede inferir su incorrecta indicación y su mala ejecución. En cualquier caso, queda matizar algunas consecuencias que se pueden producir durante el desarrollo del procedimiento y que el paciente tiene que ser consciente, tales como:

- **Difteria - Tos ferina – Tétano (DPT):** *Inflación temporal, sensibilidad, enrojecimiento en el sitio de inyección, fiebre e irritabilidad.*
- **Polio:** *Hinchazón, enrojecimiento, dolor en el lugar de inyección, fiebre y malestar.*
- **Fiebre amarilla (FA):** *Reacciones inmediatas hipersensibilidad que se caracterizan por erupciones, urticaria o broncoespasmo entre aquellas con antecedentes de alergia al huevo de gallina. Reacciones tardías Cefalea, mialgia, fiebre y otros síntomas leves*


BENEFICIOS

Hay efectos beneficiosos asociados con la realización del procedimiento tales como la protección contra:

- **Difteria - Tos ferina – Tétano (DPT):** *Difteria, y tétano.*
- **Polio:** *poliomielitis.*
- **Fiebre amarilla (FA):** *Fiebre amarilla.*

De conformidad con la ley 23 de 1981, en sus artículos 15 y 16 el Profesional _____ identificado con cedula de ciudadanía N° _____ de _____, Registro N° _____ profesional en _____.

Declaro que me ha explicado en forma clara, precisa, concisa y lenguaje sencillo todos los Riesgos y Complicaciones, que se mencionaron anteriormente en terminología técnica. También se me han advertido los Beneficios. Manifiesto que he comprendido en forma satisfactoria la naturaleza y propósito

	PROCESO	VACUNACION	CÓDIGO	FT-VA-04
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO VACUNACIÓN 18 MESES	VERSIÓN	01

del procedimiento a realizar, la técnica empleada, los riesgos y beneficios, así como la posibilidad de cambio de esta, durante el procedimiento, si fuera necesario. Reconozco que se me ha dado la oportunidad de hacer toda clase de preguntas y observaciones respecto a mi enfermedad, al procedimiento a realizar y de aclarar todas mis dudas.

Doy mi consentimiento informado para la realización del procedimiento mencionado durante la realización de la técnica conforme al plan terapéutico. Comprendo también que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocatoria de este consentimiento informado y eximir al profesional de mi atención.

Nombre del representante legal: _____

N° de Documento de Identidad: _____ de _____

Firma del representante legal: _____.

Huella



Como profesional de la salud declaro que he informado al (la) paciente el propósito, los riesgos y los beneficios del procedimiento descrito, de sus alternativas, posibles complicaciones.

Se hace entrega al (la) paciente por escrito de las recomendaciones domiciliarias y se explican verbalmente.

Profesional Responsable _____

N° de Documento de Identidad: _____ de _____

N° de R.P. _____

8.2.5.2.21. Consentimiento informado Vacunación 10 – 49 años (diseñado)

	PROCESO	VACUNACION	CÓDIGO	FT-VA-06
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO VACUNACIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL ENTRE LOS 10 Y 49 AÑOS	VERSIÓN	01

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ DE _____
 EDAD: _____ SEXO: _____
 NOMBRE DE LA EPS: _____
 CONTACTO DE ACOMPAÑANTE: _____
 NÚMERO DE CELULAR: _____ FIJO: _____

Declaro que he acudido a consulta el día ____ del mes ____ del año ____ con el (la) Profesional _____, quien prescribió la realización del procedimiento en mención. Una vez examinado(a) evaluado(a) y determinada mi condición clínica se realizará el procedimiento propuesto. **VACUNACIÓN/INMUNIZACIÓN:** *Previene enfermedades, discapacidades y defunciones destinada a generar inmunidad contra una enfermedad estimulando la producción de anticuerpos. Enfermedades prevenibles mediante vacunación. Las vacunas son importantes tanto para los adultos, como para los niños y adolescentes.*

RIESGOS Y COMPLICACIONES

Existen riesgos en los que puede inferir su incorrecta indicación y su mala ejecución. En cualquier caso, queda matizar algunas consecuencias que se pueden producir durante el desarrollo del procedimiento y que el paciente tiene que ser consciente, tales como:

- **Tétano - Difteria (TD):** *Dolor ligero a la palpación y eritema en el punto de inyección, y ocasionalmente fiebre.*

BENEFICIOS

Hay efectos beneficiosos asociados con la realización del procedimiento tales como la protección contra:

- **Tétano – Difteria (TD):** Difteria y tétano.

De conformidad con la ley 23 de 1981, en sus artículos 15 y 16 el Profesional _____ identificado con cedula de ciudadanía N° _____ de _____, Registro N° _____ profesional en _____.

Declaro que me ha explicado en forma clara, precisa, concisa y lenguaje sencillo todos los Riesgos y Complicaciones, que a continuación se detallan en terminología técnica. También se me han advertido los Beneficios. Manifiesto que he comprendido en forma satisfactoria la naturaleza y propósito del procedimiento a realizar, la técnica empleada, los riesgos y beneficios, así como la posibilidad de cambio de esta, durante el procedimiento, si fuera necesario. Reconozco que se me ha dado la oportunidad de hacer toda clase de preguntas y observaciones respecto a mi enfermedad, al procedimiento a realizar y de aclarar todas mis dudas.

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	VACUNACION	CÓDIGO	FT-VA-06
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO VACUNACIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL ENTRE LOS 10 Y 49 AÑOS	VERSIÓN	01

Doy mi consentimiento informado para la realización del procedimiento mencionado durante la realización de la técnica conforme al plan terapéutico. Comprendo también que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocatoria de este consentimiento informado y eximir al profesional de mi atención.

Nombre del Paciente _____
 N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Paciente _____

Huella



Nombre del Testigo _____
 N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Testigo _____

Huella



Como profesional de la salud declaro que he informado al (la) paciente el propósito, los riesgos y los beneficios del procedimiento descrito, de sus alternativas, posibles complicaciones.

Se hace entrega al (la) paciente por escrito de las recomendaciones domiciliarias y se explican verbalmente.

Profesional Responsable _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

N° de R.P. _____

8.2.5.2.22. Consentimiento informado Vacunación gestantes (Diseñado)

	PROCESO	VACUNACIÓN	CÓDIGO	FT-VA-01
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO VACUNACIÓN GESTANTES	VERSIÓN	01

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ DE _____
 EDAD: _____ SEXO: _____
 NOMBRE DE LA EPS: _____
 CONTACTO DE ACOMPAÑANTE: _____
 NÚMERO DE CELULAR: _____ FIJO: _____

Declaro que he acudido a consulta el día ____ del mes ____ del año ____ con el (la) Profesional _____, quien prescribió la realización del procedimiento en mención. Una vez examinado(a) evaluado(a) y determinada mi condición clínica se realizará el procedimiento propuesto.
VACUNACIÓN/INMUNIZACIÓN: *Previene enfermedades, discapacidades y defunciones destinada a generar inmunidad contra una enfermedad estimulando la producción de anticuerpos. Enfermedades prevenibles mediante vacunación. Las vacunas son importantes tanto para los adultos, como para los niños.*

RIESGOS Y COMPLICACIONES

Existen riesgos en los que puede inferir su incorrecta indicación y su mala ejecución. En cualquier caso, queda matizar algunas consecuencias que se pueden producir durante el desarrollo del procedimiento y que el paciente tiene que ser consciente, tales como:

- **Influenza A:** *Enrojecimiento, hinchazón, dolor o reacciones sistémicas tales como fiebre, rigidez, dolor de cabeza, fatiga y vómito. En casos raros encefalomielitís, reacción alérgica o shock anafiláctico, síndrome de Gillan-barre.*
- **Tétano - Difteria- Tos ferina acelular (TDa):** *Reacciones en el lugar de inyección (dolor, enrojecimiento e inflamación), fatiga, malestar general, fiebre, dolor de cabeza, mareos, náuseas. Poco frecuentes como infección en las vías respiratorias superiores, faringitis, linfadenopatía, síncope, tos, diarreas, vómitos, hiperhidrosis, prurito, erupción cutánea, artralgia, mialgia, rigidez articular y rigidez muscular esquelética.*

BENEFICIOS

Hay efectos beneficiosos asociados con la realización del procedimiento tales como la protección contra:

- **Influenza A:** *Enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza.*
- **Tétano - Difteria- Tos ferina acelular (TDa):** *Tétano neonatal, difteria, tosferina al recién nacido.*

De conformidad con la ley 23 de 1981, en sus artículos 15 y 16 el Profesional _____ identificado con cedula de ciudadanía N° _____ de _____, Registro N° _____ profesional en _____.

	PROCESO	VACUNACIÓN	CÓDIGO	FT-VA-01
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO VACUNACIÓN GESTANTES	VERSIÓN	01

Declaro que me ha explicado en forma clara, precisa, concisa y lenguaje sencillo todos los Riesgos y Complicaciones, que se mencionan anteriormente en terminología técnica. También se me han advertido los Beneficios. Manifiesto que he comprendido en forma satisfactoria la naturaleza y propósito del procedimiento a realizar, la técnica empleada, los riesgos y beneficios, así como la posibilidad de cambio de esta, durante el procedimiento, si fuera necesario. Reconozco que se me ha dado la oportunidad de hacer toda clase de preguntas y observaciones respecto a mi enfermedad, al procedimiento a realizar y de aclarar todas mis dudas.

Doy mi consentimiento informado para la realización del procedimiento mencionado durante la realización de la técnica conforme al plan terapéutico. Comprendo también que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocatoria de este consentimiento informado y eximir al profesional de mi atención.

Nombre del Paciente _____
N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Paciente _____
Huella



Nombre del Testigo _____
N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Testigo _____
Huella



Como profesional de la salud declaro que he informado al (la) paciente el propósito, los riesgos y los beneficios del procedimiento descrito, de sus alternativas, posibles complicaciones.

Se hace entrega al (la) paciente por escrito de las recomendaciones domiciliarias y se explican verbalmente.

Profesional Responsable _____
N° de Documento de Identidad _____ de _____
N° de R.P. _____

8.2.5.2.23. Consentimiento informado Vacunación adultos 60 años (Diseñado)

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <small>IAAPN</small> <i>Corazón de Todos</i>	PROCESO	VACUNACION	CÓDIGO	FT-VA-07
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO VACUNACIÓN ADULTOS 60 AÑOS	VERSIÓN	01

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ DE _____
EDAD: _____ SEXO: _____
NOMBRE DE LA EPS: _____
CONTACTO DE ACOMPAÑANTE: _____
NÚMERO DE CELULAR: _____ FIJO: _____

Declaro que he acudido a consulta el día ____ del mes ____ del año ____ con el (la) Profesional _____, quien prescribió la realización del procedimiento en mención. Una vez examinado(a) evaluado(a) y determinada mi condición clínica se realizara el procedimiento propuesto.
VACUNACIÓN/INMUNIZACIÓN: *Previene enfermedades, discapacidades y defunciones destinada a generar inmunidad contra una enfermedad estimulando la producción de anticuerpos. Enfermedades prevenibles mediante vacunación. Las vacunas son importantes tanto para los adultos, como para los niños.*

RIESGOS Y COMPLICACIONES

Existen riesgos en los que puede inferir su incorrecta indicación y su mala ejecución. En cualquier caso, queda matizar algunas consecuencias que se pueden producir durante el desarrollo del procedimiento y que el paciente tiene que ser consciente, tales como:

- **Influenza A:** *Enrojecimiento, hinchazón, dolor o reacciones sistémicas tales como fiebre, rigidez, dolor de cabeza, fatiga y vómito. En casos raros encefalomiелitis, reacción alérgica o shock, síndrome de Guillan-barre.*

BENEFICIOS

Hay efectos beneficiosos asociados con la realización del procedimiento tales como la protección contra:

- **Influenza A:** *Enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza.*

De conformidad con la ley 23 de 1981, en sus artículos 15 y 16 el Profesional _____ identificado con cedula de ciudadanía N° _____ de _____, Registro N° _____ profesional en _____.

Declaro que me ha explicado en forma clara, precisa, concisa y lenguaje sencillo todos los Riesgos y Complicaciones, que a continuación se detallan en terminología técnica. También se me han advertido los Beneficios. Manifiesto que he comprendido en forma satisfactoria la naturaleza y propósito del procedimiento a realizar, la técnica empleada, los riesgos y beneficios, así como la posibilidad de cambio de esta, durante el procedimiento, si fuera necesario. Reconozco que se me ha dado la oportunidad de hacer toda clase de preguntas y observaciones respecto a mi enfermedad, al procedimiento a realizar y de aclarar todas mis dudas.

	PROCESO	VACUNACION	CÓDIGO	FT-VA-07
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO VACUNACIÓN ADULTOS 60 AÑOS	VERSIÓN	01

Doy mi consentimiento informado para la realización del procedimiento mencionado durante la realización de la técnica conforme al plan terapéutico, habiendo recibido explicación de las indicaciones, riesgos y/o complicaciones potenciales y beneficios enunciados. Comprendo también que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocatoria de este consentimiento informado y eximir al profesional de mi atención.

Nombre del Paciente _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Paciente _____

Huella



Nombre del Testigo _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Testigo _____

Huella



Como profesional de la salud declaro que he informado al (la) paciente el propósito, los riesgos y los beneficios del procedimiento descrito, de sus alternativas, posibles complicaciones.

Se hace entrega al (la) paciente por escrito de las recomendaciones domiciliarias y se explican verbalmente.

Profesional Responsable _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

N° de R.P. _____

8.2.5.2.24. Consentimiento informado Ecografía transvaginal (Diseñado)

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>Corazón de Todas</i>	PROCESO	IMÁGENES DIAGNOSTICAS	CÓDIGO	FT-RX-06
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO ECOGRAFÍA TRASVAGINAL	VERSIÓN	01

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACION DE ECOGRAFÍA TRASVAGINAL

Fecha: ____ de ____ del ____ en la ciudad de ____
 Día Mes Año

Yo _____, identificado con CC ____ CE ____ Otro ____
 N° _____ de _____, en pleno uso de mis facultades mentales, actuando en nombre propio, autorizo que se me realice la ECOGRAFÍA ECOTRASVAGINAL de manera libre y voluntaria, manifestando que:

- 1). He recibido consejería previa a la realización de la ecografía transvaginal.
- 2). Este examen será realizado por un profesional entrenado y calificado en radiología e imagenología.
- 3). Sobre el procedimiento me informaron que:
 - La ecografía transvaginal o ecografía ginecológica es un tipo de ecografía de la pelvis que se utiliza para examinar los órganos genitales de una mujer, incluyendo el útero, los ovarios, el cuello uterino y la vagina.
 - Se utiliza para diagnosticar Patología tumoral benigna y maligna en cérvix, endometrio, miometrio, trompas y ovarios, como parte de los estudios de infertilidad, en embarazo temprano, es decir menor a 14 semanas, medición del cuello uterino y como complemento de estudios urológicos. La ecografía permitirá que el médico obtenga información para escoger la mejor técnica para continuar profundizando y llegar a determinar claramente qué enfermedad sufre.
 - **Técnica exploratoria**, a través de la vagina y después de estar sobre la camilla ginecológica con las rodillas dobladas y los pies en los estribos, El médico introducirá el transductor cubierto con un preservativo y un gel para facilitar su introducción dentro de la vagina.
- 4). Este examen es indoloro, debo estar en un estado de relajación y con la vejiga vacía.
- 5). Se me ha explicado en términos que entiendo la necesidad del examen y las consecuencias del mismo.

Realizado por:

Realizado a:

 Medico radiólogo

 Firma y cedula de la usuaria

8.2.5.2.25. Consentimiento informado Ecografía obstétrica (diseñado)

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>30 AÑOS</i> <i>Consejo de Todas</i>	PROCESO	APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPEUTICA	CÓDIGO	FT-XX-YY
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFOMADO ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA	VERSIÓN	01

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ DE _____
 EDAD: _____ SEXO: _____
 NOMBRE DE LA EPS: _____
 CONTACTO DE COMPAÑANTE _____
 NÚMERO DE CELULAR: _____ FIJO: _____

Declaro que he acudido a consulta el día ____ del mes ____ del año ____ con el profesional _____ especialista en _____ quien prescribió la realización del procedimiento en mención. Una vez examinado(a) evaluado(a) y determinada mi condición clínica se realizará el procedimiento propuesto: **ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA**: La ecografía obstétrica consiste en la visualización del embrión o feto dentro del útero materno. Se trata de un método de diagnóstico imprescindible durante el embarazo.

RIESGOS Y COMPLICACIONES

No se ha relacionado a la ecografía con ningún daño a la salud. No se conocen efectos nocivos del ultrasonido de diagnóstico estándar en humanos.

BENEFICIOS

Los beneficios principales de las ecografías son:

- La exploración ecográfica no es invasiva (sin agujas o inyecciones).
- La ecografía obstétrica es un método que se encuentra ampliamente disponible, es fácil de utilizar, y es más barato que la mayoría de los métodos de toma de imágenes.
- Las imágenes por ecografía son extremadamente seguras y no utilizan radiación.
- La ecografía se ha utilizado para evaluar el embarazo durante mucho tiempo y no hay pruebas que revelen que es perjudicial para el paciente, embrión o feto. No obstante, se debe realizar un ultrasonido sólo cuando el médico lo indica.
- La ecografía permite al médico observar el interior del útero y proporciona mucha información sobre el embarazo.

De conformidad con la ley 23 de 1981, en sus artículos 15 y 16 el Profesional _____ identificado con cedula de ciudadanía N° _____ de _____, Registro N° _____ profesional en _____.

Declaro que me ha explicado en forma clara, precisa, concisa y lenguaje sencillo todos los Riesgos y Complicaciones, que anteriormente se detallan en terminología

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPEUTICA	CÓDIGO	FT-XX-YY
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFOMADO ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA	VERSIÓN	01

técnica. También se me han advertido los Beneficios. Manifiesto que he comprendido en forma satisfactoria la naturaleza y propósito del procedimiento a realizar, la técnica empleada, los riesgos y beneficios, así como la posibilidad de cambio de esta, durante el procedimiento, si fuera necesario. Reconozco que se me ha dado la oportunidad de hacer toda clase de preguntas y observaciones respecto a mi enfermedad, al procedimiento a realizar y de aclarar todas mis dudas.

Doy mi consentimiento informado para la realización del procedimiento mencionado durante la realización de la técnica conforme al plan terapéutico. Comprendo también que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocatoria de este consentimiento informado y eximir al profesional de mi atención.

Nombre del Paciente _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Paciente _____.



Huella

Nombre del Testigo _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Testigo _____.



Huella

Como profesional de la salud declaro que he informado al (la) paciente el propósito, los riesgos y los beneficios del procedimiento descrito, de sus alternativas, posibles complicaciones.

Profesional Responsable _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

N° de R.P. _____.

8.2.5.2.26. Consentimiento informado Ecografía abdominal (Diseñado)

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>LA FNU / Consejo de Todas</i>	PROCESO	APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPEUTICA	CÓDIGO	FT-XX-YY
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFOMADO ECOGRAFÍA ABDOMINAL	VERSIÓN	01

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ DE _____
 EDAD: _____ SEXO: _____
 NOMBRE DE LA EPS: _____
 CONTACTO DE COMPAÑANTE _____
 NÚMERO DE CELULAR: _____ FIJO: _____

Declaro que he acudido a consulta el día ____ del mes ____ del año ____ con el profesional _____ especialista en _____ quien prescribió la realización del procedimiento en mención. Una vez examinado(a) evaluado(a) y determinada mi condición clínica se realizará el procedimiento propuesto: **ECOGRAFÍA ABDOMINAL**: Una ecografía abdominal es una prueba médica por imágenes que utiliza ondas sonoras para ver el interior de la región abdominal.

RIESGOS Y COMPLICACIONES

No existe ningún riesgo conocido. La ecografía abdominal es un procedimiento seguro e indoloro. Sin embargo, es posible que sientas alguna molestia temporal si el proveedor de atención médica presiona una zona que duela o esté sensible.

BENEFICIOS

Los beneficios principales de las ecografías son:

Los beneficios que brinda la ecografía abdominal es que se emplea para examinar órganos internos situados en la zona del abdomen, como el hígado, el bazo, el páncreas, vías biliares y el riñón. También es posible visualizar los vasos sanguíneos que tienen o comunican varios órganos. Entre sus funciones están el diagnóstico de las causas de fiebres, dolores abdominales, infecciones renales, detectar hernias e incluso tumores, así como evaluar los daños causados por una lesión. Además, permite detectar cualquier anomalía de los órganos abdominales

De conformidad con la ley 23 de 1981, en sus artículos 15 y 16 el Profesional _____ identificado con cedula de ciudadanía N° _____ de _____, Registro N° _____ profesional en _____.

Declaro que me ha explicado en forma clara, precisa, concisa y lenguaje sencillo todos los Riesgos y Complicaciones, que anteriormente se detallan en terminología técnica. También se me han advertido los Beneficios. Manifiesto que he comprendido en forma satisfactoria la naturaleza y propósito del procedimiento a realizar, la técnica empleada, los riesgos y beneficios, así como la posibilidad de cambio de esta, durante el procedimiento, si fuera necesario. Reconozco que se me

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>Corazón de Todos</i>	PROCESO	APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPEUTICA	CÓDIGO	FT-XX-YY
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO ECOGRAFÍA ABDOMINAL	VERSIÓN	01

ha dado la oportunidad de hacer toda clase de preguntas y observaciones respecto a mi enfermedad, al procedimiento a realizar y de aclarar todas mis dudas.

Doy mi consentimiento informado para la realización del procedimiento mencionado durante la realización de la técnica conforme al plan terapéutico. Comprendo también que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocatoria de este consentimiento informado y eximir al profesional de mi atención.

Nombre del Paciente _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Paciente _____.

Huella

Nombre del Testigo _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Testigo _____.

Huella


Como profesional de la salud declaro que he informado al (la) paciente el propósito, los riesgos y los beneficios del procedimiento descrito, de sus alternativas, posibles complicaciones.

Profesional Responsable _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

N° de R.P. _____.

8.2.5.2.27. Consentimiento informado Ecografía pélvica (Diseñado)

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPEUTICA	CÓDIGO	FT-XX-YY
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFOMADO ECOGRAFÍA PELVICA	VERSIÓN	01

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ DE _____
 EDAD: _____ SEXO: _____
 NOMBRE DE LA EPS: _____
 CONTACTO DE COMPAÑANTE _____
 NÚMERO DE CELULAR: _____ FIJO: _____

Declaro que he acudido a consulta el día ____ del mes ____ del año ____ con el profesional _____ especialista en _____ quien prescribió la realización del procedimiento en mención. Una vez examinado(a) evaluado(a) y determinada mi condición clínica se realizará el procedimiento propuesto: **ECOGRAFÍA PELVICA**: El ultrasonido de la pelvis utiliza ondas sonoras para producir imágenes de las estructuras y órganos de la parte inferior del abdomen y la pelvis. Hay tres tipos de ultrasonido pélvico: el abdominal, el vaginal (en las mujeres), y el rectal (en los hombres). Estos exámenes se utilizan frecuentemente para evaluar los sistemas reproductivo y urinario.

RIESGOS Y COMPLICACIONES

No se ha relacionado a la ecografía con ningún daño a la salud. No se conocen efectos nocivos del ultrasonido de diagnóstico estándar en humanos.

BENEFICIOS

Los beneficios principales de las ecografías son:

- El ultrasonido proporciona una imagen en tiempo real. Esto lo hace una buena herramienta para guiar procedimientos de invasión mínima tales como las biopsias por aspiración y las aspiraciones con aguja.
- El ultrasonido pélvico puede ayudar a identificar y evaluar diversas afecciones de los sistemas urinario y reproductivo en ambos sexos sin la exposición a los rayos X.

De conformidad con la ley 23 de 1981, en sus artículos 15 y 16 el Profesional _____ identificado con cedula de ciudadanía N° _____ de _____, Registro N° _____ profesional en _____.

Declaro que me ha explicado en forma clara, precisa, concisa y lenguaje sencillo todos los Riesgos y Complicaciones, que anteriormente se detallan en terminología técnica. También se me han advertido los Beneficios. Manifiesto que he comprendido en forma satisfactoria la naturaleza y propósito del procedimiento a realizar, la técnica empleada, los riesgos y beneficios, así como la posibilidad de

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>14 años</i> <i>Conseguir de Todas</i>	PROCESO	APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPEUTICA	CÓDIGO	FT-XX-YY
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFOMADO ECOGRAFÍA PELVICA	VERSIÓN	01

cambio de esta, durante el procedimiento, si fuera necesario. Reconozco que se me ha dado la oportunidad de hacer toda clase de preguntas y observaciones respecto a mi enfermedad, al procedimiento a realizar y de aclarar todas mis dudas.

Doy mi consentimiento informado para la realización del procedimiento mencionado durante la realización de la técnica conforme al plan terapéutico. Comprendo también que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocatoria de este consentimiento informado y eximir al profesional de mi atención.

Nombre del Paciente _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Paciente _____.

Huella

Nombre del Testigo _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Testigo _____.

Huella

Como profesional de la salud declaro que he informado al (la) paciente el propósito, los riesgos y los beneficios del procedimiento descrito, de sus alternativas, posibles complicaciones.

Profesional Responsable _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

N° de R.P. _____.

8.2.5.2.28. Consentimiento informado tejido blandos (diseñado)

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPEUTICA	CÓDIGO	FT-XX-YY
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFOMADO ECOGRAFÍA TEJIDOS BLANDOS	VERSIÓN	01

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ DE _____
 EDAD: _____ SEXO: _____
 NOMBRE DE LA EPS: _____
 CONTACTO DE COMPAÑANTE _____
 NÚMERO DE CELULAR: _____ FIJO: _____

Declaro que he acudido a consulta el día ____ del mes ____ del año ____ con el profesional _____ especialista en _____ quien prescribió la realización del procedimiento en mención. Una vez examinado(a) evaluado(a) y determinada mi condición clínica se realizará el procedimiento propuesto: **ECOGRAFÍA TEJIDOS BLANDOS**: Es una prueba diagnóstica que utiliza ultrasonido, ondas sonoras de alta frecuencia que hacen contacto emitiendo imágenes de la zona explorada permitiendo al especialista analizar la forma, tamaño y función en tiempo real de estructuras en el tejido celular subcutáneo, la piel y tejidos musculares de cualquier parte del cuerpo.

RIESGOS Y COMPLICACIONES

No se ha relacionado a la ecografía con ningún daño a la salud. Por lo general, se considera seguro cuando los ecografistas capacitados lo usan correctamente. No usa radiación ionizante como los rayos X, lo que lo hace más seguro que las radiografías. Pero en ciertos casos, la ecografía puede afectar los fluidos y tejidos del cuerpo. Es por eso que la mayoría de los expertos médicos recomiendan usarla solo cuando sea necesario para entregar información médica importante.

BENEFICIOS

Los beneficios principales de las ecografías son:

- Averiguar la causa de dolor, hinchazón y otros síntomas
- Buscar obstrucciones, crecimientos y problemas estructurales en órganos, glándulas y vasos sanguíneos
- Indicar la diferencia entre quistes (sacos llenos de líquido) y tumores sólidos

De conformidad con la ley 23 de 1981, en sus artículos 15 y 16 el Profesional _____ identificado con cedula de ciudadanía N° _____ de _____, Registro N° _____ profesional en _____.

Declaro que me ha explicado en forma clara, precisa, concisa y lenguaje sencillo todos los Riesgos y Complicaciones, que anteriormente se detallan en terminología técnica. También se me han advertido los Beneficios. Manifiesto que he

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>IAFAN / Corazón de Todos</i>	PROCESO	APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPEUTICA	CÓDIGO	FT-XX-YY
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFOMADO ECOGRAFÍA TEJIDOS BLANDOS	VERSIÓN	01

comprendido en forma satisfactoria la naturaleza y propósito del procedimiento a realizar, la técnica empleada, los riesgos y beneficios, así como la posibilidad de cambio de esta, durante el procedimiento, si fuera necesario. Reconozco que se me ha dado la oportunidad de hacer toda clase de preguntas y observaciones respecto a mi enfermedad, al procedimiento a realizar y de aclarar todas mis dudas.

Doy mi consentimiento informado para la realización del procedimiento mencionado durante la realización de la técnica conforme al plan terapéutico. Comprendo también que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocatoria de este consentimiento informado y eximir al profesional de mi atención.

Nombre del Paciente _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Paciente _____.

Huella

Nombre del Testigo _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Testigo _____.

Huella

Como profesional de la salud declaro que he informado al (la) paciente el propósito, los riesgos y los beneficios del procedimiento descrito, de sus alternativas, posibles complicaciones.

Profesional Responsable _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

N° de R.P. _____.

8.2.5.2.29. Consentimiento informado toma de imágenes ionizantes (diseñado)

	PROCESO	APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPEUTICA	CÓDIGO	FT-XX-YY
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFOMADO TOMA DE IMÁGENES IONIZANTES	VERSIÓN	01

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ DE _____
 EDAD: _____ SEXO: _____
 NOMBRE DE LA EPS: _____
 CONTACTO DE COMPAÑANTE _____
 NÚMERO DE CELULAR: _____ FIJO: _____

Declaro que he acudido a consulta el día ____ del mes ____ del año ____ con el profesional _____ especialista en _____ quien prescribió la realización del procedimiento en mención. Una vez examinado(a) evaluado(a) y determinada mi condición clínica se realizará el procedimiento propuesto: **TOMA DE IMÁGENES IONIZANTES**: La radiación ionizante es un tipo de energía liberada por los átomos en forma de ondas electromagnéticas (rayos gamma o rayos X) o partículas (partículas alfa y beta o neutrones) y que tienen energía suficiente como para modificar la materia a nivel atómico. La desintegración espontánea de los átomos se denomina radiactividad, y la energía excedente emitida es una forma de radiación ionizante.

RIESGOS Y COMPLICACIONES

Como ocurre con cualquier procedimiento, existen riesgos asociados al uso de pruebas médicas por imágenes que utilizan radiación ionizante para crear imágenes del cuerpo. Los riesgos de la exposición a radiación ionizante incluyen:

- Un pequeño aumento de la probabilidad de que una persona expuesta a la radiación tenga cáncer más adelante.
- Efectos en la salud que podrían presentarse después de una gran exposición aguda a radiación ionizante, como enrojecimiento de la piel y pérdida del cabello.
- Posibles reacciones alérgicas relacionadas con la tintura de contraste que se inyecta en las venas para ver mejor las estructuras del cuerpo que se están examinando.
- Si está embarazada, infórmelo inmediatamente antes de la toma de cualquier imagen ionizante, quizás el médico decida que es mejor cancelar el procedimiento médico por imágenes, postergarlo o modificarlo para reducir la cantidad de radiación.

BENEFICIOS

- Obtener una mejor imagen de los órganos, vasos sanguíneos, tejidos y huesos.

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPEUTICA	CÓDIGO	FT-XX-YY
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFOMADO TOMA DE IMÁGENES IONIZANTES	VERSIÓN	01


- Determinar el mejor plan terapéutico.

De conformidad con la ley 23 de 1981, en sus artículos 15 y 16 el Profesional _____ identificado con cedula de ciudadanía N° _____ de _____, Registro N° _____ profesional en _____.

Declaro que me ha explicado en forma clara, precisa, concisa y lenguaje sencillo todos los Riesgos y Complicaciones, que anteriormente se detallan en terminología técnica. También se me han advertido los Beneficios. Manifiesto que he comprendido en forma satisfactoria la naturaleza y propósito del procedimiento a realizar, la técnica empleada, los riesgos y beneficios, así como la posibilidad de cambio de esta, durante el procedimiento, si fuera necesario. Reconozco que se me ha dado la oportunidad de hacer toda clase de preguntas y observaciones respecto a mi enfermedad, al procedimiento a realizar y de aclarar todas mis dudas.


Doy mi consentimiento informado para la realización del procedimiento mencionado durante la realización de la técnica conforme al plan terapéutico. Comprendo también que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocatoria de este consentimiento informado y eximir al profesional de mi atención.

Nombre del Paciente _____
 N° de Documento de Identidad _____ de _____
 Firma del Paciente _____.



Huella

Nombre del Testigo _____
 N° de Documento de Identidad _____ de _____
 Firma del Testigo _____.



Huella

Como profesional de la salud declaro que he informado al (la) paciente el propósito, los riesgos y los beneficios del procedimiento descrito, de sus alternativas, posibles complicaciones.

Profesional Responsable _____
 N° de Documento de Identidad _____ de _____.

8.2.5.2.30. Consentimiento informado radiografía periapical (diseño)

	PROCESO	APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPEUTICA	CÓDIGO	FT-XX-YY
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFOMADO RADIOGRAFÍA PERIAPICAL	VERSIÓN	01

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ DE _____
 EDAD: _____ SEXO: _____
 NOMBRE DE LA EPS: _____
 CONTACTO DE COMPAÑANTE _____
 NÚMERO DE CELULAR: _____ FIJO: _____

Declaro que he acudido a consulta el día ____ del mes ____ del año ____ con el profesional _____ especialista en _____ quien prescribió la realización del procedimiento en mención. Una vez examinado(a) evaluado(a) y determinada mi condición clínica se realizará el procedimiento propuesto: **RADIOGRAFÍA PERIAPICAL**: La radiografía periapical es una técnica exploratoria radiográfica intraoral. Su objetivo es ver los ápices dentales, la punta de las raíces, y la zona de alrededor de ellos. Por lo que gracias a ella se puede explorar de forma exhaustiva a todo el diente y su alrededor.

RIESGOS Y COMPLICACIONES

Las radiografías son un procedimiento muy seguro y la cantidad de radiación utilizada es muy pequeña. Los rayos X exponen al cuerpo a cierta radiación ionizante que puede implicar riesgo. Aunque debido a la baja cantidad de radiación utilizada, éste es muy bajo. La radiografía es un método utilizado de forma habitual en odontología y otras especialidades.

BENEFICIOS

Las radiografías son una herramienta de diagnóstico útil que puede utilizarse para determinar la causa fundamental de un problema dental. Permiten al dentista comprobar si hay caries ocultas, dientes rotos o cariados, abscesos dentales, quistes y otras anomalías dentro de la boca. Las radiografías también pueden ayudar a detectar problemas fuera de los dientes, como la presencia de "las muelas del juicio" (cordales), impactadas o rotas.

De conformidad con la ley 23 de 1981, en sus artículos 15 y 16 el Profesional _____ identificado con cedula de ciudadanía N° _____ de _____, Registro N° _____ profesional en _____.

Declaro que me ha explicado en forma clara, precisa, concisa y lenguaje sencillo todos los Riesgos y Complicaciones, que anteriormente se detallan en terminología técnica. También se me han advertido los Beneficios. Manifiesto que he comprendido en forma satisfactoria la naturaleza y propósito del procedimiento a realizar, la técnica empleada, los riesgos y beneficios, así como la posibilidad de

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>Consigna de Todos</i>	PROCESO	APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPEUTICA	CÓDIGO	FT-XX-YY
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFOMADO RADIOGRAFIA PERIAPICAL	VERSIÓN	01

cambio de esta, durante el procedimiento, si fuera necesario. Reconozco que se me ha dado la oportunidad de hacer toda clase de preguntas y observaciones respecto a mi enfermedad, al procedimiento a realizar y de aclarar todas mis dudas.

Doy mi consentimiento informado para la realización del procedimiento mencionado durante la realización de la técnica conforme al plan terapéutico. Comprendo también que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocatoria de este consentimiento informado y eximir al profesional de mi atención.

Nombre del Paciente _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Paciente _____.

Huella

Nombre del Testigo _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Testigo _____.

Huella

Como profesional de la salud declaro que he informado al (la) paciente el propósito, los riesgos y los beneficios del procedimiento descrito, de sus alternativas, posibles complicaciones.

Profesional Responsable _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

N° de R.P. _____.

8.2.5.2.31. Consentimiento informado electroterapia (diseñado)

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	CONSULTA EXTERNA	CÓDIGO	FT-CE-02
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELECTROTERAPIA	VERSIÓN	01

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ DE _____
 EDAD: _____ SEXO: _____
 NOMBRE DE LA EPS: _____
 CONTACTO DE COMPAÑANTE _____
 NÚMERO DE CELULAR: _____ FIJO: _____

Declaro que he acudido a consulta el día ____ del mes ____ del año ____ con el profesional _____ especialista en _____, quien prescribió la realización del procedimiento en mención. Una vez examinado(a) evaluado(a) y determinada mi condición clínica se realizará el procedimiento propuesto: **ELECTROTERAPIA**: La electroterapia es un tratamiento fisioterapéutico que utiliza la corriente eléctrica para estimular zonas del organismo afectadas por el dolor nervioso, inflamaciones, músculos atrofiados y lesiones osteomusculares.

RIESGOS Y COMPLICACIONES

Los riesgos son mínimos, cuando la electroterapia es aplicada por fisioterapeutas certificados. Sin embargo, es importante saber que no es conveniente su aplicación en estos casos: Durante el embarazo, durante procesos agudos de fiebre, en el período menstrual, en tromboflebitis aguda, pacientes con endoprótesis, pacientes con enfermedades mentales, pacientes con enfermedades terminales, pacientes con implantes metálicos o de osteosíntesis, pacientes con problemas cardíacos o con marcapasos, pacientes de piel sensible o alérgicos al gel, sobre hematomas recientes, sobre heridas abiertas.

BENEFICIOS

- Control sobre el manejo del dolor.
- Prevención de la atrofia muscular.
- Efecto sanador a través de la circulación sanguínea.
- Reducción del dolor de tipo nervioso.
- Efecto relajante.

De conformidad con la ley 23 de 1981, en sus artículos 15 y 16 el Profesional _____ identificado con cedula de ciudadanía N° _____ de _____, Registro N° _____ profesional en _____.

Declaro que me ha explicado en forma clara, precisa, concisa y lenguaje sencillo todos los Riesgos y Complicaciones, que anteriormente se detallan en terminología técnica. También se me han advertido los Beneficios. Manifiesto que he comprendido en forma satisfactoria la naturaleza y propósito del procedimiento a realizar, la técnica empleada, los riesgos y beneficios así como la posibilidad de cambio de esta, durante el procedimiento, si fuera necesario. Reconozco que se me ha dado la oportunidad de hacer toda clase de preguntas y observaciones respecto a mi enfermedad, al procedimiento a realizar y de aclarar todas mis dudas.

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	CONSULTA EXTERNA	CÓDIGO	FT-CE-02
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELECTROTERAPIA	VERSIÓN	01

Doy mi consentimiento informado para la realización del procedimiento mencionado durante la realización de la técnica conforme al plan terapéutico. Comprendo también que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocatoria de este consentimiento informado y eximir al profesional de mi atención.

Nombre del Paciente _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Paciente _____.

Huella



Nombre del Testigo _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Testigo _____.

Huella



Como profesional de la salud declaro que he informado al (la) paciente el propósito, los riesgos y los beneficios del procedimiento descrito, de sus alternativas, posibles complicaciones.

Se hace entrega al (la) paciente por escrito de las recomendaciones domiciliarias y se explican verbalmente.

Profesional Responsable _____

N° de Documento de Identidad _____ de _____

N° de R.P. _____.

8.2.5.2.32. Consentimiento informado terapia física (diseñado)

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	CONSULTA EXTERNA	CÓDIGO	FT-CE-02
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TERAPIA FÍSICA	VERSIÓN	01

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ DE _____
 EDAD: _____ SEXO: _____
 NOMBRE DE LA EPS: _____
 CONTACTO DE COMPAÑANTE _____
 NÚMERO DE CELULAR: _____ FIJO: _____

Declaro que he acudido a consulta el día ____ del mes ____ del año ____ con el profesional _____ especialista en _____ quien prescribió la realización del procedimiento en mención. Una vez examinado(a) evaluado(a) y determinada mi condición clínica se realizará el procedimiento propuesto: **TERAPIA FÍSICA**: tiene como objetivo recuperar y mejorar la capacidad funcional y calidad de vida de aquellas personas que sufren de discapacidad por una enfermedad o lesión.

RIESGOS Y COMPLICACIONES

En general, la terapia física es segura, realizada por un profesional capacitado y con las precauciones necesarias dependiendo de la condición del paciente.

BENEFICIOS

- La terapia física ayuda a mejorar el estado físico, beneficiando el tono muscular y corrigiendo inconvenientes posturales o en el movimiento.
- Otro de los grandes beneficios se encuentra en la progresiva recuperación de las lesiones musculares y deportivas, asimismo como las que están vinculadas con problemas físicos y estrés emocional.
- Beneficia la recuperación de la movilidad y la autonomía, al mismo tiempo que mejora la calidad de vida de los individuos que eligen este tratamiento como una solución.

De conformidad con la ley 23 de 1981, en sus artículos 15 y 16 el Profesional _____ identificado con cedula de ciudadanía N° _____ de _____, Registro N° _____ profesional en _____.

Declaro que me ha explicado en forma clara, precisa, concisa y lenguaje sencillo todos los Riesgos y Complicaciones, que anteriormente se detallan en terminología técnica. También se me han advertido los Beneficios. Manifiesto que he comprendido en forma satisfactoria la naturaleza y propósito del procedimiento a realizar, la técnica empleada, los riesgos y beneficios así como la posibilidad de cambio de esta, durante el procedimiento, si fuera necesario. Reconozco que se me ha dado la oportunidad de hacer toda clase de preguntas y observaciones respecto a mi enfermedad, al procedimiento a realizar y de aclarar todas mis dudas.

Doy mi consentimiento informado para la realización del procedimiento mencionado durante la realización de la técnica conforme al plan terapéutico. Comprendo también que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocatoria de este consentimiento informado y

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	CONSULTA EXTERNA	CÓDIGO	FT-CE-02
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TERAPIA FISICA	VERSIÓN	01

eximir al profesional de mi atención.

Nombre del Paciente _____

Nº de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Paciente _____

Huella

Nombre del Testigo _____

Nº de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Testigo _____

Huella

Como profesional de la salud declaro que he informado al (la) paciente el propósito, los riesgos y los beneficios del procedimiento descrito, de sus alternativas, posibles complicaciones.


Se hace entrega al (la) paciente por escrito de las recomendaciones domiciliarias y se explican verbalmente.

Profesional Responsable _____

Nº de Documento de Identidad _____ de _____

Nº de R.P. _____

8.2.5.2.33. Procedimiento administración de medicamentos por vía no parenteral (Diseñado)

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>LA VIVIENDA Conquistó de Todas</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ENTERAL	VERSIÓN	02
OBJETIVO	Estandarizar los cuidados de enfermería de la ESE Hospital Local Municipio de Los Patios relacionados con la administración de medicamentos por vía enteral mediante técnicas seguras con el fin de prevenir riesgos y/o complicaciones asociadas al procedimiento			
POBLACION OBJETO	Todos los usuarios que requieran la administración de medicamentos por vía enteral			
ALCANCE	Aplica para todo el servicio de atención inmediata y hospitalización de la ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO DE LOS PATIOS bajo condiciones de estricta asepsia y antisepsia.			
LIMITES	No incluye otros procedimientos solamente los lineamientos para la administración de medicamentos por vía enteral.			
ÁMBITO DE LA APLICACIÓN	Aplica para todo paciente en el servicio de atención inmediata y hospitalización de la ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO DE LOS PATIOS que tengan la indicación médica de administrar medicamentos por vía enteral.			
RESPONSABLE	Enfermería			
TALENTO HUMANO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Enfermeras profesionales ✓ Auxiliares de enfermería 			
LÍDER	Enfermería			
ENFOQUE DE RIESGO	Individual, Biológico, Psicosocial.			
ENFOQUE DIFERENCIAL	<p>La atención de los usuarios que brinda la E.S.E. Hospital local Municipio de Los Patios orienta la atención de una forma humanizada, con calidad y con enfoque diferencial, siendo estos algunos de los grupos identificados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Orientación ✓ Etnia ✓ Mujeres gestantes en proceso de parto. ✓ Víctimas del conflicto armado ✓ Víctimas de violencia sexual ✓ Víctimas de cualquier forma de violencia por género. ✓ Desplazados. ✓ Personas en condición de discapacidad (todos los tipos de discapacidad) <p>Otros.</p>			
MATERIALES E INSUMOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tapabocas ✓ Guantes limpios ✓ Agua potable ✓ Jeringas de diferentes capacidades ✓ Medicamentos 			

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ENTERAL	VERSIÓN	02

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sharpie negro ✓ Torundas <p>Y los que sean requeridos dependiendo de las ordenes médicas</p>
JUSTIFICACION	Es necesario identificar de forma clara todos los elementos y pasos del procedimiento para la administración segura de medicamentos con el fin de garantizar una atención con calidad y humanización, que propenda por la disminución de cualquier acción insegura o imprevisto que pueda afectar la integridad del usuario.
DEFINICIONES	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Procedimiento mediante el cual un fármaco, es proporcionado por el personal de salud idóneo al paciente, por diferentes vías de administración, según indicación médica escrita, debidamente informado y registrado.
	INDICACION MEDICA Terapia farmacológica diaria indicada por el médico en forma escrita completa, con letra clara, legible.
	ERROR DE MEDICACIÓN (EM): Es cualquier incidente prevenible, que pueda causar daño al paciente, o dé lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, mientras la medicación está bajo control del personal sanitario, paciente o consumidor.
	PRESCRIPCIÓN Escrito que contiene las indicaciones médicas del tratamiento farmacológico a administrar a un paciente. Es de responsabilidad del profesional médico, y jefes del servicio
	REACCIÓN ADVERSA MEDICAMENTO (RAM): A Cualquier reacción nociva no intencionada que aparece a dosis normalmente usadas en el ser humano para profilaxis, diagnóstico o tratamiento o para modificar funciones fisiológicas.
	ASEPSIA Ausencia de microorganismos que pueden causar enfermedad.
	ANTISEPSIA Empleo de sustancias químicas para inhibir o reducir el número de microorganismos en los tejidos, mucosas o piel.
	ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS Es la suma de acciones e intervenciones racionadas relacionadas con el conocimiento, la interpretación, la justificación y la utilización de los medicamentos, en toda la cadena del mismo (disponibilidad, prescripción, dispensación, administración, uso, seguimiento, respuesta), en sus diferentes contextos. Dichas acciones e intervenciones están estandarizadas bajo normas de una correcta
EVENTO ADVERSO RELACIONADO CON MEDICAMENTOS: Lesiones o respuestas indeseables que resultan de la utilización de los medicamentos, aunque la causalidad de esta relación no pueda ser probada. Pueden comprometer la eficacia terapéutica o modificar los grados de toxicidad. Algunas son causadas por errores evitables.	

	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ENTERAL	VERSIÓN	02

SEGURIDAD DEL PACIENTE	Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basados en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o mitigar sus consecuencias.
BIODISPONIBILIDAD	es la medida de la cantidad del ingrediente farmacéutico activo (fármaco) que se absorbe a partir de un medicamento y la velocidad que alcanza en la circulación sistémica y se hace disponible en el lugar de acción.
VÍA ORAL	Es el procedimiento por medio del cual un medicamento es administrado directamente a través de la boca.
VÍA FARÍNGEA	La aplicación de tratamientos o medicamentos en la mucosa faríngea; estos medicamentos pueden aplicarse mediante soluciones líquidas acuosas o hidroalcohólicas como enjuagues o atomizadores.
VÍA NASAL	Es el procedimiento mediante el cual se administran fármacos a través de las fosas nasales, algunos medicamentos se administran en forma de spray y otros mediante nebulizadores.
VÍA SUBLINGUAL	Es el procedimiento mediante el cual se administran fármacos en el lecho de la lengua. Estos son absorbidos por los vasos sanguíneos que se encuentran en esta área de formación rápida.
VÍA OFTÁLMICA	Es el procedimiento mediante el cual se administran medicamentos en el fondo del saco inferior del ojo. Estos fármacos vienen en presentación de gotas o ungüentos y se pueden absorber bien a través de la córnea, conjuntiva y esclera, mediante el proceso de difusión.
VÍA OTICA	Es el procedimiento por medio del cual se administran medicamentos (gotas) en el conducto auditivo externo o se realiza lavado del mismo.
VÍA TÓPICA	Es el procedimiento por el cual se administra un medicamento en la piel, para lograr un efecto terapéutico en el sitio de aplicación (local no sistémico).
VÍA VAGINAL	Es la introducción de un medicamento sólido o cremoso dentro

Versión 02 (Vigente 30 Julio 2020)

	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ENTERAL	VERSIÓN	02

		del canal vaginal(óvulos, tabletas, cremas vaginales).
	VÍA RECTAL	Es la introducción de un medicamento a través del orificio anal con el fin de provocarevacuaciones, aliviar flatulencia y producir efectos sistémicos.

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. Este será el único instructivo documentado que servirá de guía para el procedimiento la administración de medicamentos por vía enteral que utilizará el talento humano en salud que quiera realizar dicho procedimiento.
2. La atención se hará de forma informada y consentida por el paciente/usuario y su familia.
3. Se brindará un trato respetuoso, con calidad y humanizado a todos los usuarios, pacientes, familias, comunidades, grupo y sociedad que interactúe con cualquier área o funcionario de la institución.
4. El paciente deberá comprender, aceptar t firmar el consentimiento informado
5. El personal que va a realizar el procedimiento debe diligenciar sus datos dentro del consentimiento informado
6. Si el paciente no acepta, o se niega a firmar el consentimiento informado o a dar su autorización y colocar la huella del índice derecho (para aquellas personas analfabetas) no se podrá ejecutar el procedimiento.
7. Para personas en condición de discapacidad, personas menores de 18 años, o personas que por su estado clínico no puedan dar comprender o firmar el consentimiento informado, lo realizara el representante legal u acompañante


NORMATIVIDAD

- ✓ Ley 266 de 2006
- ✓ Ley 911 de 2004
- ✓ Decreto 2200 de 2005
- ✓ Resolución 1043 de 2006
- ✓ Resolución 1403 de 2007
- ✓ Resolución 3100 de 2019

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA ORAL


N.º	ACTIVIDAD/TAREA	DESCRIPCIÓN	PUNTO CONTROL	RESPONSABLE	REGISTRO
1	Orden medica	Indicación médica de administrar medicamentos por vía oral. Verificar dosis, medicamento y estado actual del paciente.	Enfermera profesional	Medico	Sistema Kubap

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>		PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
		PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ENTERAL	VERSIÓN	02
2	Valore el estado de conciencia y de tolerancia de la vía oral	Valorar el estado de conciencia y la capacidad de deglución del paciente; en el caso de no poder tragar, avisar a su médico, para cambiar, en su caso, la medicación por otra presentación.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
3	Solicitar consentimiento informado	Explicar de manera clara y concisa el procedimiento a realizar, los beneficios y riesgos de no realizar dicho procedimiento verificar que el paciente o su representante legal haya entendido la información, resolver dudas y solicitar consentimiento informado.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería	Sistema Kubap
4	Prepare el equipo necesario para la realización del procedimiento	<p>Tenga en cuenta que los medicamentos deben ser preparados y debidamente rotulados antes de ser llevados al cuarto del paciente. Prepare la bandeja con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Guantes limpios ✓ Vasos desechables ✓ Agua ✓ Jeringas orales, cuchara, dosificadores o cuenta gotas, según proceda. Etiquetar las jeringas indicando claramente vía oral y la medicación y dosis que contienen ✓ Etiqueta con el nombre del paciente y cama el medicamento de cada paciente. ✓ Preparar la medicación para su administración de forma individualizada, y siguiendo las instrucciones de la ficha técnica y/o el prospecto. Si es comprimido o cápsula no retirarla de su envoltura original. Si son gotas, colocar la dosis indicada en un vaso con agua. Si es líquido tomar una jeringa y extraer 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap


	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ENTERAL	VERSIÓN	02

		la dosis indicada o utilizar el dosificador del fármaco.			
5	Realizar lavado de manos	Teniendo en cuenta los 11 pasos de la técnica de lavado de manos según la OMS. Con líquido de asepsia	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
6	Postura de EPP	1. Uso de gorros quirúrgicos y tapabocas por protocolo. 2. Guantes limpios o de manejo	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
7	Ponga en posición cómoda al paciente	Colocar al paciente en posición Fowler o semisentado si fuera preciso y si no está contraindicada.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
8	Administrar el medicamento	Tenga en cuenta los 10 correctos de la administración de medicamentos <ul style="list-style-type: none"> ✓ Verifique la identidad del paciente in situ. ✓ Ofrecerle al paciente la medicina con agua y pedirle que la ingiera. Si el paciente tiene limitaciones para realizar este paso, asistirlo con las medidas preventivas del caso ✓ Verificar si el paciente ingirió el medicamento ✓ Deje al paciente en posición cómoda e idónea. 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>		PROCESO	CALIDAD		CÓDIGO	PD-XX-YY
		PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ENTERAL		VERSIÓN	02
9	Recoja el material	Retírese los guantes y deseche los demás materiales según las normas sobre disposición de residuos peligrosos.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap	
10	Lavar las manos	Teniendo en cuenta los 11 pasos de la técnica de lavado de manos según la OMS.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap	
11	Registros clínicos.	Registrar de forma completa, detallada y oportuna todo lo sucedido durante la realización del procedimiento en la historia clínica del paciente. Asegúrese de escribir el nombre del medicamento, la dosis administrada, el horario de administración, también hacer una observación escrita acerca del estado del paciente antes y después de la administración de medicamentos, así como la tolerabilidad de los medicamentos administrados.	Enfermera profesional Medico	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap	
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA FARÍNGEA						
N°	ACTIVIDAD/TAREA	DESCRIPCIÓN	PUNTO CONTROL	RESPONSABLE	REGISTRO	
1	Orden medica	Indicación médica de administrar medicamentos por vía faríngea (Descongestionar, provocar una acción analgésica, administrar anestesia tópica)	Enfermera profesional	Medico	Sistema Kubap	
2	Valore el estado del paciente	Valorar en el paciente la estructura faríngea (mucosa y estructuras adyacentes), presencia o no de odinofagia y disfagia. Recuerde las Contraindicaciones:	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería	Sistema Kubap	



		PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
		PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ENTERAL	VERSIÓN	02
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hipersensibilidad conocida al medicamento o a alguno de sus componentes ✓ En caso de negación del paciente, además de características propias del paciente (alergias, antecedentes de reacciones adversas a la medicación, etc.) 		(quien realice el procedimiento)	
3	Solicitar consentimiento informado	Explicar de manera clara y concisa el procedimiento a realizar, los beneficios y riesgos de no realizar dicho procedimiento verificar que el paciente haya entendido la información, resolver dudas y solicitar consentimiento informado.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería	Sistema Kubap
4	Prepare el material y trasladarlo al lado del paciente	<p>Tenga en cuenta que los medicamentos deben ser preparados y debidamente rotulados antes de ser llevados al cuarto del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Inhaladores prescritos ✓ Cámara de inhalación ✓ Tarjeta de tratamiento ✓ Guantes limpios o de manejo ✓ Y los que sean requeridos dependiendo de las ordenes médicas 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
5	Realizar lavado de manos	Teniendo en cuenta los 11 pasos de la técnica de lavado de manos según la OMS. Con líquido de asepsia	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
6	Postura de EPP	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uso de gorros quirúrgicos y tapabocas por protocolo. 2. Guantes limpios o de manejo 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería	Sistema Kubap

	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ENTERAL	VERSIÓN	02

				(quien realice el procedimiento)	
7	Verifique según los 10 correctos para la administración de medicamentos	fármaco, dosis, vía, hora, paciente correcto, antecedentes farmacológicos, presencia de alergias, interacciones farmacológicas, educación al usuario y registro correcto. Asegurarse de que no existe contraindicación o alergia al fármaco.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
8	Ponga en posición cómoda al paciente	Pida al paciente o colóquelo en posición cómoda, sentado o fowler y con la cabeza ligeramente hiperextendida.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
9	Administrar el medicamento	<p>Tenga en cuenta los 10 correctos de la administración de medicamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Destape el inhalador y prepárelo para su utilización ✓ Administre y enseñe al paciente a usar los inhaladores ✓ Cartucho presurizado:  <ul style="list-style-type: none"> - Agite el dispositivo - Destape el sistema, sitúelo en posición vertical (en forma de L) - Sujete el cartucho entre los dedos índice y pulgar, con el dedo índice arriba y el pulgar en la parte inferior 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap

	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ENTERAL	VERSIÓN	02

	<ul style="list-style-type: none"> - Pida al paciente que realice un espiración lenta y profunda - Ponga la boquilla del dispositivo en la boca del paciente, cerrándola a su alrededor - Pida al paciente que realice una inspiración lenta por la boca, indicándole que la lengua debe reposar sobre el suelo de la boca, es decir que no interfiera con la salida e ingreso del medicamento - Una vez iniciada la inspiración presionar el cartucho una sola vez y seguir inspirando lenta y profundamente hasta llenar totalmente los pulmones. - Que le paciente aguante la respiración 10 segundos y retire el dispositivo de la boca. - Cartucho presurizado, más cámara inhalatoria 			
				
	<ul style="list-style-type: none"> - Destape el cartucho, póngalo en posición vertical (en forma de L) y agítelo. - Acople el cartucho en el orificio de la cámara 			

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>		PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
 IANIL / <i>Corazón de Todos</i>		PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ENTERAL	VERSIÓN	02
		<ul style="list-style-type: none"> - Pida al paciente que efectúe una espiración (vaciar el aire de los pulmones) lenta y profundamente. - Efectúe una pulsación (disparar una dosis) del cartucho presurizado - Pida al paciente que realice una inspiración (llenar el pecho de aire) aspirando profundamente el aire de la cámara a través del orificio destinado para tal fin. - Mantenga el dispositivo durante 10 segundos y vuelva a repetir, según la indicación del paciente. - Retire el dispositivo de la boca. - Tape el cartucho y guárdelo en un lugar seguro 			
10	Recoja el material	Retírese los guantes y deseche los demás materiales según las normas sobre disposición de residuos peligrosos.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
11	Lavar las manos	Teniendo en cuenta los 11 pasos de la técnica de lavado de manos según la OMS.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
12	Registros clínicos.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Registrar de forma completa, detallada y oportuna todo lo sucedido durante la realización del procedimiento en la historia clínica del paciente. ✓ Asegúrese de escribir el nombre del medicamento, la dosis administrada, el horario de administración, nombre del 	Enfermera profesional Medico	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ENTERAL	VERSIÓN	02


		profesional y efectos adversos si se produjeran. En el caso de no administrar el fármaco, registrar el motivo. Registrar en el plan de cuidados del/la paciente las acciones derivadas del procedimiento.			
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO					
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA NASAL					
N°	ACTIVIDAD/TAREA	DESCRIPCIÓN	PUNTO CONTROL	RESPONSABLE	REGISTRO
1	Orden medica	Indicación médica de administrar medicamentos por vía nasal (Aliviar la inflamación, aliviar el dolor, limpiar las secreciones, humectar las fosas nasales)	Enfermera profesional	Medico	Sistema Kubap
2	Valore el estado del paciente	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Valorar en el paciente, tener en cuenta específicamente rinitis, dolor, sangrado, pérdida de olfato (anosmia), rinorrea, características de la secreción nasal, obstrucción nasal, escurrimiento posterior, sequedad de la mucosa nasal ✓ Revisar valores de oximetría de pulso, frecuencia respiratoria, tipo de respiración 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
3	Solicitar consentimiento informado	Explicar de manera clara y concisa el procedimiento a realizar, los beneficios y riesgos de no realizar dicho procedimiento verificar que el paciente haya entendido la información, resolver dudas y solicitar consentimiento informado.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería	Sistema Kubap
4	Prepare el material y trasladarlo al lado del paciente	<p>Tenga en cuenta que los medicamentos deben ser preparados y debidamente rotulados antes de ser llevados al cuarto del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gasas no estériles ✓ Medicación prescrita 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap


		PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
		PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ENTERAL	VERSIÓN	02
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Guantes de manejo ✓ Tarjeta de tratamiento ✓ Y los que sean requeridos dependiendo de las ordenes médicas 			
5	Realizar lavado de manos	Teniendo en cuenta los 11 pasos de la técnica de lavado de manos según la OMS. Con líquido de asepsia	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
6	Verifique según los 10 correctos para la administración de medicamentos	<p>fármaco, dosis, vía, hora, paciente correcto, antecedentes farmacológicos, presencia de alergias, interacciones farmacológicas, educación al usuario y registro correcto.</p> <p>Recuerde las Contraindicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Negación del paciente ✓ Administración de medicamentos oleosos, por el riesgo de producir neumonías al aspirarlos ✓ Alteraciones en la integridad tisular (quemaduras) y otras ✓ Presencia de cuerpo extraño en la vía nasal <p>Precauciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Suspender el procedimiento si se presenta hemorragia o cianosis ✓ Evitar que el gotero se contamine tocando la fosa nasal ✓ Introducir las soluciones para irrigación con baja presión 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
7	Ponga en posición cómoda al paciente	Pida al paciente o colóquelo en posición cómoda, sentado o fowler, hiperextendiendo la cabeza.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>		PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
		PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ENTERAL	VERSIÓN	02
9	Administrar el medicamento	1. Verifique el nombre del paciente in situ. 2. En caso de administración de medicamentos por gotas o spray: Colocar al paciente en ligera hiperextensión de la cabeza, colocar una toalla de papel alrededor del cuello, limpiar las fosas nasales, levantar la punta de la nariz, Colocar el número de gotas prescritas primero una fosa y luego la otra, realizar el número de veces indicado, pedir al paciente que permanezca en esta posición por unos minutos, permitir que el paciente se seque con pañuelos	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
9	Recoja el material	Retírese los guantes y deseche los demás materiales según las normas sobre disposición de residuos peligrosos.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
10	Lavar las manos	Teniendo en cuenta los 11 pasos de la técnica de lavado de manos según la OMS.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
11	Registros clínicos.	Registrar de forma completa, detallada y oportuna todo lo sucedido durante la realización del procedimiento en la historia clínica del paciente. Asegúrese de escribir el nombre del medicamento, la dosis administrada, el horario de administración, también hacer una observación escrita acerca del estado del paciente, antes y después de la administración de medicamentos, así como	Enfermera profesional Medico	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ENTERAL	VERSIÓN	02


		la tolerabilidad de los medicamentos administrados.			
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO					
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA SUBLINGUAL					
N°	ACTIVIDAD/TAREA	DESCRIPCIÓN	PUNTO CONTROL	RESPONSABLE	REGISTRO
1	Orden medica	Indicación médica de administrar medicamentos por vía sublingual (en caso de emergencias)	Enfermera profesional	Medico	Sistema Kubap
2	Solicitar consentimiento informado	Explicar de manera clara y concisa el procedimiento a realizar, los beneficios y riesgos de no realizar dicho procedimiento verificar que el paciente o su representante legal haya entendido la información, resolver dudas y solicitar consentimiento informado.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería	Sistema Kubap
3	Prepare el material y trasladarlo al lado del paciente	Tenga en cuenta que los medicamentos deben ser preparados y debidamente rotulados antes de ser llevados al cuarto del paciente. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Medicamentos prescritos ✓ Tarjeta de medicamentos ✓ Y los que sean requeridos dependiendo de las ordenes médicas 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
4	Realizar lavado de manos	Teniendo en cuenta los 11 pasos de la técnica de lavado de manos según la OMS. Con líquido de asepsia	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
5	Postura de EPP	3. Uso de gorros quirúrgicos y tapabocas por protocolo.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería -	Sistema Kubap


		PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
		PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ENTERAL	VERSIÓN	02
		4. Guantes limpios o de manejo.		profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	
6	Verifique según los 10 correctos para la administración de medicamentos	<p>fármaco, dosis, vía, hora, paciente correcto, antecedentes farmacológicos, presencia de alergias, interacciones farmacológicas, educación al usuario y registro correcto. Asegurarse de que no existe contraindicación o alergia al fármaco.</p> <p>Recuerde las contraindicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Trauma oral ✓ Negativa del paciente <p>Precauciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Verificar que la forma farmacéutica corresponde y cumple las características físico-químicas para esta vía. ✓ Mantener en estricta observación al paciente debido a la rápida absorción del fármaco. ✓ Explicar al usuario que no debe beber agua ni pasar saliva en exceso hasta que el medicamento se haya disuelto completamente. 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
7	Ponga en posición cómoda al paciente	Colocar al paciente en posición semi-fowler (ángulo de 45°) si no está contraindicado.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
8	Administrar el medicamento	<p>Tenga en cuenta los 10 correctos de la administración de medicamentos</p> <p>1. Verifique el nombre del paciente in situ.</p>	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería	Sistema Kubap

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>		PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
		PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ENTERAL	VERSIÓN	02
		2. Pedir al paciente que abra la boca y coloque la punta de la lengua contra el paladar 3. Entregar el medicamento al paciente y pedirle que lo coloque debajo de la lengua, si el paciente tiene alguna limitación para hacerlo, colocarse los guantes y disponer el medicamento en el piso de la lengua 4. Cerciorarse que el medicamento fue absorbido, pedir al paciente que abra la boca, levante la lengua y verificar que no exista el medicamento		(quien realice el procedimiento)	
9	Recoja el material	Retírese los guantes y deseche los demás materiales según las normas sobre disposición de residuos peligrosos.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
10	Lavar las manos	Teniendo en cuenta los 11 pasos de la técnica de lavado de manos según la OMS.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
15	Registros clínicos.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Registrar de forma completa, detallada y oportuna todo lo sucedido durante la realización del procedimiento en la historia clínica del paciente. ✓ Asegúrese de escribir el nombre del medicamento, la dosis administrada, el horario de administración, nombre del profesional y efectos adversos si se produjeran. En el caso de no administrar el fármaco, registrar el motivo. Registrar 	Enfermera profesional Medico	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ENTERAL	VERSIÓN	02

		en el plan de cuidados del/la paciente las acciones derivadas del procedimiento.			
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO					
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA OFTÁLMICA					
N.º	ACTIVIDAD/TAREA	DESCRIPCIÓN	PUNTO CONTROL	RESPONSABLE	REGISTRO
1	Orden medica	Indicación médica de administrar medicamentos por vía oftálmica (Inducir acción antiséptica Lubricar el globo ocular, provocar acción midriática o miótica, provocar acción anestésica, eliminar secreciones, Aliviar el dolor y la congestión).	Enfermera profesional	Medico	Sistema Kubap
2	Valore el estado del paciente	Valorar en el paciente, tener en cuenta dolor, ardor, congestión ocular, visión borrosa, lagrimeo, sensación de cuerpo extraño, presencia de secreciones y tratamientos realizados. Antecedentes de glaucoma, hipertensión arterial, diabetes. valorar uso de lentes, agudeza visual cercana y lejana, reflejo corneal	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
3	Solicitar consentimiento informado	Explicar de manera clara y concisa el procedimiento a realizar, los beneficios y riesgos de no realizar dicho procedimiento verificar que el paciente o su representante legal haya entendido la información, resolver dudas y solicitar consentimiento informado.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería	Sistema Kubap
4	Prepare el material y trasladarlo al lado del paciente	Tenga en cuenta que los medicamentos deben ser preparados y debidamente rotulados antes de ser llevados al cuarto del paciente. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gotas prescritas ✓ Tarjeta de tratamiento ✓ Y los que sean requeridos dependiendo de las ordenes médicas 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>		PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
		PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ENTERAL	VERSIÓN	02
5	Realizar lavado de manos	Teniendo en cuenta los 11 pasos de la técnica de lavado de manos según la OMS. Con líquido de asepsia	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
6	Postura de EPP	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Uso de gorros quirúrgicos y tapabocas por protocolo. ✓ Guantes limpios o de manejo 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
7	Verifique según los 10 correctos para la administración de medicamentos	<p>fármaco, dosis, vía, hora, paciente correcto, antecedentes farmacológicos, presencia de alergias, interacciones farmacológicas, educación al usuario y registro correcto. Asegurarse de que no existe contraindicación o alergia al fármaco.</p> <p>Recuerde las contraindicaciones de esta vía:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hipersensibilidad conocida al principio activo del medicamento o a alguno de sus componentes. ✓ Negación del paciente. ✓ Condiciones anatómicas que imposibiliten la administración y permanencia del medicamento en el saco inferior del ojo. <p>Precauciones</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar limpieza del ojo antes de administrar el medicamento. ✓ Evitar la infección cruzada impidiendo que la punta del frasco gotero entre en contacto con el globo ocular en tratamiento. 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>		PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
		PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ENTERAL	VERSIÓN	02
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mantener un intervalo de administración entre cada medicamento oftálmico de por lo menos cinco minutos. • Desechar la primera porción del ungüento antes de la administración del medicamento. 			
8	Ponga en posición cómoda al paciente	Pida al paciente o colóquelo en posición cómoda, sentado o fowler y con la cabeza inclinada hacia atrás	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
9	Administrar el medicamento	<p>Tenga en cuenta los 10 correctos de la administración de medicamentos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar la limpieza ocular con gasa estéril humedecida en suero fisiológico. 2. Realizar el proceso de lo más limpio hacia lo más contaminado (ángulo o canto externo hacia el ángulo canto interno). 3. Colocar el dedo índice en la base del parpado inferior y retraerlo suavemente hacia abajo. Indicar al paciente que levante la mirada hacia el techo, mientras se retrae el parpado inferior 4. Invertir el frasco gotero e instilar la gota en el saco conjuntival. Mantener el ojo abierto por un momento, Hacer una ligera presión en el ángulo interno. 5. Pedir al paciente que cierre los ojos y limpiar la cara externa del ojo con gasas 6. Si el medicamento que se va a aplicar es un ungüento, abrir el medicamento y desechar la primera porción del 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap

		PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
		PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ENTERAL	VERSIÓN	02
		<p>ungüento antes de la administración del medicamento.</p> <p>7. Aplicar el ungüento a lo largo del cavo conjuntival y pedir al paciente que cierre el ojo y mueva el globo ocular en todas direcciones.</p> <p>8. Dejar al paciente cómodo, seguro y vigilado, para estar atento a la presencia o no de reacciones adversas.</p>			
10	Recoja el material	Retírese los guantes y deseche los demás materiales según las normas sobre disposición de residuos peligrosos.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
11	Lavar las manos	Teniendo en cuenta los 11 pasos de la técnica de lavado de manos según la OMS.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
12	Registros clínicos.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Registrar de forma completa, detallada y oportuna todo lo sucedido durante la realización del procedimiento en la historia clínica del paciente. ✓ Asegúrese de escribir el nombre del medicamento, la dosis administrada, el horario de administración, nombre del profesional y efectos adversos si se produjeran. En el caso de no administrar el fármaco, registrar el motivo. Registrar en el plan de cuidados del/la paciente las acciones derivadas del procedimiento. 	Enfermera profesional Medico	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO					
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA ÓTICA					

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>IAANNI</i> / <i>Corazón de Todos</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ENTERAL	VERSIÓN	02

N°	ACTIVIDAD/TAREA	DESCRIPCIÓN	PUNTO CONTROL	RESPONSABLE	REGISTRO
1	Orden medica	Indicación médica de administrar medicamentos por vía ótica (Ejercer una acción analgésica y antiinflamatoria local, provocar una acción antiséptica local, limpiar el conducto auditivo externo)	Enfermera profesional	Medico	Sistema Kubap
2	Valore el estado del paciente	Valorar en el paciente, tener en cuenta específicamente dolor, ardor, sangrado, presencia de secreciones, sensación de cuerpo extraño, disminución de la función auditiva, traumas y tratamiento realizados, perforación timpánica, otalgia, tinnitus (zumbidos), alteración del equilibrio entre otros	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
3	Solicitar consentimiento informado	Explicar de manera clara y concisa el procedimiento a realizar, los beneficios y riesgos de no realizar dicho procedimiento verificar que el paciente haya entendido la información, resolver dudas y solicitar consentimiento informado.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería	Sistema Kubap
4	Prepare el material y trasladarlo al lado del paciente	Tenga en cuenta que los medicamentos deben ser preparados y debidamente rotulados antes de ser llevados al cuarto del paciente. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gasas no estériles ✓ Medicación prescrita ✓ Guantes de manejo ✓ Tarjeta de tratamiento ✓ Riñonera ✓ Jeringas ✓ SSN 0.9% ✓ Y los que sean requeridos dependiendo de las ordenes médicas 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap


	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ENTERAL	VERSIÓN	02


5	Realizar lavado de manos	3. Teniendo en cuenta los 11 pasos de la técnica de lavado de manos según la OMS. Con líquido de asepsia	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
6	Verifique según los 10 correctos para la administración de medicamentos	<p>fármaco, dosis, vía, hora, paciente correcto, antecedentes farmacológicos, presencia de alergias, interacciones farmacológicas, educación al usuario y registro correcto.</p> <p>Recuerde las Contraindicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ruptura de la membrana timpánica ✓ Negativa del paciente ✓ Condiciones anatómicas que impidan el ingreso y permanencia del medicamento en el conducto auditivo externo <p>Precauciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Limpiar el exudado de la parte exterior del oído ✓ Utilizar soluciones a temperatura de 37 °C ✓ Emplear equipo estéril ✓ Suspender el lavado en caso de que el paciente presente vértigo o náuseas. ✓ Evitar que el extremo del gotero o de la jeringa tenga contacto con la piel o secreciones del paciente ✓ Comprobar que el paciente realizó la preparación que le haya sido indicada, en caso de lavado de oído 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
7	Ponga en posición cómoda al paciente	Colocar al paciente en posición sentado con la cabeza inclinada hacia el lado opuesto del oído que se va a tratar	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap

	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ENTERAL	VERSIÓN	02

9	Administrar el medicamento	<p>Verifique el nombre del paciente in situ.</p> <p>Para Realizar Lavado: Verificar que el paciente haya cumplido con la preparación para el lavado, colocar un protector de caucho o una toalla sobre el hombro del paciente, Ubicar la riñonera por el lado cóncavo debajo de la oreja y pedir al paciente que la sostenga, Tomar la solución con la jeringa y dirigir la irrigación hacia la pared anteroposterior del conducto externo, continuar irrigando hasta que el líquido salga claro o se haya terminado la cantidad prescrita, secar el pabellón auricular suavemente, colocar torunda pequeña de algodón en el orificio externo del conducto. Dejar al paciente acostado sobre el mismo lado por unos minutos.</p> <p>En caso de administración de medicamentos: Colocar al paciente en posición sentado con la cabeza inclinada hacia el lado opuesto del oído que se va a tratar, con los dedos índice y pulgar de su mano no dominante tomar la parte superior y posterior del pabellón auricular y tirar suavemente de ella hacia arriba y hacia atrás. Instilar en el orificio auricular el número de gotas prescrito (sobre la pared lateral del conducto auditivo externo), presionar suavemente el tracto auditivo externo, Pedir al paciente que permanezca en la misma posición otros 5 min. No colocar gasas o algodones. Observar características del líquido y demás secreciones salientes del oído.</p>	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
---	----------------------------	---	-----------------------	---	---------------

		PROCESO	CALIDAD		CÓDIGO	PD-XX-YY
		PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ENTERAL		VERSIÓN	02
9	Recoja el material	Retírese los guantes y deseche los demás materiales según las normas sobre disposición de residuos peligrosos.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap	
10	Lavar las manos	Teniendo en cuenta los 11 pasos de la técnica de lavado de manos según la OMS.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap	
11	Registros clínicos.	Registrar de forma completa, detallada y oportuna todo lo sucedido durante la realización del procedimiento en la historia clínica del paciente. Asegúrese de escribir el nombre del medicamento, la dosis administrada, el horario de administración, también hacer una observación escrita acerca del estado del paciente, antes y después de la administración de medicamentos, así como la tolerabilidad de los medicamentos administrados.	Enfermera profesional Medico	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap	
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO						
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA TÓPICA						
N°	ACTIVIDAD/TAREA	DESCRIPCIÓN	PUNTO CONTROL	RESPONSABLE	REGISTRO	
1	Orden medica	Indicación médica de administrar medicamentos por vía tópica (proteger la piel o las mucosas, desinflamar y descongestionar, aliviar el dolor y el prurito, estimular la cicatrización, controlar la infección)	Enfermera profesional	Medico	Sistema Kubap	

		PROCESO	CALIDAD		CÓDIGO	PD-XX-YY
		PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ENTERAL		VERSIÓN	02
2	Valore en el paciente	Valorar en el paciente: dolor, sensibilidad, prurito, cambios en el aspecto de la piel, eritema.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería	Sistema Kubap	
3	Solicitar consentimiento informado	Explicar de manera clara y concisa el procedimiento a realizar, los beneficios y riesgos de no realizar dicho procedimiento verificar que el paciente o su representante legal haya entendido la información, resolver dudas y solicitar consentimiento informado.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería	Sistema Kubap	
4	Prepare el material y trasladarlo al lado del paciente	Tenga en cuenta que los medicamentos deben ser preparados y debidamente rotulados antes de ser llevados al cuarto del paciente. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Medicamentos prescritos ✓ Tarjeta de medicamentos ✓ Y los que sean requeridos dependiendo de las ordenes médicas 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap	
5	Realizar lavado de manos	Teniendo en cuenta los 11 pasos de la técnica de lavado de manos según la OMS. Con líquido de asepsia	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap	
6	Postura de EPP	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uso de gorros quirúrgicos y tapabocas por protocolo. 2. Guantes limpios o de manejo. 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap	

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>		PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
		PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ENTERAL	VERSIÓN	02
7	Verifique según los 10 correctos para la administración de medicamentos	<p>fármaco, dosis, vía, hora, paciente correcto, antecedentes farmacológicos, presencia de alergias, interacciones farmacológicas, educación al usuario y registro correcto. Asegurarse de que no existe contraindicación o alergia al fármaco.</p> <p>Recuerde las contraindicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hipersensibilidad conocida al medicamento o a alguno de sus componentes ✓ Negativa del paciente <p>Precauciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Revisar antes de la administración del fármaco el sitio de aplicación, características de la piel, entre otros. ✓ Marcar en el envase del medicamento la fecha y hora de apertura. ✓ Limpiar el sitio donde se va a aplicar el medicamento para favorecer su acción. ✓ Frotar el medicamento, excepto cuando se trate de lociones. ✓ Utilizar el medicamento en cantidad suficiente. ✓ Emplear apósitos oclusivos cuando sea necesario. ✓ Utilizar la técnica aséptica cuando hay lesiones abiertas de la piel. 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
8	Ponga en posición cómoda al paciente	Colocar al paciente en posición semi-fowler (ángulo de 45°) si no está contraindicado o en una posición cómoda según el área de aplicación.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap

		PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
		PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ENTERAL	VERSIÓN	02
9	Administrar el medicamento	<p>Tenga en cuenta los 10 correctos de la administración de medicamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Verificar la identidad del paciente in situ. ✓ Aplicar el medicamento con el baja lenguas o aplicador según el caso, sobre la zona a intervenir o sobre el material oclusión. Si la piel se encuentra íntegra, aplicar la cantidad suficiente y realizar leve fricción de forma circular. Cubrir un apósito de ser necesario. 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
10	Recoja el material	Retírese los guantes y deseche los demás materiales según las normas sobre disposición de residuos peligrosos.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
11	Lavar las manos	Teniendo en cuenta los 11 pasos de la técnica de lavado de manos según la OMS.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
12	Registros clínicos.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Registrar de forma completa, detallada y oportuna todo lo sucedido durante la realización del procedimiento en la historia clínica del paciente. ✓ Asegúrese de escribir el nombre del medicamento, la dosis administrada, el horario de administración, nombre del profesional y efectos adversos si se produjeran. En el caso de no administrar el fármaco, registrar el motivo. Registrar en el plan de cuidados del/la paciente las acciones derivadas del procedimiento. 	Enfermera profesional Medico	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>IAANNI / Corazón de Todos</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ENTERAL	VERSIÓN	02

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO					
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA VAGINAL					
N°	ACTIVIDAD/TAREA	DESCRIPCIÓN	PUNTO CONTROL	RESPONSABLE	REGISTRO
1	Orden medica	Indicación médica de administrar medicamentos por vía vaginal (óvulos, tabletas, cremas vaginales)	Enfermera profesional	Medico	Sistema Kubap
2	Solicitar consentimiento informado	Explicar de manera clara y concisa el procedimiento a realizar, los beneficios y riesgos de no realizar dicho procedimiento verificar que el paciente o su representante legal haya entendido la información, resolver dudas y solicitar consentimiento informado.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería	Sistema Kubap
3	Prepare el material y trasladarlo al lado del paciente	Tenga en cuenta que los medicamentos deben ser preparados y debidamente rotulados antes de ser llevados al cuarto del paciente. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tarjeta de medicamentos ✓ Equipo de aseo genital externo ✓ Medicamentos ✓ Guantes ✓ Y los que sean requeridos dependiendo de las ordenes médicas 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
4	Realizar lavado de manos	Teniendo en cuenta los 11 pasos de la técnica de lavado de manos según la OMS. Con liquido de asepsia	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
5	Postura de EPP	<ol style="list-style-type: none"> 3. Uso de gorros quirúrgicos y tapabocas por protocolo. 4. Guantes limpios o de manejo. 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería	Sistema Kubap

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ENTERAL	VERSIÓN	02

				(quien realice el procedimiento)	
6	Verifique según los 10 correctos para la administración de medicamentos	<p>fármaco, dosis, vía, hora, paciente correcto, antecedentes farmacológicos, presencia de alergias, interacciones farmacológicas, educación al usuario y registro correcto. Asegurarse de que no existe contraindicación o alergia al fármaco.</p> <p>Consideraciones preliminares:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Evitar la aplicación durante la menstruación. ✓ Recordar a la paciente que debe permanecer acostada después de que se le haya aplicado el medicamento. ✓ Colocar los óvulos antes de abrirlos en agua fría para que se endurezcan. <p>Consideraciones especiales</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Evite movimientos bruscos ✓ Limpie el exceso del medicamento. 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
7	Ponga en posición cómoda al paciente	Colocar la paciente en posición ginecológica, asegurando el respeto por su privacidad.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
8	Administrar el medicamento	<p>Tenga en cuenta los 10 correctos de la administración de medicamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Verificar la identidad del paciente in situ. ✓ Introduzca suavemente el óvulo/aplicador de la crema profundamente en el orificio vaginal, proceda a presionar el embolo para depositar la crema en la Vagina. 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>		PROCESO	CALIDAD		CÓDIGO	PD-XX-YY
		PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ENTERAL		VERSIÓN	02
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Coloque a la paciente en decúbito dorsal con las piernas cruzadas por unos minutos ✓ Pida que permanezca en esa posición por unos minutos, para asegurarse la adecuada absorción de los mismos. 				
9	Recoja el material	Retírese los guantes y deseche los demás materiales según las normas sobre disposición de residuos peligrosos.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap	
10	Lavar las manos	Teniendo en cuenta los 11 pasos de la técnica de lavado de manos según la OMS.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap	
15	Registros clínicos.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Registrar de forma completa, detallada y oportuna todo lo sucedido durante la realización del procedimiento en la historia clínica del paciente. ✓ Asegúrese de escribir el nombre del medicamento, la dosis administrada, el horario de administración, nombre del profesional y efectos adversos si se produjeran. ✓ En el caso de no administrar el fármaco, registrar el motivo. Registrar en el plan de cuidados del/la paciente las acciones derivadas del procedimiento. 	Enfermera profesional Medico	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap	
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO						
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA RECTAL						
N°	ACTIVIDAD/TAREA	DESCRIPCIÓN	PUNTO CONTROL	RESPONSABLE	REGISTRO	

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>		PROCESO	CALIDAD		CÓDIGO	PD-XX-YY
		PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ENTERAL		VERSIÓN	02
1	Orden medica	Indicación médica de administrar medicamentos por vía tópica (proteger la piel o las mucosas, desinflamar y descongestionar, aliviar el dolor y el prurito, estimular la cicatrización, controlar la infección)	Enfermera profesional	Medico		Sistema Kubap
2	Valore en el paciente	Valorar en el paciente: dolor, sensibilidad, prurito, cambios en el aspecto de la piel, eritema.				
2	Solicitar consentimiento informado	Explicar de manera clara y concisa el procedimiento a realizar, los beneficios y riesgos de no realizar dicho procedimiento verificar que el paciente o su representante legal haya entendido la información, resolver dudas y solicitar consentimiento informado.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería		Sistema Kubap
3	Prepare el material y trasladarlo al lado del paciente	<p>Tenga en cuenta que los medicamentos deben ser preparados y debidamente rotulados antes de ser llevados al cuarto del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Medicamentos prescritos ✓ Tarjeta de medicamentos ✓ Supositorio o tubo de crema y cánula adaptable al tubo ✓ Papel higiénico ✓ Lubricante ✓ Bolsa roja ✓ Y los que sean requeridos dependiendo de las ordenes médicas 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)		Sistema Kubap
4	Realizar lavado de manos	Teniendo en cuenta los 11 pasos de la técnica de lavado de manos según la OMS. Con líquido de asepsia	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)		Sistema Kubap

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ENTERAL	VERSIÓN	02

5	Postura de EPP	<p>5. Uso de gorros quirúrgicos y tapabocas por protocolo.</p> <p>6. Guantes limpios o de manejo.</p>	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
6	Verifique según los 10 correctos para la administración de medicamentos	<p>fármaco, dosis, vía, hora, paciente correcto, antecedentes farmacológicos, presencia de alergias, interacciones farmacológicas, educación al usuario y registro correcto. Asegurarse de que no existe contraindicación o alergia al fármaco.</p> <p>Consideraciones preliminares:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Introducir el supositorio por el extremo cónico de manera que la contracción del esfínter lo impulse hacia adentro. ✓ Colocar el supositorio en agua fría para que se compacte. ✓ Lubricar la cánula si el medicamento es crema. ✓ Marcar el medicamento y el aplicador para que sea usado individualmente. <p>Consideraciones especiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Los supositorios deben sumergirse en agua antes de su uso con el fin de facilitar su inserción. Si el supositorio es demasiado blando, para ser introducido, se puede mantener en agua fría o refrigerado, una media hora, antes de su uso, especialmente en los climas cálidos ✓ El vaciado del intestino debe evitarse el mayor tiempo posible después de la inserción del supositorio, para permitir la completa absorción. 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>		PROCESO	CALIDAD		CÓDIGO	PD-XX-YY
		PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ENTERAL		VERSIÓN	02
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Los supositorios administrados para efecto local (por ejemplo, para resolver el estreñimiento), debe introducirse el ápice primero para mantener el efecto contenedor en el intestino grueso ✓ No utilizar en pacientes cardiopatas porque se puede provocar una reacción vagal por estimulación del sistema nervioso parasimpático. 				
7	Ponga en posición cómoda al paciente	Colocar al paciente en posición de sims o semiprona.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)		Sistema Kubap
8	Administrar el medicamento	<p>Tenga en cuenta los 10 correctos de la administración de medicamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Verificar la identidad del paciente in situ. ✓ Si es crema lubrique la cánula ✓ Con una mano separe el pliegue Inter glúteo y con la otra introduzca el supositorio en el recto ✓ Haga presión en los glúteos para evitar que el paciente expulse el supositorio, recuerde al paciente que permanezca acostado 30 minutos ✓ Realice la limpieza sobre el área ✓ Dejar al paciente cómodo, seguro y vigilado, para estar atento a la presencia o no de reacciones adversas. 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)		Sistema Kubap
9	Recoja el material	Retírese los guantes y deseche los demás materiales según las normas sobre disposición de residuos peligrosos.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería		Sistema Kubap

	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ENTERAL	VERSIÓN	02

				(quien realice el procedimiento)	
10	Lavar las manos	Teniendo en cuenta los 11 pasos de la técnica de lavado de manos según la OMS.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
15	Registros clínicos.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Registrar de forma completa, detallada y oportuna todo lo sucedido durante la realización del procedimiento en la historia clínica del paciente. ✓ Asegúrese de escribir el nombre del medicamento, la dosis administrada, el horario de administración, nombre del profesional y efectos adversos si se produjeran. En el caso de no administrar el fármaco, registrar el motivo. En el caso de aplicar medicamentos sobre una herida, realizar una descripción de la misma. Registrar en el plan de cuidados del/la paciente las acciones derivadas del procedimiento. 	Enfermera profesional Medico	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap

INFORMACIÓN IMPORTANTE

10 correctos para la administración de medicamentos

1. **Paciente Correcto:** Se verifican los datos personales (nombre completo, número de identificación)
2. **Medicamento correcto:** Se reconoce y confirma el principio activo del fármaco, basándose en el nombre genérico o denominación común internacional de acuerdo con la normatividad, además de la forma farmacéutica requerida. **Nota:** si hay duda respecto al medicamento, se debe realizar la correspondiente aclaración con el médico tratante, la enfermera supervisora o con el servicio de farmacia. Si son fórmulas magistrales, unidosis o mezclas, se debe hacer la correcta verificación de los rótulos.
3. **Dosis correcta:** Es la cantidad de medicamento que se administra para que el principio activo en concentraciones plasmáticas cumpla el efecto esperado. **Nota:** si hay duda respecto a las dosis del medicamento, se debe realizar la correspondiente aclaración con el médico tratante, la enfermera supervisora o con el servicio de farmacia.

	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ENTERAL	VERSIÓN	02

4. **Vía correcta:** Se trata de reconocer la vía de administración y de determinar que la forma farmacéutica corresponda a la indicada según fabricante.
5. **Hora correcta:** Hace referencia al intervalo de tiempo en el cual se garantizan las concentraciones plasmáticas que genera el efecto terapéutico esperado.
6. **Verificación de antecedentes farmacológicos:** Conocer los medicamentos que está recibiendo el paciente favorece la toma de decisiones objetivas respecto a la continuidad, modificación o suspensión de la terapéutica farmacológica instaurada con anterioridad, además de detectar el riesgo de reacciones adversas y de interacciones medicamentosas que aumentan con el número de fármacos administrados.
7. **Presencia de alergias:** Una reacción alérgica es una respuesta física desfavorable ante un efecto químico. Puede variar entre leve o grave, debe ser reportada al equipo de salud y es motivo para la anulación o suspensión de la alternativa terapéutica.
8. **Interacciones fármaco-fármaco, fármaco-alimento o fármaco-producto natural:** La administración simultánea de dos o más medicamentos puede ocasionar una interacción farmacológica y potenciar o disminuir la absorción o el efecto de un fármaco. Es imprescindible valorar la presencia de polifarmacia y comorbilidades presentes en la persona que propician la ocurrencia de estas interacciones.
9. **Educación- información al paciente, familia o cuidador:** Informar al paciente y a su familia sobre los aspectos relacionados con el medicamento, mejora la adherencia al tratamiento y en consecuencia el efecto terapéutico esperado.
10. **Registro:** Es la consignación de la ejecución del acto seguro en la administración de medicamentos en los formatos o historias clínicas y la notificación adicional del reporte de eventos asociados al uso de medicamentos en los programas de farmacovigilancia.


DOCUMENTOS ASOCIADOS

- ✓ PR administración de medicamentos
- ✓ Consentimiento informado administración de medicamentos vía enteral
- ✓ PD preparación de medicamentos
- ✓ Tarjeta de medicamentos


BIBLIOGRAFIA

1. Guía de administración de medicamentos por vía parenteral. Disponible en: <https://www.serviciofarmaciamanchacentro.es/images/stories/recursos/recursos/fichas/2012/claritromicina.pdf>
2. Guía DE medicamentos, disponible en: http://www.humv.es/webfarma/Informacion_Medicamentos/Guia_admin_parent/M_1.htm
3. Clínica guane, protocolo de administración de medicamentos, 2017 http://clinicaguane.gov.co/guane/download/procesos_y_procedimientos/Administracion-de-Medicamentos.pdf
4. Fariñas B., González C., Muñíos D., Pardo I. Procedimiento de administración de medicación vía oral. 2021. Disponible en: https://libreria.xunta.gal/sites/default/files/downloads/publicacion/cas_via_oral_revisado_pl.pdf

8.2.5.2.34. Procedimiento Acceso venoso periférico (diseñado)

	PROCESO	ATENCIÓN INMEDIATA	CÓDIGO	PD-AI-01
	PROCEDIMIENTO	CANALIZACIÓN DE VÍA PERIFÉRICA	VERSIÓN	01

OBJETIVO	Estandarizar el procedimiento de canalización de vía periférica las acciones que se van a realizar para la inserción, mantenimiento y retirada de un catéter venoso periférico.
POBLACION OBJETO	Todos los usuarios que requieran la venopunción periférica.
ALCANCE	Aplica para todo el servicio de atención inmediata y hospitalización realizado en la ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO DE LOS PATIOS bajo condiciones de estricta asepsia y antisepsia.
LIMITES	No incluye otros procedimientos solamente los lineamientos para la venopunción de vías periféricas.
ÁMBITO DE LA APLICACIÓN	Aplica para todo paciente en el servicio de atención inmediata y hospitalización de la ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO DE LOS PATIOS que tengan la indicación médica de instalación de un catéter venoso periférico.
RESPONSABLE	Enfermeras profesionales, Auxiliares de enfermería.
TALENTO HUMANO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Enfermeras ✓ Auxiliares de enfermería
LÍDER	Enfermería
ENFOQUE DE RIESGO	Individual, Biológico, Psicosocial.
ENFOQUE DIFERENCIAL	<p>La atención de los usuarios que brinda la E.S.E. Hospital local Municipio de Los Patios orienta la atención de una forma humanizada, con calidad y con enfoque diferencial, siendo estos algunos de los grupos identificados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Orientación ✓ Etnia ✓ Mujeres gestantes en proceso de parto. ✓ Víctimas del conflicto armado ✓ Víctimas de violencia sexual ✓ Víctimas de cualquier forma de violencia por género. ✓ Desplazados. ✓ Personas en condición de discapacidad (todos los tipos de discapacidad) Otros.
MATERIALES E INSUMOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bandeja. ✓ Catéteres de diferentes calibres (20, 22, 24G), de acuerdo a la clase de terapia a infundirse y tamaño de la vena.


	PROCESO	ATENCIÓN INMEDIATA	CÓDIGO	PD-AI-01
	PROCEDIMIENTO	CANALIZACIÓN DE VÍA PERIFÉRICA	VERSIÓN	01

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Antiséptico (clorhexidina, alcohol) ✓ Tijeras ✓ Esparadrapo o micropore, torniquete, gasas o torundas, guantes limpios. ✓ Equipo de infusión de micro o macro goteo, bomba de infusión según necesidad. ✓ Solución a infundir (SSN 0.9% O Lactato de ringer) ✓ Buretrol 						
JUSTIFICACIÓN	Es necesario identificar de forma clara todos los elementos y pasos del procedimiento para la canalización de vías periféricas para garantizar una atención ideal con calidad y humanización, que propenda por la disminución de cualquier acción insegura o imprevisto que pueda afectar la integridad del usuario.						
DEFINICIONES	<table border="1"> <tr> <td>Catéter venoso periférico (CVP)</td> <td>Este procedimiento invasivo consiste en la canalización de una vena con una bránula corta para acceder al torrente sanguíneo vascular venoso del paciente, con la finalidad de poder aplicar un tratamiento endovenoso poco agresivo y de corta duración.</td> </tr> <tr> <td>Equipo de venoclisis</td> <td>Dispositivo para administrar al paciente soluciones y/o medicamentos parenterales gota a gota, a chorro o intermitente por vía venosa periférica o central por un tiempo determinado.</td> </tr> <tr> <td>Tapón heparinizado</td> <td>Dispositivo medico utilizado en procesos de terapias intermitentes, que mantiene la permeabilidad del catéter, permitiendo el drenaje de líquidos y la administración intravenosa de líquidos o medicamentos al organismo.</td> </tr> </table>	Catéter venoso periférico (CVP)	Este procedimiento invasivo consiste en la canalización de una vena con una bránula corta para acceder al torrente sanguíneo vascular venoso del paciente, con la finalidad de poder aplicar un tratamiento endovenoso poco agresivo y de corta duración.	Equipo de venoclisis	Dispositivo para administrar al paciente soluciones y/o medicamentos parenterales gota a gota, a chorro o intermitente por vía venosa periférica o central por un tiempo determinado.	Tapón heparinizado	Dispositivo medico utilizado en procesos de terapias intermitentes, que mantiene la permeabilidad del catéter, permitiendo el drenaje de líquidos y la administración intravenosa de líquidos o medicamentos al organismo.
	Catéter venoso periférico (CVP)	Este procedimiento invasivo consiste en la canalización de una vena con una bránula corta para acceder al torrente sanguíneo vascular venoso del paciente, con la finalidad de poder aplicar un tratamiento endovenoso poco agresivo y de corta duración.					
	Equipo de venoclisis	Dispositivo para administrar al paciente soluciones y/o medicamentos parenterales gota a gota, a chorro o intermitente por vía venosa periférica o central por un tiempo determinado.					
Tapón heparinizado	Dispositivo medico utilizado en procesos de terapias intermitentes, que mantiene la permeabilidad del catéter, permitiendo el drenaje de líquidos y la administración intravenosa de líquidos o medicamentos al organismo.						

POLÍTICAS DE OPERACIÓN


1. Este será el único instructivo documentado que servirá de guía para el procedimiento de venopunción que utilizará el talento humano en salud que quiera realizar dicho procedimiento.
2. La atención se hará de forma informada y consentida por el paciente/usuario y su familia.
3. Se brindará un trato respetuoso, con calidad y humanizado a todos los usuarios, pacientes, familias, comunidades, grupo y sociedad que interactúe con cualquier área o funcionario de la institución.
4. El paciente deberá comprender, aceptar y firmar el consentimiento informado
5. El personal que va a realizar el procedimiento debe diligenciar sus datos dentro del consentimiento informado
6. Si el paciente no acepta, o se niega a firmar el consentimiento informado o a dar su autorización y colocar la huella del índice derecho (para aquellas personas analfabetas) no se podrá ejecutar el procedimiento.
7. Para personas en condición de discapacidad, personas menores de 18 años, o personas que por su estado clínico no puedan dar comprender o firmar el consentimiento informado, lo realizara el representante legal u acompañante


NORMATIVIDAD


	PROCESO	ATENCIÓN INMEDIATA	CÓDIGO	PD-AI-01
	PROCEDIMIENTO	CANALIZACIÓN DE VÍA PERIFÉRICA	VERSIÓN	01


✓ Resolución 3100 de 2019


DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO					
N°	ACTIVIDAD/TAREA	DESCRIPCIÓN	PUNTO CONTROL	RESPONSABLE	REGISTRO
1	Orden medica	Indicación médica de terapia endovenosa, por vía periférica.	Enfermera profesional	Medico	Sistema Kubap
2	Solicitar consentimiento informado	Explicar de manera clara y concisa el procedimiento a realizar, los beneficios y riesgos de no realizar dicho procedimiento verificar que el paciente haya entendido la información, resolver dudas y solicitar consentimiento informado.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería	Sistema Kubap
3	Prepare el equipo necesario para la realización del procedimiento	<p>Bandeja con: catéter del calibre adecuado para el paciente según edad, textura e indicación de tratamiento, alcohol, gasas, torundas, equipo de venoclisis, solución a infundir, marcador negro, esparadrapo o micropore, guantes, torniquete, bolsa roja y guardián.</p> <p>CALIBRE DEL CATETER E INDICACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Catéter # 14 y 16 Para emergencias, pacientes politraumatizadas ✓ Catéter # 20 Reposición rápido de líquidos, todas las gestantes, pacientes para cirugía. ✓ Catéter # 22 Pacientes geriátricos, líquidos restringidos en adultos y niños, administración de antibióticos. ✓ Catéter # 24 Pacientes neonatos y pediátricos 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>		PROCESO	ATENCIÓN INMEDIATA	CÓDIGO	PD-AI-01
		PROCEDIMIENTO	CANALIZACIÓN DE VÍA PERIFÉRICA	VERSIÓN	01
4	Realizar lavado de manos	Teniendo en cuenta los 11 pasos de la técnica de lavado de manos según la OMS. Con líquido de asepsia	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
5	Postura de EPP	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uso de gorros quirúrgicos y tapabocas por protocolo. 2. Guantes limpios o de manejo 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
6	Elección del vaso sanguíneo venoso a puncionar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Colocar al paciente en posición cómoda, y proceder a la elección de la vena: <ul style="list-style-type: none"> • Elegir preferentemente venas en el antebrazo de miembros superiores, (Basilica, Cubital media o Cefálica) dando preferencia al brazo no dominante, evitando a ser posible la flexura, (fosa ante cubital, muñeca) y zonas con afectación de la integridad de la piel o sometidas a procedimientos quirúrgicos recientes. • Elegir la vena empezando por las más distales del brazo, por encima de los puntos de punción previos, reservando el resto para posibles futuras canalizaciones. · En los pacientes pediátricos se pueden usar con preferencia ubicaciones en mano, dorso del pie. 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
7	Colocar el torniquete	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar el torniquete a 4 - 5 cm. por encima del punto de punción. 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>		PROCESO	ATENCIÓN INMEDIATA	CÓDIGO	PD-AI-01
		PROCEDIMIENTO	CANALIZACIÓN DE VÍA PERIFÉRICA	VERSIÓN	01
		<ul style="list-style-type: none"> Localice la vena a canalizar. Masajear sobre la zona a puncionar para favorecer el llenado venoso. 		realice el procedimiento)	
7	Realice la asepsia del sitio a puncionar	Aplicar el antiséptico en la zona, en círculos, de dentro hacia afuera sin devolverse. Dejar secar.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
8	Puncione la vena de elección	<ul style="list-style-type: none"> Coger el catéter con la mano dominante, retirar el protector. Fijar la vena, haciendo tracción de la piel hacia abajo. Insertar el catéter con el bisel hacia arriba en ángulo de 15- 30°, según la profundidad de la vena. Puncionar ligeramente por debajo del punto elegido para la venopunción y siguiendo la trayectoria de la vena 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
9	verificar que el catéter esté en vena	<ul style="list-style-type: none"> Observar la cámara del catéter al obtener retorno sanguíneo, aflojar el torniquete, retirar suavemente el mandril, introducir simultáneamente el catéter, Una vez atravesada la piel reducir el ángulo para evitar perforar la vena. 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
10	Toma muestras de laboratorio según indicación	Tomar muestras de laboratorio si es necesario, según orden y teniendo en cuenta el protocolo institucional (siempre primero en el frasco con anticoagulante y de últimas en el frasco sin anticoagulante)	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap


 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>		PROCESO	ATENCIÓN INMEDIATA	CÓDIGO	PD-AI-01
		PROCEDIMIENTO	CANALIZACIÓN DE VÍA PERIFÉRICA	VERSIÓN	01
11	Conecte al equipo de venoclisis	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando se perciba reflujo de sangre, avanzar ligeramente el catéter en la vena, manteniendo la tracción de la piel. • Hacer presión sobre el extremo distal del catéter para que no fluya la sangre, retirar totalmente la aguja-guía y desechar en el guardián • Conecte la solución a infundir al equipo de venoclisis, purgue el equipo evitando que quede aire en el circuito • Conecte el equipo de infusión al catéter, abrir la llave de goteo y comprobar el correcto flujo de perfusión y la correcta situación del catéter 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
12	Fije el catéter	<ul style="list-style-type: none"> • TÉCNICA DE FIJACIÓN <p>Cubrir el catéter con el esparadrapo antialérgico o micropore. Asegurar su correcta fijación para evitar tracciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar la primera fijación: fijar el catéter con una tira grande de esparadrapo antialérgico o micropore. _Si la indicación es tapón, cerciorarse de enroscar el conector del tapón en el catéter muy bien y totalmente para evitar fugas posteriores de sangre y/o líquidos endovenosos y en este caso, cubrir hasta el borde del tapón para que quede expuesto el caucho auto regulable por donde se pasaran los medicamentos. 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>		PROCESO	ATENCIÓN INMEDIATA	CÓDIGO	PD-AI-01
		PROCEDIMIENTO	CANALIZACIÓN DE VÍA PERIFÉRICA	VERSIÓN	01
		<ul style="list-style-type: none"> La segunda fijación debe proteger la piel debajo del catéter evitando presiones ejercidas por el equipo. Tercera fijación y la más grande asegura el catéter incluido el caucho de purga del equipo para evitar que este por el peso y su movilización en el sitio de inserción facilite que la punta del catéter perfora la vena produciendo perforación e infiltración de los líquidos endovenosos. Con un marcador negro registre sobre el micropore de forma clara, visible y legible: calibre del catéter utilizado, fecha de inicio, fecha de cambio y el nombre del profesional que realice el procedimiento. 			
13	Recoja el material	<ul style="list-style-type: none"> Retírese los guantes Organizar los elementos y desechar <p>Elementos cortopunzantes debe ser desechado por la persona quien realiza el procedimiento en guardián</p>	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
14	Lavar las manos	Teniendo en cuenta los 11 pasos de la técnica de lavado de manos según la OMS.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
15	Registros clínicos.	Registrar de forma completa, detallada y oportuna todo lo sucedido durante la realización del procedimiento en la historia clínica del paciente.	Enfermera profesional Medico	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	ATENCIÓN INMEDIATA	CÓDIGO	PD-AI-01
	PROCEDIMIENTO	CANALIZACIÓN DE VÍA PERIFÉRICA	VERSIÓN	01

	<ul style="list-style-type: none"> Asegúrese de escribir el nombre completo del paciente, número de identificación, hora y fecha de su realización, calibre del catéter empleado, incluya también una descripción breve del motivo por el cual se realizó el procedimiento. 			
--	--	--	--	--

MANTENIMIENTO DEL CATETER					
N°	ACTIVIDAD/TAREA	DESCRIPCIÓN	PUNTO CONTROL	RESPONSABLE	REGISTRO
1	Información al usuario	Explicar de manera clara y concisa el procedimiento a realizar, los beneficios y riesgos de no realizar dicho procedimiento verificar que el paciente haya entendido la información, resolver dudas.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería – profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
2	Prepare el equipo necesario para la realización del procedimiento	Bandeja con: alcohol, gasas, torundas, marcador negro, esparadrapo o micropore, tijeras, guantes, bolsa roja.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
3	Realizar lavado de manos	Teniendo en cuenta los 11 pasos de la técnica de lavado de manos según la OMS. Con líquido de asepsia	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
4	Postura de EPP	Uso de gorros quirúrgicos y tapabocas por protocolo. Guantes limpios o de manejo	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien	Sistema Kubap


 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	ATENCIÓN INMEDIATA	CÓDIGO	PD-AI-01
	PROCEDIMIENTO	CANALIZACIÓN DE VÍA PERIFÉRICA	VERSIÓN	01

				realice el procedimiento)	
5	Técnica de realización	<p>Implica la vigilancia de la zona de inserción, (detección de posibles flebitis, obstrucción y extravasación) cura de la misma y el cambio de la fijación.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluación del acceso venoso en cada turno para el área de hospitalización, observación y urgencias. 2. El esparadrapo transparente permite la visualización* directa. Si es opaco se debe valorar mediante palpación, en caso de sospecha retirarlo para visualizar y realizar la revisión. 3. Si el esparadrapo se encuentra desprendido parcialmente, retirar con cuidado y fijar con uno nuevo, registrando nuevamente los datos encontrados de canalización sobre la nueva cinta. No pegar encima de los otros, ya que esto facilita la humedad, suciedad e infección del punto de inserción 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
6	Inspección del sitio de inserción	<p>Inspeccionar buscando signos de alarma:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eritema • Dolor • Supuración • Induración palpable • Calor local 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
7	Cura en zona de inserción	<ul style="list-style-type: none"> • La cura y cambio de esparadrapo se realizarán siempre que esté húmedo, manchado o despegado. • Curar la zona de inserción: con solución salina y aplicación de solución antiséptica. 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	ATENCIÓN INMEDIATA	CÓDIGO	PD-AI-01
	PROCEDIMIENTO	CANALIZACIÓN DE VÍA PERIFÉRICA	VERSIÓN	01

		<ul style="list-style-type: none"> Durante la maniobra mantener bien fijado el catéter para evitar tracciones y acodamientos. Los conectores, catéter y equipos de infusión se cambiarán cada 72 horas para el área de hospitalización <p>Registrar en historia clínica.</p>			
8	Registros clínicos	<p>Registrar de forma completa, detallada y oportuna todo lo sucedido durante la realización del procedimiento en la historia clínica del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> Asegúrese de escribir el nombre completo del paciente, número de identificación, hora y fecha de su realización. <p>Incluya también una descripción breve del estado del catéter y de la piel.</p>	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap

RETIRO DEL CATETER					
N°	ACTIVIDAD/TAREA	DESCRIPCIÓN	PUNTO CONTROL	RESPONSABLE	REGISTRO
1	Información al usuario	Explicar de manera clara y concisa el procedimiento a realizar, el motivo por el cual se realiza. En caso de que sea cambio de equipo, informar al paciente.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería – profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
2	Prepare el equipo necesario para la realización del procedimiento	Bandeja con: alcohol, gasas, torundas, micropore, tijeras, guantes, bolsa roja.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>		PROCESO	ATENCIÓN INMEDIATA	CÓDIGO	PD-AI-01
		PROCEDIMIENTO	CANALIZACIÓN DE VÍA PERIFÉRICA	VERSIÓN	01
3	Realizar lavado de manos	Teniendo en cuenta los 11 pasos de la técnica de lavado de manos según la OMS. Con líquido de asepsia	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
4	Postura de EPP	Uso de gorros quirúrgicos y tapabocas por protocolo. Guantes limpios o de manejo	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
5	Retiro del catéter	Se retirará el catéter cuando: <ul style="list-style-type: none"> • El paciente no precisa del acceso venoso. • Finalice el tratamiento. • El paciente tiene salida. • Aparezcan complicaciones en el sistema que porta (dolor y eritema, induración, cordón palpable, exudado, signos de infección u obstrucción del dispositivo) • Cada 72hrs se debe cambiar el acceso venoso por protocolo 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
	Técnica de realización	<ol style="list-style-type: none"> 1. Humedezca el micropore o esparadrappo (según técnica de fijación) con alcohol o SSN según disponibilidad con el fin de evitar dolor en el paciente al retraer el adhesivo 2. Cubra el sitio de inserción con una gasa o algodón, haciendo una leve presión y retire suavemente el catéter. 3. Mantenga o pida al paciente que haga presión sobre el punto de inserción por unos minutos 			

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>AMN/Consigna de Todos</i>	PROCESO	ATENCIÓN INMEDIATA	CÓDIGO	PD-AI-01
	PROCEDIMIENTO	CANALIZACIÓN DE VÍA PERIFÉRICA	VERSIÓN	01


		4. Cubra el punto de inserción con un poco de micropore			
8	Registros clínicos	Registrar de forma completa, detallada y oportuna todo lo sucedido durante la realización del procedimiento en la historia clínica del paciente. <ul style="list-style-type: none"> Asegúrese de escribir el nombre completo del paciente, número de identificación, hora y fecha de su realización. 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap


DOCUMENTOS ASOCIADOS


Protocolo de realización de administración de medicamentos
 Protocolo de venopunción periférica

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR

8.2.5.2.35. Procedimiento Cateterismo vesical (diseñado)

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>		PROCESO	NOMBRE DEL PROCESO	CÓDIGO	PD-XX-YY
		PROCEDIMIENTO	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	VERSIÓN	02
OBJETIVO	Estandarizar acciones del personal de enfermería en pacientes con necesidad de inserción, mantenimiento y retiro de la sonda vesical, mediante la implementación de buenas prácticas de enfermería en los diferentes servicios del Hospital local municipio de Los Patios				
POBLACION OBJETO	Todos los usuarios que requieran la realización de la inserción, mantenimiento y retiro de la sonda vesical.				
ALCANCE	El protocolo aplica a los usuarios de la ESE Hospital Local Municipio de Los Patios que requieran sondaje vesical en el servicio de urgencias, hospitalización y consulta externa.				
LIMITES	No incluye otros procedimientos solamente los lineamientos para la realización de cateterismo vesical.				
ÁMBITO DE LA APLICACIÓN	Aplica para los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa de la ESE Hospital Local Del Municipio de Los Patios y sus IPS satélites que precisen la realización del procedimiento cateterismo vesical.				
RESPONSABLE	Enfermería.				
TALENTO HUMANO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Enfermeras profesionales. ✓ Auxiliar de enfermería. 				
LIDER	Enfermería – Calidad				
ENFOQUE DE RIESGO	Individual, Biológico, Psicosocial.				
ENFOQUE DIFERENCIAL	<p>La atención de los usuarios que brinda la E.S.E. Hospital local del municipio de Los Patios orienta la atención de una forma humanizada, con calidad y con enfoque diferencial, siendo estos algunos de los grupos identificados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Orientación ✓ Etnia ✓ Mujeres gestantes en proceso de parto. ✓ Víctimas del conflicto armado ✓ Víctimas de violencia sexual ✓ Víctimas de cualquier forma de violencia por género. ✓ Desplazados. ✓ Personas en condición de discapacidad (todos los tipos de discapacidad) 				
MATERIALES E INSUMOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Guantes de manejo. ✓ Guantes estériles. ✓ Jabón líquido. 				

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>		PROCESO	NOMBRE DEL PROCESO	CÓDIGO	PD-XX-YY
		PROCEDIMIENTO	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	VERSIÓN	02
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Gasas estériles. ✓ Povidona yodada acuosa al 4% o clorhexidina. ✓ Lubricante urológico hidrosoluble estéril (lidocaína). ✓ Agua destilada, 10 ml o solución salina. ✓ Jeringa de 10 ml. ✓ Sonda vesical nelaton para sondaje intermitente o puntual (vaciado de vejiga). ✓ Sonda vesical Foley para sondaje permanente, la medida para adultos entre 14 y 18 Fr. ✓ escogiendo siempre la de menor calibre posible. ✓ Bolsa de diuresis. ✓ Soporte de la bolsa 				
JUSTIFICACION	Es necesario identificar de forma clara todos los elementos y pasos para la inserción, mantenimiento y retiro de la sonda vesical con el fin de garantizar una atención ideal con calidad y humanización, que propenda por la disminución de cualquier acción insegura o imprevisto que pueda afectar la integridad del usuario.				
DEFINICIONES	Seguridad del paciente	Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en la evidencia científicamente comprobadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.			
	Eliminación	Procedimiento mediante el cual se ayuda al paciente durante la evacuación intestinal y la eliminación urinaria			
	Sondaje intermitente	Introducción de una sonda vesical estéril de un solo uso y suficientemente larga como para llegar a la vejiga y drenarla.			
	Sondaje permanente	Introducción de una sonda vesical estéril y suficientemente larga como para llegar a la vejiga, hasta que se resuelva el motivo que provoca el cateterismo.			
	Clasificación por tipos de sondas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ LÁTEX: Se usan para el vaciado vesical permanente en sondajes con duración inferior a 15 días aproximadamente (sondajes hospitalarios, postoperatorios). ✓ SILICONA: Están indicadas en sondajes de duración superior a 15 días o en pacientes alérgicos al látex. 			

	PROCESO	NOMBRE DEL PROCESO	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	VERSIÓN	02

- ✓ CLORURO DE POLIVINILO (PVC): También conocidas como sondas de Nélaton. Se usan en cateterismos intermitentes, para diagnóstico o terapéuticos, instalaciones y para medir residuos.

POLÍTICAS DE OPERACIÓN


1. Este será el único instructivo documentado que servirá de guía para la inserción, mantenimiento y retiro de sonda vesical que utilizará el talento humano en salud que quiera realizar dicho procedimiento.
2. La atención se hará de forma informada y consentida por el paciente/usuario y su familia.
3. Se brindará un trato respetuoso, con calidad y humanizado a todos los usuarios, pacientes, familias, comunidades, grupo y sociedad que interactúe con cualquier área o funcionario de la institución.
4. El paciente deberá comprender, aceptar y firmar el consentimiento informado
5. El personal que va a realizar el procedimiento debe diligenciar sus datos dentro del consentimiento informado
6. Si el paciente no acepta, o se niega a firmar el consentimiento informado o a dar su autorización y colocar la huella del índice derecho (para aquellas personas analfabetas) no se podrá ejecutar el procedimiento.
7. Para personas en condición de discapacidad, personas menores de 18 años, o personas que por su estado clínico no puedan dar comprender o firmar el consentimiento informado, lo realizará el representante legal u acompañante


NORMATIVIDAD


- ✓ Resolución 3100 de 2019


DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO


N°	ACTIVIDAD/TAREA	DESCRIPCIÓN	PUNTO CONTROL	RESPONSABLE	REGISTRO
1	Orden medica	Verificar orden médica que indique inserción de sonda vesical. Verifique el objeto del sondaje (permanente o intermitente)	Orden medica	Medico Auxiliar de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap


 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>		PROCESO	NOMBRE DEL PROCESO	CÓDIGO	PD-XX-YY
		PROCEDIMIENTO	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	VERSIÓN	02
2	Solicitar consentimiento informado	<p>Explicar de manera clara y concisa el procedimiento a realizar, los beneficios y riesgos de no realizar dicho procedimiento verificar que el paciente haya entendido la información, resolver dudas y solicitar consentimiento informado.</p> <p>En pacientes pediátricos el paso de sonda se debe realizar en presencia de uno de sus padres o el acudiente del menor, previa explicación del procedimiento dejando claro las posibles complicaciones relacionadas.</p>	Diligenciar consentimiento informado	Auxiliar de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
3	Prepare el equipo necesario para la realización del procedimiento	<p>Preparar todo el material y trasladarlo al lado del usuario.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Guantes de manejo. ✓ Guantes estériles. ✓ Jabón líquido (clorhexidina). ✓ Gasas estériles. ✓ Lubricante urológico hidrosoluble estéril (lidocaína). ✓ Agua destilada, 10 ml o solución salina. ✓ Jeringa de 10 ml. ✓ Sonda vesical nelaton para sondaje intermitente o puntual (vaciado de vejiga). ✓ Sonda vesical Foley para sondaje permanente. 	Verificar equipo completo	Auxiliar de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap


 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>		PROCESO	NOMBRE DEL PROCESO	CÓDIGO	PD-XX-YY
		PROCEDIMIENTO	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	VERSIÓN	02
		<p>Los calibres deben seleccionarse según el sexo, la edad y características del paciente.</p> <p>Niños:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0 a 2 años: 4Fr / 6Fr - 2-4 años: 6Fr / 8Fr - Mayores de 4 años: 8Fr / 10Fr <p>Adultos: 18Fr / 20Fr / 22Fr</p> <p>escogiendo siempre la de menor calibre posible.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Bolsa recolectora Cystoflo con soporte. ✓ Micropore 			
4	Realizar lavado de manos	Teniendo en cuenta los 11 pasos de la técnica de lavado de manos según la OMS. Con líquido de asepsia.	11 pasos para el lavado de manos	Auxiliar de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
5	Postura de EPP	Uso de gorros quirúrgicos y tapabocas por protocolo. Guantes limpios o de manejo	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
6	Colocar al paciente en posición y prepararlo para el procedimiento	<p>Paciente hombre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colocar al paciente en posición decúbito supino con las piernas ligeramente separadas. 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería	Sistema Kubap

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>		PROCESO	NOMBRE DEL PROCESO	CÓDIGO	PD-XX-YY
		PROCEDIMIENTO	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	VERSIÓN	02
		Paciente mujer <ul style="list-style-type: none"> - Colocar a la paciente en posición ginecológica con las piernas flexionadas y separadas Preserve siempre la intimidad del usuario.		(quien realice el procedimiento)	
7	Realizar lavado de los genitales	colocarse unos guantes no estériles. Paciente hombre <ul style="list-style-type: none"> - Impregnar gasas estériles con solución antiséptica institucional (clorhexidina jabón) el lavado se realiza con agua estéril o solución salina, según necesidad. - Enjabonar con las gasas los pliegues inguinales, el vello pubiano, el pene, el escroto y en ultimo lugar el ano. Aclarar con solución salina o agua estéril según disponibilidad - Con la mano no dominante, sostenga el pene con los dedos pulgar e índice, retraer el prepucio, lavar el glande y el surco balanoprepucial siempre desde el meato hacia el surco y usar una gasa en cada pasada, limpiar en círculos hasta la base del pene. - Retire el exceso de clorhexidina vertiendo solución salina o agua estéril 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap


 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>WANI Corazón de Todos</i>		PROCESO	NOMBRE DEL PROCESO	CÓDIGO	PD-XX-YY
		PROCEDIMIENTO	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	VERSIÓN	02
		<p>con el prepucio retraído en el mismo sentido.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Secar con gasas estériles en el mismo sentido, una vez limpio el meato urinario cubrir con una gasa hasta el momento del sondaje. - Desechar los guantes usados para la higiene, hacer higiene de manos <p>Paciente mujer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Impregnar gasas estériles con solución antiséptica institucional (clorhexidina jabón) el lavado se realiza con agua estéril o solución salina, según necesidad. - Realizar el lavado de genitales externos y zona perineal, siempre de arriba hacia abajo (desde el pubis hacia el ano) separando los labios mayores y lavando después desde el clítoris a la zona perianal, y posteriormente desde la cara interna de los labios menores hacia fuera. Usar una nueva gasa en cada pasada. - Retire el exceso de clorhexidina vertiendo solución salina o agua estéril - Secar con gasas estériles en el mismo orden. 			


 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>		PROCESO	NOMBRE DEL PROCESO	CÓDIGO	PD-XX-YY
		PROCEDIMIENTO	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	VERSIÓN	02
		<ul style="list-style-type: none"> - Una vez limpio el meato, cubrir con gasa estéril hasta el momento del sondaje para evitar contaminación. - Desechar los guantes usados para la higiene, hacer higiene de manos 			
8	Paso de la sonda	<p style="text-align: center;">FASE ESTERIL</p> <p>Paciente hombre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar lavado de manos o higienización de manos con alcohol al 70% durante 1 minuto - Postura de guantes estériles - Con la mano no dominante sujete el pene. Empleando una gasa retraiga el prepucio, sosteniendo y traccionando suavemente el pene con la mano no dominante en un ángulo de 90°. - En la mano dominante, doble la sonda en forma de acordeón para evitar contaminación y lubríquela con lidocaína - Introduzca la sonda cuidadosamente por el meato urinario, hasta que haya retorno de orina, al obtener orina, continúe introduciendo la sonda 5cm aproximadamente para asegurar que el globo será inflado en vejiga y no en la uretra. - Infle el globo de la sonda con solución salina o agua estéril. 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap


 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>		PROCESO	NOMBRE DEL PROCESO	CÓDIGO	PD-XX-YY
		PROCEDIMIENTO	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	VERSIÓN	02
		<ul style="list-style-type: none"> - Traccione la sonda suavemente hasta sentir resistencia, de esta manera se asegura que el globo esta adecuadamente inflado y la sonda no se saldrá. - Si la indicación de la sonda es permanente, conecte a la bolsa recolectora <p>Paciente mujer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lavado de manos según protocolo. - Colocar guantes estériles - Colocar paño estéril sobre la zona pubiana para crear un campo estéril. La manipulación del catéter siempre se hará de forma aséptica, usando equipo y guantes estériles. - Comprobar la integridad del balón de la sonda insuflando 10cc de aire. Sacar el aire una vez comprobado. - Con la mano no dominante, separe los labios mayores y menores de la vulva e intente visualizar el orificio de la uretra; este estará localizado inmediatamente por delante del orificio de la vagina y a 2.5 cm aprox. Por debajo del clítoris. - En la mano dominante, doble la sonda en forma de acordeón para evitar 			

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>WANI</i> <i>Corazón de Todos</i>	PROCESO	NOMBRE DEL PROCESO	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	VERSIÓN	02
	<p>contaminación y lubríquela con lidocaína</p> <ul style="list-style-type: none"> - Introduzca la sonda cuidadosamente por el meato urinario, hasta que haya retorno de orina, al obtener orina, continúe introduciendo la sonda 5cm aproximadamente para asegurar que el globo será inflado en vejiga y no en la uretra. - No forzar la entrada de la sonda por el riesgo de crear una falsa vía. <p>SONDAJE INTERMITENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consiste en la introducción de un catéter en la vejiga a través de la uretra para proceder al vaciamiento de orina, y retirar la sonda inmediatamente después de producirse su vaciamiento. - Si la indicación es sonda vesical intermitente para la toma de parcial de orina deberá tener listo el frasco recolector de la muestra. - Después de introducir la sonda por el meato urinario y obtener retorno de orina, proceder a recolectar la orina en el frasco pertinente para este fin, asegúrese de tomar la cantidad 			

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>		PROCESO	NOMBRE DEL PROCESO	CÓDIGO	PD-XX-YY
		PROCEDIMIENTO	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	VERSIÓN	02
		<p>necesaria según las indicaciones de la muestra.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Retirar la sonda cuando ya no haya emisión de orina, vaciar en rifonera, pisingo o pato - pince la sonda por 15min para evitar la descompresión brusca de la vejiga. Pasado este tiempo, proceda a retirar definitivamente la sonda. <p>SONDAJE PERMANENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infle el globo de la sonda con solución salina o agua estéril. - Traccione la sonda suavemente hasta sentir resistencia, de esta manera se asegura que el globo esta adecuadamente inflado y la sonda no se saldrá. - Conecte a la bolsa recolectora, fije la sonda por debajo en la parte interna del muslo para evitar el movimiento de tracción uretral. Asegure que la bolsa colectore quede fija siempre en una posición por inferior a la vejiga del paciente, sin tocar el piso. 			
9	deseche el material	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Organizar los elementos y desechar según protocolo. ✓ Retírese los guantes 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de	Sistema Kubap

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>		PROCESO	NOMBRE DEL PROCESO	CÓDIGO	PD-XX-YY
		PROCEDIMIENTO	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	VERSIÓN	02
				enfermería (quien realice el procedimiento)	
10	Lavar las manos	Teniendo en cuenta los 11 pasos de la técnica de lavado de manos según la OMS.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	
11	Mantenimiento de la sonda	<p>Observe periódicamente la permeabilidad de la sonda.</p> <p>Mantenga la sonda vesical fijada al muslo del paciente con micropore; para evitar que esta esté tirante y por el peso de la orina se desplace y/o cause retiro accidental de la misma.</p> <p>Esta fijación debe cambiarse cada 24 horas</p> <p>Lave la sonda cuando sea preciso para mantenerla permeable, utilizando técnica aséptica y previa orden médica.</p> <p>Realice limpieza de la zona perineal exhaustivamente, priorice aquellos pacientes con deterioro de la movilidad.</p>	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
12	Indicaciones de cambio de sonda vesical	<p>Rupturas de la misma.</p> <p>Cuando ha transcurrido el tiempo máximo de duración de la sonda (15-20 días) para la prevención de infecciones de tracto urinario asociadas a sonda vesical.</p>	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería	Sistema Kubap

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>		PROCESO	NOMBRE DEL PROCESO	CÓDIGO	PD-XX-YY
		PROCEDIMIENTO	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	VERSIÓN	02
		<p>Por orden médica. Cuando se ordene un urocultivo pasadas 48 horas de haberse colocado la sonda vesical, por el riesgo de contaminación de la muestra.</p>		(quien realice el procedimiento)	
13	Retiro de sonda vesical	<p>Lavado de manos según protocolo institucional. Prepare todo el material y llevarlo al lado del paciente. Informe al paciente en qué consiste el procedimiento. Preserve en todo momento la intimidad del paciente. Procedimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ubique al paciente en la posición adecuada. - Mujer: posición ginecológica - Hombre: decúbito supino, con piernas separadas. ✓ Proceda a la extracción del contenido del balón de la sonda con la jeringa. Asegúrese de extraer el volumen total del contenido del balón, para evitar traumatismos en la uretra. ✓ Retire la sonda hacia fuera lentamente. ✓ Compruebe número de micciones, volumen y características de la orina tras la retirada de la sonda. 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap


 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>WANI</i> <i>Corazón de Todos</i>	PROCESO	NOMBRE DEL PROCESO	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	VERSIÓN	02

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Deseche el material usado en la respectiva caneca según protocolo institucional. 			
14	Registros de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Siempre registre en la historia clínica de manera detallada la realización del procedimiento y complicaciones si se presenta, igualmente cuando se retire la sonda o se tomen muestras. ✓ Rotule la sonda de la siguiente manera: fecha de colocación, número de sonda vesical, hora de colocación, cantidad de SSN para insuflar el balón y nombre de quien realiza el procedimiento. ✓ Motivo del sondaje y especificación de la muestra. ✓ Tipo y calibre de catéter. ✓ Tipo de bolsa de drenaje, abierto o cerrado. ✓ Cantidad de orina eliminada y su aspecto. 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap

INFORMACIÓN A TENER EN CUENTA

1. CUIDADOS DE LA SONDA

- ✓ Mantener estéril y cerrado el sistema de drenaje.
- ✓ Cambiarlo cada 5 a 7 días.
- ✓ Vaciar constantemente (de preferencia cada 8 horas), sin romper el sistema colector.

	PROCESO	NOMBRE DEL PROCESO	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	VERSIÓN	02



- ✓ Mantener limpio y utilizar técnicas asépticas en el cambio del sistema.
- ✓ Mantener fija la sonda para reducir la contaminación e irritación uretral.
- ✓ No irrigar rutinariamente la sonda.
- ✓ Aumentar la ingesta de líquidos y acidificar la orina, para evitar la formación de sales de calcio y magnesio.
- ✓ Si hay síntomas urinarios, realizar una evaluación genitourinaria adecuada para determinar la causa.
- ✓ Se pone atención a la sonda y al tubo colector durante el movimiento del paciente, para evitar compresión o doblamiento.
- ✓ Si el sistema colector debe elevarse por encima del nivel de la vejiga, se pinza o dobla el tubo colector hasta que el recipiente se baje y asegure debajo de la mesa quirúrgica o de la cama del paciente, para evitar contaminación retrógrada y flujo de la orina hacia atrás.
- ✓ Limpieza del meato uretral.

2. COMPLICACIONES

- ✓ Infección de vías urinarias.
- ✓ Obstrucción producida por el catéter (estenosis).
- ✓ Lesión de alguna porción uretral.
- ✓ Sangrado.
- ✓ Formación de falsas vías.
- ✓ Parafimosis.
- ✓ Absceso periuretral.

3. INFORMACIÓN AL USUARIO

- ✓ Explicar signos y síntomas de alarma
- ✓ Enseñar hábitos de higiene y cuidado para con la sonda
- ✓ Explicar los beneficios y riesgos de la realización del procedimiento

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  <i>Corazón de Todos</i>	PROCESO	NOMBRE DEL PROCESO	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	VERSIÓN	02

DOCUMENTOS ASOCIADOS


- Consentimiento informado sonda vesical
- Consentimiento informado control de líquidos
- Procedimiento control de líquidos

BIBLIOGRAFIA

1. Protocolo de colocación y mantenimiento de sonda vesical para pacientes adultos y pediátricos. Disponible en <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0509.php>
2. Procedimiento de sondaje vesical. Mujeres - Eliminación [Internet]. Disponible en: <https://femora.sergas.gal/Eliminacion/Sondaxe-vesical?idioma=es&print=1>
3. Procedimiento de sondaje vesical. Hombres - Eliminación [Internet]. Disponible en: <https://femora.sergas.gal/Eliminacion/Procedemento-da-sondaxe-vesical--Home?idioma=es&print=1>
4. Cano de Vicente V. Sondaje vesical hospitalario y enfermería. Revisión bibliográfica narrativa. 2018. UNIVERSIDAD DE VALLADOLID. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/32655/TFG-O-1387.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Jennifer Celena Colmenares Suarez Pasante de enfermería Universidad Francisco de Paula Santander	Nombre y Cargo: Nombre de la persona que reviso Cargo de la persona Fecha: 24 de Julio 2020	Nombre y Cargo: Nombre de la persona que aprobó Cargo de la persona Fecha: 30 de Julio 2020

8.2.5.2.36. Procedimiento control de líquidos (diseñado)

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>		PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
		PROCEDIMIENTO	CONTROL DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS	VERSIÓN	02
OBJETIVO	Estandarizar acciones del personal de enfermería en pacientes con indicación de control de líquidos administrados y eliminados que le permitan detectar oportunamente posibles complicaciones relacionadas con el balance hidroelectrolítico mediante la implementación de una atención segura en los servicios de hospitalización y urgencias de la E.S.E Hospital Local Municipio de Los Patios.				
POBLACION OBJETO	Todos los usuarios que requieran la realización del procedimiento control de líquidos.				
ALCANCE	Este protocolo orientará al profesional y/ o auxiliar de enfermería en la forma correcta y eficaz de realizar el control de líquidos administrados y eliminados en los pacientes con indicación médica en los servicios de hospitalización y urgencias del Hospital Local del Municipio de Los Patios				
LIMITES	No incluye otros procedimientos solamente los lineamientos para la realización del control de líquidos				
ÁMBITO DE LA APLICACIÓN	Aplica para los servicios de urgencias y hospitalización de la ESE Hospital Local Del Municipio de Los Patios que precisen la realización del procedimiento control de líquidos.				
RESPONSABLE	Enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería				
TALENTO HUMANO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Enfermeras ✓ Auxiliares de enfermería 				
LÍDER	Enfermería				
ENFOQUE DE RIESGO	Individual, Biológico, Psicosocial.				
ENFOQUE DIFERENCIAL	<p>La atención de los usuarios que brinda la E.S.E. Hospital local del municipio de Los Patios orienta la atención de una forma humanizada, con calidad y con enfoque diferencial, siendo estos algunos de los grupos identificados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Orientación ✓ Etnia ✓ Mujeres gestantes en proceso de parto. ✓ Víctimas del conflicto armado ✓ Víctimas de violencia sexual ✓ Víctimas de cualquier forma de violencia por género. ✓ Desplazados. ✓ Personas en condición de discapacidad (todos los tipos de discapacidad) 				
MATERIALES E INSUMOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Registros de enfermería ✓ hoja control de líquidos 				
JUSTIFICACION	Es necesario identificar de forma clara todos los elementos y pasos del procedimiento para el control de líquidos con el fin de garantizar una atención ideal con calidad y humanización, que propenda por la disminución de cualquier acción insegura o imprevisto que pueda afectar la integridad del usuario.				
DEFINICIONES	Seguridad del Se define como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y				

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>IAPIVI</i> <i>Corazón de Todos</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	CONTROL DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS	VERSIÓN	02

paciente	metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias.
Control de líquidos	Es el control exacto de los líquidos que ingresan y egresan al paciente por las diferentes vías, para establecer el balance hidroelectrolítico en un período determinado de tiempo que no exceda las 24 horas.
Pérdidas insensibles	Las pérdidas insensibles, son las pérdidas de líquidos que no son objetivables o evidentes y que por lo tanto no se pueden medir con exactitud. Tienen su causa en los fenómenos de convección y evaporación.
Perdidas sensibles	La renal es la principal vía de pérdidas hídricas, es además la única ruta a través de la cual se puede controlar el volumen y la composición de los compartimentos corporales. Las pérdidas por heces sólo tienen significado cuando hay diarrea.
Oliguria	Disminución de la eliminación de orina a 400 ml en 24 horas.
Anuria	Disminución de la eliminación de orina igual o menor de 100 ml en 24 horas.

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. Este será el único instructivo documentado que servirá de guía para el procedimiento de venopunción que utilizará el talento humano en salud que quiera realizar dicho procedimiento.
2. La atención se hará de forma informada y consentida por el paciente/usuario y su familia.
3. Se brindará un trato respetuoso, con calidad y humanizado a todos los usuarios, pacientes, familias, comunidades, grupo y sociedad que interactúe con cualquier área o funcionario de la institución.
4. El paciente deberá comprender, aceptar y firmar el consentimiento informado
5. El personal que va a realizar el procedimiento debe diligenciar sus datos dentro del consentimiento informado
6. Si el paciente no acepta, o se niega a firmar el consentimiento informado o a dar su autorización y colocar la huella del índice derecho (para aquellas personas analfabetas) no se podrá ejecutar el procedimiento.
7. Para personas en condición de discapacidad, personas menores de 18 años, o personas que por su estado clínico no puedan dar, comprender o firmar el consentimiento informado, lo realizará el representante legal u acompañante

NORMATIVIDAD

- ✓ Resolución 3100 de 2019

DOCUMENTOS ASOCIADOS

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>IAPIII / Corazón de Todos</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	CONTROL DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS	VERSIÓN	02

Formato control de líquidos.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO					
N°	ACTIVIDAD/TAREA	DESCRIPCIÓN	PUNTO CONTROL	RESPONSABLE	REGISTRO
1	Orden medica	Verificar orden médica que indica control de líquidos administrados y eliminados.	Orden medica	Medico Auxiliar de enfermería	Sistema Kubap
2	Solicitar consentimiento informado	Explicar de manera clara y concisa el procedimiento a realizar, los beneficios y riesgos de no realizar dicho procedimiento verificar que el paciente haya entendido la información, resolver dudas y solicitar consentimiento informado.	Diligenciar consentimiento informado	Auxiliar de enfermería	Sistema Kubap
3	Prepare el equipo necesario para la realización del procedimiento	Preparar todo el material y trasladarlo al lado del usuario. <ul style="list-style-type: none"> - Guantes de manejo - Bolsa de orina (cistoflo) - Recipiente para medir - Pisingo - Pato - Peso - Bascula para peso de pañales, apósitos - Registros de enfermería - hoja control de líquidos 	Verificar equipo completo	Auxiliar de enfermería	Sistema Kubap
4	Realizar lavado de manos	Teniendo en cuenta los 11 pasos de la técnica de lavado de manos según la OMS. Con liquido de asepsia		Auxiliar de enfermería	Sistema Kubap
5	Control de líquidos administrados	Medir y registrar en el formato de control de líquidos institucional, en las casillas correspondientes todas las entradas de líquido:	Diligenciar completa y correctamente el formato de control de	Auxiliar de enfermería	Sistema Kubap

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>IAPII / Corazón de Todos</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	CONTROL DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS	VERSIÓN	02

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ VÍA ORAL: Registre en la casilla correspondiente del formato la hora, tipo, cantidad de líquidos administrados por vía oral, sume y registre el total de los líquidos administrados vía oral, al finalizar cada turno. ✓ VÍA ENTERAL: Registre en la casilla correspondiente del formato la hora, tipo, cantidad de líquidos administrados por sondas naso gástricas o de gastrostomía. Sume y registre el total de los líquidos administrados vía oral, al finalizar cada turno. ✓ VÍA PARENTERAL: <ul style="list-style-type: none"> - Registre la hora, cantidad y nombre de la solución con la que recibió turno. - Verifique la cantidad de líquidos por hora que tiene ordenado pasar. - Verifique cada hora que esté pasando la cantidad ordenada, si tiene bomba de infusión verifique la programación. - Realice cálculo dependiendo de la cantidad por administrar. - Gradúe el goteo según corresponda. - Registre en notas de enfermería la cantidad de la solución, cuando inicia y finaliza. - En las casillas correspondientes, registre por hora los líquidos administrados de cada una de las soluciones ordenadas. - Registre la cantidad de líquidos que se administran con los medicamentos y especifíquelos. - Registre los bolos adicionales en casilla diferente, tenga en cuenta que si el bolo lo pasa por la misma vía que se están 	líquidos por turno		
--	--	--------------------	--	--

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>IAPII / Corazón de Todos</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	CONTROL DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS	VERSIÓN	02

		<p>administrando los líquidos basales no puede registrar las dos cantidades, si el bolo lo inicia a la media hora solo le habrá pasado la mitad de los líquidos basales ordenados, realice un registro real de lo que administra</p> <p>FORMULAS PARA EL CÁLCULO DE LA VELOCIDAD DE GOTEIO ENDOVENOSO</p> <p>Volumen en Mililitros x factor de goteo del equipo= gotas por minuto Tiempo en minutos (horas x 60)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Equipo de Microgoteo= 60 gotas/mL (uso pediátrico) - Equipo de Macrogoteo = 10 gotas/mL - Equipo de Normogoteo = 20 gotas/mL - Equipo de transfusión de sangre= 15 gotas /ML 			
6	Control de líquidos eliminados	<p>LIQUIDOS ELIMINADOS Se registra todos los líquidos eliminados por las diferentes vías así:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ VÍA ORAL: Emesis: biliar, alimenticia, hemoptisis o hematemesis. ✓ VÍA URINARIA: Orina medida en c.c. recogido en pato o por cateterismo vesical. Observe detalladamente las características de la orina (color, olor, turbidez, volumen). – Registre las características de la orina (color, olor, turbidez, volumen). ✓ VÍA RECTAL O ANAL: Cuando las heces son diarreicas, contabilizar cuanta cantidad tener en cuenta: 	Diligenciar completa y correctamente el formato de control de líquidos por turno	Auxiliar de enfermería	Sistema Kubap

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>IAPIII / Corazón de Todos</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	CONTROL DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS	VERSIÓN	02

		<p>aspecto, color y olor.</p> <p>✓ SONDAS: Naso u orogástricas, contabilizar el líquido y sus características.</p> <p>PÉRDIDAS INSENSIBLES: El cálculo de las pérdidas insensibles basales (cutáneas y pulmonares) se realiza mediante la fórmula 0.5ml/kg/horas del balance. A ello habrá que añadir las situaciones especiales si estuviesen presentes</p> <p>✓ Taquipnea: Por cada 5 respiraciones por encima de FR≥20, se añaden 4ml/h</p> <p>✓ Fiebre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si T° 38---39°C: Sumar 20ml por cada hora con esta T° - Si T° 39---40°C: Sumar 40ml por cada hora con esta T° - Si T° 40---41°C: Sumar 60ml por cada hora con esta T° <p>-Sudor</p> <ul style="list-style-type: none"> -Moderado: 20ml por hora con sudor moderado -Intenso: 40ml por hora con sudor intenso <p>✓ En paciente que ingrese al servicio de urgencias y su estado de salud se considere crítico (alteración del estado de conciencia, patología en la cual se requiera un control estricto de líquidos administrados y eliminados, politraumatizado, heridas, etc.) Se recomienda la instauración de sonda vesical y la medición de la diuresis deberá hacerse cada hora, mientras es referido.</p>			
7	Registros clínicos.	Siempre registre en la historia clínica de	Registro en	Auxiliar de	Sistema Kubap

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>IAPIII / Corazón de Todos</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	CONTROL DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS	VERSIÓN	02

	<p>manera detallada la realización del procedimiento de líquidos administrados y eliminados y complicaciones si se presenta.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Anote la fecha y hora de iniciación del control de líquidos. ✓ Registre el control de peso diario ✓ Determine el balance en notas de enfermería: <ul style="list-style-type: none"> - POSITIVO: En caso de que, al realizar la resta entre lo administrado con lo eliminado, se observe un resultado notable, ejemplo: C. Líquidos administrados: 3.000 – C. Líquidos eliminados: 1.500 = 1.500, este resultado demuestra que el paciente retiene 1.500cc de líquidos en su cuerpo. - NEGATIVO: En caso de que, al realizar la resta entre lo administrado con lo eliminado, se observe un resultado mucho mayor al ingresado, ejemplo: C. Líquidos administrados: 3.000 – C. Líquidos eliminados: 4.500 = -1.500, este resultado demuestra que el paciente está eliminando más de lo que consume en su cuerpo. 	historia clínica	enfermería	
--	---	------------------	------------	--

INFORMACIÓN A TENER EN CUENTA

1. Indicaciones

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>14 años</i> <i>Corazón de Todos</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	CONTROL DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS	VERSIÓN	02

- ✓ El control de líquidos se realizará a aquellos pacientes de urgencias, observación y hospitalización que por condiciones clínicas lo requieran y sea ordenado por el médico tratante.
- ✓ Con enfermedades crónicas como falla cardíaca congestiva, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, ascitis, cáncer o insuficiencia renal.
- ✓ Con pérdidas excesivas de líquidos: Diarrea, vómito, sudoración/fiebre, hemorragias o exceso de diuresis por uso de diuréticos.
- ✓ Con aumento de requerimiento de líquidos: diarrea, síndrome febril.
- ✓ Con sondaje o lavado vesical.
- ✓ Con retención de líquidos, insuficiencia cardíaca congestiva, falla renal, ingesta de sodio alta, cirrosis hepática o aumento en la infusión de líquidos endovenosos.
- ✓ Con pérdida de la actividad, movilidad física, accidente cerebrovascular.
- ✓ Con problemas de continencia, ya que pueden restringir la ingesta de líquidos, creyendo que esto aliviará su problema.

2. Observaciones

- ✓ Valorar el estado de piel y mucosas, color de la orina, y valorar la aparición de edemas.
- ✓ Como norma general, el balance se hará en un tiempo de 24 horas, salvo criterio del médico.
- ✓ Registrar oportunamente las características de los líquidos eliminados en el paciente, como cualquier percance que se presente en la cuantificación de los mismos en notas de enfermería.

3. Complicaciones

- ✓ El peso mal tomado puede generar errores en la dosificación de volumen hídrico.
- ✓ Un control de líquidos inadecuado o mal llevado puede sugerir el uso de medicamentos que no se necesitan:(diuréticos).

4. Educación al usuario

- ✓ Informe al usuario el procedimiento a realizar y solicite su colaboración y la del familiar
- ✓ Informe con precisión la situación clínica del paciente, aclare dudas que surjan en el proceso.


BIBLIOGRAFÍA

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>Corazón de Todos</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	CONTROL DE LÍQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS	VERSIÓN	02

1. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Seguridad del paciente [Internet]. Minsalud.gov.co. 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/seguridad-del-paciente.aspx>
2. Vélez J. L, Chala T, Quinatoa L, Andrade K. PÉRDIDAS INSENSIBLES: FISIOLÓGÍA, FISIOPATOLOGÍA Y COMPENSACIÓN. Universidad central del Ecuador, Quito- Ecuador. Revista Enfermería Investiga. Disponible en: <file:///C:/Users/jenni/Downloads/1690-Texto%20del%20art%C3%ADculo-4330-1-10-20220718.pdf>
3. MSD M. Table: Fórmula de Holliday-Segar para calcular los requerimientos de líquidos de mantenimiento según el peso - Manual MSD versión para profesionales [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. 2023 [citado el 4 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/esco/professional/multimedia/table/f%C3%B3rmula-de-holliday-segar-para-calculiar-los-requerimientos-de-l%C3%ADquidos-de-mantenimiento-seg%C3%BAn-el-peso>
4. Gonzalez N. J. BALANCE HÍDRICO Y CONTEXTUALIZACIÓN EN EL PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO. Ciberrevista [Internet]. www.enfermeriadeurgencias.com. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/enero2015/pagina2.html#:~:text=El%20c%C3%A1culo%20de%20las%20p%C3%A9rdidas>

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Jennifer Celena Colmenares Suarez Pasante de Enfermería Universidad Francisco de Paula Santander 2023	Nombre y Cargo: Nombre de la persona que revisó Cargo de la persona Fecha: 24 de Julio 2020	Nombre y Cargo: Nombre de la persona que aprobó Cargo de la persona Fecha: 30 de Julio 2020

8.2.5.2.37- Procedimiento lavado nasal (diseñado)

		PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
		PROCEDIMIENTO	LAVADO NASAL	VERSIÓN	02
OBJETIVO	Establecer los lineamientos necesarios para la realización del procedimiento de lavado nasal en la ESE Hospital Local Municipio de Los Patios.				
POBLACION OBJETO	Todos los usuarios que requieran el procedimiento de lavado nasal.				
ALCANCE	Este procedimiento aplica a los usuarios de la ESE Hospital Local Municipio de Los Patios que requiera la realización del procedimiento lavado nasal el servicio de atención inmediata y hospitalización.				
LIMITES	No incluye otros procedimientos solamente los lineamientos para la realización del procedimiento de lavado nasal.				
ÁMBITO DE LA APLICACIÓN RESPONSABLE	Aplica para todo paciente en el servicio de atención inmediata y hospitalización de la ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO DE LOS PATIOS que tengan la indicación médica de realizar lavado nasal.				
TALENTO HUMANO	Enfermería <input checked="" type="checkbox"/> Médico <input checked="" type="checkbox"/> Enfermera auxiliar				
LÍDER	Enfermería – Calidad				
ENFOQUE DE RIESGO	Individual, Biológico, Psicosocial.				
ENFOQUE DIFERENCIAL	La atención de los usuarios que brinda la E.S.E. Hospital local del municipio de Los Patios orienta la atención de una forma humanizada, con calidad y con enfoque diferencial, siendo estos algunos de los grupos identificados por: <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Orientación <input checked="" type="checkbox"/> Etnia <input checked="" type="checkbox"/> Mujeres gestantes en proceso de parto. <input checked="" type="checkbox"/> Víctimas del conflicto armado <input checked="" type="checkbox"/> Víctimas de violencia sexual <input checked="" type="checkbox"/> Víctimas de cualquier forma de violencia por género. <input checked="" type="checkbox"/> Desplazados. <input checked="" type="checkbox"/> Personas en condición de discapacidad (todos los tipos de discapacidad) 				
MATERIALES E INSUMOS	<input checked="" type="checkbox"/> Guantes limpios <input checked="" type="checkbox"/> Solución salina 0.9% <input checked="" type="checkbox"/> Jeringas de 10 cc <input checked="" type="checkbox"/> Riñonera				
JUSTIFICACION	Es necesario identificar de forma clara todos los elementos y pasos para realizar el procedimiento de lavado nasal con el fin de garantizar una atención ideal con calidad y humanización, que propenda por la disminución de cualquier acción insegura o imprevisto que pueda afectar la integridad del usuario.				

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	LAVADO NASAL	VERSIÓN	02

DEFINICIONES	Lavado nasal	Un lavado nasal con solución salina ayuda a limpiar el polen, el polvo y otros residuos de los conductos nasales. También ayuda a retirar el exceso de moco y añade humectación. Los lavados nasales pueden ayudar a aliviar los síntomas de la alergia nasal y a prevenir las infecciones de los senos paranasales (sinusitis).
	Solución salina	El suero fisiológico es una solución salina con una concentración isotónica de cloruro de sodio (NaCl) al 0,9 %, en definitiva, es una solución estéril de cloruro de sodio diluida en agua. La proporción de esta disolución es de 9 g de cloruro sódico por cada litro de agua.
	Senos paranasales	Los senos paranasales son unos espacios llenos de aire situados entre los huesos de la cabeza. Se comunican con la cavidad nasal a través de unos pequeños orificios. Los senos paranasales producen moco que se drena en la nariz, para mantenerla húmeda y libre de polvo y microbios.

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. Este será el único instructivo documentado que servirá de guía para realizar el procedimiento lavado nasal que utilizará el talento humano en salud que quiera realizar dicho procedimiento.
2. La atención se hará de forma informada y consentida por el paciente/usuario y su familia.
3. Se brindará un trato respetuoso, con calidad y humanizado a todos los usuarios, pacientes, familias, comunidades, grupo y sociedad que interactúe con cualquier área o funcionario de la institución.
4. El paciente deberá comprender, aceptar y firmar el consentimiento informado
5. El personal que va a realizar el procedimiento debe diligenciar sus datos dentro del consentimiento informado
6. Si el paciente no acepta, o se niega a firmar el consentimiento informado o a dar su autorización y colocar la huella del índice derecho (para aquellas personas analfabetas) no se podrá ejecutar el procedimiento.
7. Para personas en condición de discapacidad, personas menores de 18 años, o personas que por su estado clínico no puedan dar comprender o firmar el consentimiento informado, lo realizará el representante legal u acompañante

NORMATIVIDAD

- ✓ Resolución 3100 de 2019

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

N°	ACTIVIDAD/TAREA	DESCRIPCIÓN	PUNTO CONTROL	RESPONSABLE	REGISTRO
1	Orden medica	Verificar indicación médica de realizar lavados nasales. Verificar la frecuencia y	Enfermera profesional	Medico	Sistema Kubap

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>IAANNI</i> <i>Corazón de Todos</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	LAVADO NASAL	VERSIÓN	02

		horario de los lavados nasales, así como el estado de las mucosas nasales del paciente			
2	Solicitar consentimiento informado	Explicar de manera clara y concisa el procedimiento a realizar, los beneficios y riesgos de no realizar dicho procedimiento verificar que el paciente o su representante legal haya entendido la información, resolver dudas y solicitar consentimiento informado.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería	Sistema Kubap
3	Prepare el equipo necesario para la realización del procedimiento	Tenga en cuenta que los medicamentos deben ser preparados y debidamente rotulados antes de ser llevados al cuarto del paciente. Prepare la bandeja con: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Guantes limpios ✓ Solución salina ✓ Jeringas de 5 cc o 10 cc ✓ Riñonera 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
4	Realizar lavado de manos	Teniendo en cuenta los 11 pasos de la técnica de lavado de manos según la OMS. Con liquido de asepsia	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
5	Posición para el lavado nasal	Adultos y niños mayores - Inclinado con la cabeza hacia abajo. Niños pequeños - Si es posible, que el niño se incline sobre el recipiente(riñonera) con la cabeza hacia abajo. - Un niño pequeño puede tener dificultades para cooperar con el lavado nasal, y puede ser que usted necesite sujetarlo y ayudarlo. Una manera es envolver al niño en una manta toalla con los brazos hacia abajo, al mismo tiempo	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap

	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	LAVADO NASAL	VERSIÓN	02

		<p>que usted lo sujeta con la cabeza inclinada hacia la riñonera.</p> <ul style="list-style-type: none"> - También se puede acostar al niño con la cabeza ladeada al lado contrario de donde se está administrando la SSN y luego girar al otro lado. 			
6	Procedimiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. En la jeringa envase la cantidad suficiente de SSN según la indicación y edad del paciente 2. Posicione al paciente según la edad y comodidad del mismo 3. Introducir el suero fisiológico por una fosa nasal inicialmente y posteriormente por la otra de manera enérgica en una relación 1-1, es decir, administrar 5cc de SSN en 5 segundos. 4. Una vez administrada la solución salina debe esperarse unos minutos para que ejerza su acción mucolítica y proceder a aspiración o eliminación de las secreciones presentes en las fosas nasales. 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
7	Recoja el material	Retírese los guantes y deseche los demás materiales según las normas sobre disposición de residuos peligrosos.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
8	Lavar las manos	Teniendo en cuenta los 11 pasos de la técnica de lavado de manos según la OMS.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
	Registros clínicos.	Registrar de forma completa, detallada y oportuna todo lo sucedido durante la	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería -	Sistema Kubap

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>100 AÑOS</i> <i>Corazón de Todos</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	LAVADO NASAL	VERSIÓN	02


	<p>realización del procedimiento en la historia clínica del paciente. Asegúrese de escribir el material empleado para la realización del procedimiento, la hora de realización y la frecuencia, también hacer una observación escrita acerca del estado del paciente antes y después del procedimiento.</p>	Medico	profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	
--	--	--------	--	--

DOCUMENTOS ASOCIADOS

1. Consentimiento informado lavados nasales

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Jennifer Celena Colmenares Suarez Estudiante de enfermería UFPS Mayo 2023	Nombre y Cargo: Nombre de la persona que reviso Cargo de la persona Fecha: 24 de Julio 2020	Nombre y Cargo: Nombre de la persona que aprobó Cargo de la persona Fecha: 30 de Julio 2020

8.2.5.2.38. Procedimiento Preparación y dilución de medicamentos (Diseñado)

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO IANMI Corazón de Todos</small>		PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
		PROCEDIMIENTO	PREPARACIÓN Y DILUCIÓN DE MEDICAMENTOS	VERSIÓN	02
OBJETIVO	Estandarizar los cuidados de enfermería de la ESE Hospital Local Municipio de Los Patios relacionados con la preparación y dilución de medicamentos endovenosos mediante técnicas seguras con el fin de prevenir riesgos y/o complicaciones asociadas al procedimiento				
POBLACION OBJETO	Todos los usuarios que requieran la administración de medicamentos preparados y diluidos.				
ALCANCE	Aplica para todo el servicio de atención inmediata y hospitalización de la ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO DE LOS PATIOS bajo condiciones de estricta asepsia y antisepsia.				
LIMITES	No incluye otros procedimientos solamente los lineamientos para la preparación y dilución de medicamentos.				
ÁMBITO DE LA APLICACIÓN	Aplica para todo paciente en el servicio de atención inmediata y hospitalización de la ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO DE LOS PATIOS que requieran la administración de medicamentos preparados.				
RESPONSABLE	Enfermería				
TALENTO HUMANO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Enfermeras profesionales ✓ Auxiliares de enfermería 				
LÍDER	Enfermería				
ENFOQUE DE RIESGO	Individual, Biológico, Psicosocial.				
ENFOQUE DIFERENCIAL	<p>La atención de los usuarios que brinda la E.S.E. Hospital local Municipio de Los Patios orienta la atención de una forma humanizada, con calidad y con enfoque diferencial, siendo estos algunos de los grupos identificados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Orientación ✓ Etnia ✓ Mujeres gestantes en proceso de parto. ✓ Víctimas del conflicto armado ✓ Víctimas de violencia sexual ✓ Víctimas de cualquier forma de violencia por género. ✓ Desplazados. ✓ Personas en condición de discapacidad (todos los tipos de discapacidad) <p>Otros.</p>				
MATERIALES E INSUMOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Solicitar en farmacia los medicamentos que se requieran por paciente. ✓ Agua destilada ✓ SSN 0.9% ✓ Alcohol ✓ Guardián de bioseguridad ✓ Guantes limpios 				

	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	PREPARACIÓN Y DILUCIÓN DE MEDICAMENTOS	VERSIÓN	02

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Jeringas de diferentes capacidades ✓ Sharpie ✓ Torundas <p>Y los que sean requeridos dependiendo de las ordenes médicas</p>	
JUSTIFICACION	Es necesario identificar de forma clara todos los elementos y pasos del procedimiento para la preparación y dilución segura de medicamentos con el fin de garantizar una atención con calidad y humanización, que propenda por la disminución de cualquier acción insegura o imprevisto que pueda afectar la integridad del usuario.	
DEFINICIONES	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	DE Procedimiento mediante el cual un fármaco, es proporcionado por el personal de salud idóneo al paciente, por diferentes vías de administración, según indicación médica escrita, debidamente informado y registrado.
	INDICACION MEDICA	Terapia farmacológica diaria indicada por el médico en forma escrita completa, con letra clara, legible.
	ERROR DE MEDICACIÓN (EM):	Es cualquier incidente prevenible, que pueda causar daño al paciente, o dé lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, mientras la medicación está bajo control del personal sanitario, paciente o consumidor.
	PRESCRIPCIÓN	Escrito que contiene las indicaciones médicas del tratamiento farmacológico a administrar a un paciente. Es de responsabilidad del profesional médico, y jefes del servicio
	REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTO (RAM):	Cualquier reacción nociva no intencionada que aparece a dosis normalmente usadas en el ser humano para profilaxis, diagnóstico o tratamiento o para modificar funciones fisiológicas.
	ACCESO VENOSO PERIFÉRICO	Abordaje de una vena superficial de localización extra aponeurótica.
	AMPOLLA	Constituye un sistema cerrado, se caracterizan por tener un cuello largo que presenta una constricción en su base por donde se pueden abrir y aspirar el líquido fácilmente.
	ASEPSIA	Ausencia de microorganismos que pueden causar enfermedad.
ANTISEPSIA	Empleo de sustancias químicas para inhibir o reducir el número de microorganismos en los tejidos, mucosas o piel.	
ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS	Es la suma de acciones e intervenciones racionadas relacionadas con el conocimiento, la interpretación, la justificación y la utilización de los medicamentos, en toda la cadena del mismo (disponibilidad, prescripción, dispensación, administración, uso, seguimiento,	

	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	PREPARACIÓN Y DILUCIÓN DE MEDICAMENTOS	VERSIÓN	02

	DILUCIÓN DE MEDICAMENTOS	<p>respuesta), en sus diferentes contextos. Dichas acciones e intervenciones están estandarizadas bajo normas de una correcta</p> <p>Es el procedimiento mediante el cual se obtienen, concentraciones y dosis requeridas de medicamentos a través de fórmulas matemáticas.</p>
	VIAL	<p>Envase de vidrio que contiene en su interior el principio activo de un medicamento en forma de liofilizado (polvo), por lo cual es necesario agregar un diluyente para reconstituirlo. Se caracteriza por tener un cuello corto y un tapón de plástico recubierto por un metal de cierre.</p>

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. Este será el único instructivo documentado que servirá de guía para el procedimiento para la preparación y dilución de medicamentos que utilizará el talento humano en salud que quiera realizar dicho procedimiento.
2. Este procedimiento se deberá realizar bajo técnicas de asepsia y antisepsia.
3. Se deberá observar si existen cambios físicos al hacer la dilución y/o preparación de los medicamentos (color, aspecto y consistencia)
4. Evitar interrupciones durante la preparación de medicamentos.
5. Tener en cuenta los 10 correctos para la administración de medicamentos durante la realización del procedimiento.
6. Revisar y rectificar en la historia clínica la indicación y la dosis a administrar, asegurar la preparación de la dosis exacta.
7. No hacer diluciones de dos o más medicamentos que pueden antagonizar o potencializar la acción del medicamento.


NORMATIVIDAD


- ✓ Ley 266 de 2006
- ✓ Ley 911 de 2004
- ✓ Decreto 2200 de 2005
- ✓ Resolución 1043 de 2006
- ✓ Resolución 1403 de 2007
- ✓ Resolución 3100 de 2019

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

N°	ACTIVIDAD/TAREA	DESCRIPCIÓN	PUNTO CONTROL	RESPONSABLE	REGISTRO
-----------	------------------------	--------------------	----------------------	--------------------	-----------------

		PROCESO	CALIDAD		CÓDIGO	PD-XX-YY
		PROCEDIMIENTO	PREPARACIÓN Y DILUCIÓN DE MEDICAMENTOS		VERSIÓN	02
1	Orden medica	Verificar la indicación médica de administrar medicamentos por vía endovenosa, nombre del medicamento, dosis.	Enfermera profesional	Medico		Sistema Kubap
3	Prepare los materiales necesarios	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Solicitar en farmacia los medicamentos que se requieran por paciente. ✓ Agua destilada ✓ SSN 0.9% ✓ Alcohol ✓ Guardián de bioseguridad ✓ Guantes limpios ✓ Jeringas de diferentes capacidades ✓ Sharpie ✓ Torundas ✓ Y los que sean requeridos dependiendo de las ordenes médicas 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)		Sistema Kubap
4	Realizar lavado de manos	Teniendo en cuenta los 11 pasos de la técnica de lavado de manos según la OMS. Con liquido de asepsia	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)		Sistema Kubap
5	Postura de EPP	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uso de gorros quirúrgicos y tapabocas por protocolo. 2. Guantes limpios o de manejo 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)		Sistema Kubap
6	Indicaciones generales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Revise la presentación de los medicamentos ✓ Verifique en la historia clínica el nombre del medicamento ordenado, la dosis indicada. ✓ Realice el cálculo de dosis según la presentación del medicamento y dosis a administrar mediante regla de 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)		Sistema Kubap

		PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
		PROCEDIMIENTO	PREPARACIÓN Y DILUCIÓN DE MEDICAMENTOS	VERSIÓN	02
		<p>3 simple</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La regla de tres es el procedimiento que se realiza para obtener la dosificación indicada en forma exacta, aun en cantidades muy pequeñas y así evitar reacciones adversas por concentración del fármaco. ✓ Para convertir gramos a miligramos. Multiplique los gramos x 1000: <ul style="list-style-type: none"> - 1 gramos = a 1000 mg. - 10 gramos = a 10.000 mg ✓ Para convertir miligramos a gramos. Divida los miligramos entre 1000: <ul style="list-style-type: none"> - 1000 mg = 1 gramo - 10.000 mg = 10 gramos 			
7	Preparación de medicamentos	<p>Presentación en vial liofilizado</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Abra una jeringa, conecte la aguja de carga a la jeringa elegida. ✓ Retire el protector de la aguja. ✓ Cargue la jeringa con el volumen recomendado de líquido estéril (solución salina normal SSN al 0,9 % o agua destilada estéril ad) ✓ Retire la tapa metálica del vial. ✓ Coja el vial con la mano no dominante y la jeringa con la otra mano. ✓ Inserte la aguja por el centro del tapón e inyecte el diluyente. ✓ Invierta el vial con movimientos que ayuden a disolver el liofilizado. ✓ Cargue la jeringa con un volumen de aire equivalente al de sustancia que vaya a extraer. 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap

	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	PREPARACIÓN Y DILUCIÓN DE MEDICAMENTOS	VERSIÓN	02
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realice limpieza del tapón con solución desinfectante, de ser requerido. ✓ Inserte la aguja por el centro del tapón e inyecte el aire en el vial. ✓ Invierta el vial y permita que la presión positiva del aire introducido llene poco a poco la jeringa con el medicamento de acuerdo a la dosis requerida ✓ Tire un poco del émbolo si es necesario. ✓ Vuelva a colocar el vial en su posición original. <p>Presentación en ampolla</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Golpee la parte superior con un dedo para que todo el contenido pase a la parte inferior. ✓ Coloque una gasa alrededor del cuello de la ampolla. ✓ Sujete la ampolla con la mano no dominante. Con los dedos pulgar e índice de la otra mano, rompa el cuello de la ampolla. ✓ Coja la jeringa con la aguja de carga e introdúzcala sin tocar el borde de la ampolla. ✓ Incline ligeramente la ampolla y vaya aspirando el medicamento con la jeringa. ✓ Una vez cargada según la dosis requerida, saque la aguja de la ampolla. ✓ Sostenga la jeringa con la aguja apuntando hacia arriba para que el líquido se asiente en el fondo. 			


	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	PREPARACIÓN Y DILUCIÓN DE MEDICAMENTOS	VERSIÓN	02

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Golpee la jeringa con un dedo para favorecer que asciendan las burbujas de aire. ✓ Tire levemente del émbolo para que si queda algo de líquido en la aguja éste caiga. ✓ Empuje suavemente el émbolo hacia arriba para expulsar el aire, procurando que no se pierda nada del líquido. 			
9	Recoja el material	Deseche la aguja (sin enfundar) de nuevo en el guardián. Retírese los guantes y deseche los demás materiales según las normas sobre disposición de residuos.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
10	Lavar las manos	Teniendo en cuenta los 11 pasos de la técnica de lavado de manos según la OMS.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap

INFORMACIÓN IMPORTANTE

10 correctos para la administración de medicamentos

1. **Paciente Correcto:** Se verifican los datos personales (nombre completo, número de identificación)
2. **Medicamento correcto:** Se reconoce y confirma el principio activo del fármaco, basándose en el nombre genérico o denominación común internacional de acuerdo con la normatividad, además de la forma farmacéutica requerida. **Nota:** si hay duda respecto al medicamento, se debe realizar la correspondiente aclaración con el médico tratante, la enfermera supervisora o con el servicio de farmacia. Si son fórmulas magistrales, unidosis o mezclas, se debe hacer la correcta verificación de los rótulos.
3. **Dosis correcta:** Es la cantidad de medicamento que se administra para que el principio activo en concentraciones plasmáticas cumpla el efecto esperado. **Nota:** si hay duda respecto a las dosis del medicamento, se debe realizar la correspondiente aclaración con el médico tratante, la enfermera supervisora o con el servicio de farmacia.
4. **Vía correcta:** Se trata de reconocer la vía de administración y de determinar que la forma farmacéutica corresponda a la indicada según fabricante.

	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	PREPARACIÓN Y DILUCIÓN DE MEDICAMENTOS	VERSIÓN	02

5. **Hora correcta:** Hace referencia al intervalo de tiempo en el cual se garantizan las concentraciones plasmáticas que genera el efecto terapéutico esperado.
6. **Verificación de antecedentes farmacológicos:** Conocer los medicamentos que está recibiendo el paciente favorece la toma de decisiones objetivas respecto a la continuidad, modificación o suspensión de la terapéutica farmacológica instaurada con anterioridad, además de detectar el riesgo de reacciones adversas y de interacciones medicamentosas que aumentan con el número de fármacos administrados.
7. **Presencia de alergias:** Una reacción alérgica es una respuesta física desfavorable ante un efecto químico. Puede variar entre leve o grave, debe ser reportada al equipo de salud y es motivo para la anulación o suspensión de la alternativa terapéutica.
8. **Interacciones fármaco-fármaco, fármaco-alimento o fármaco-producto natural:** La administración simultánea de dos o más medicamentos puede ocasionar una interacción farmacológica y potenciar o disminuir la absorción o el efecto de un fármaco. Es imprescindible valorar la presencia de polifarmacia y comorbilidades presentes en la persona que propician la ocurrencia de estas interacciones.
9. **Educación- información al paciente, familia o cuidador:** Informar al paciente y a su familia sobre los aspectos relacionados con el medicamento, mejora la adherencia al tratamiento y en consecuencia el efecto terapéutico esperado.
10. **Registro:** Es la consignación de la ejecución del acto seguro en la administración de medicamentos en los formatos o historias clínicas y la notificación adicional del reporte de eventos asociados al uso de medicamentos en los programas de fármaco-vigilancia.

DOCUMENTOS ASOCIADOS

- PD Administración de medicamentos endovenosos
- PR administración de medicamentos
- Consentimiento informado administración de medicamentos parentelas

BIBLIOGRAFIA

1. Dosificación/Dilución de medicamentos. Dewey University. Disponible en: <https://dewey.edu/wp-content/uploads/2015/06/Dosificacio%CC%81nDilucio%CC%81n-de-medicamentos.pdf>
2. DILUCION DE MEDICAMENTOS. Compañía calidad y cuidado en salud S.A.S. Disponible en: https://www.compcasalud.com/wp-content/uploads/dilucion_de_medicamentos.pdf
3. Manual de preparación y administración de medicamentos inyectables utilizados en el hospital clínico universidad de Chile. Disponible en: [file:///C:/Users/jenni/Downloads/Manual%20de%20Preparacion%20y%20administracion%20de%20medicamentos%20inyectables%20utilizados%20en%20el%20Hospital%20Clinico%20Universidad%20de%20Chile%202007%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/jenni/Downloads/Manual%20de%20Preparacion%20y%20administracion%20de%20medicamentos%20inyectables%20utilizados%20en%20el%20Hospital%20Clinico%20Universidad%20de%20Chile%202007%20(1).pdf)

ELABORADO POR


REVISADO POR


APROBADO POR

	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	PREPARACIÓN Y DILUCIÓN DE MEDICAMENTOS	VERSIÓN	02

<p>Jennifer Celena Colmenares Suarez Pasante de enfermería Universidad Francisco de Paula Santander 2023</p>	<p>Nombre y Cargo: Nombre de la persona que reviso Cargo de la persona Fecha: 24 de Julio 2020</p>	<p>Nombre y Cargo: Nombre de la persona que aprobó Cargo de la persona Fecha: 30 de Julio 2020</p>
--	---	---

8.2.5.2.39. Procedimiento retiro de suturas (diseño)

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>		PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-AI-01
		PROCEDIMIENTO	RETIRO DE PUNTOS	VERSIÓN	01
OBJETIVO	Establecer los lineamientos estandarizados en la E.S.E Hospital Local del Municipio de Los Patios que permita brindar una atención adecuada al realizar el procedimiento de retiro de suturas.				
POBLACION OBJETO	Todos los usuarios que requieran el procedimiento de retiro de puntos.				
ALCANCE	Aplica para todo el servicio de atención inmediata y consulta externa realizado en la ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO DE LOS PATIOS bajo condiciones de estricta asepsia y antisepsia.				
LIMITES	No incluye otros procedimientos solamente los lineamientos para el retiro de puntos				
ÁMBITO DE LA APLICACIÓN	Aplica a todo paciente de la ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO DE LOS PATIOS que por su estado de salud requieran por parte del servicio de enfermería la realización del procedimiento de retiro de suturas				
RESPONSABLE	Enfermeras profesionales, Auxiliares de enfermería.				
TALENTO HUMANO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Enfermeras ✓ Auxiliares de enfermería 				
LÍDER	Enfermería				
ENFOQUE DE RIESGO	Individual, Biológico, Psicosocial.				
ENFOQUE DIFERENCIAL	<p>La atención de los usuarios que brinda la E.S.E. Hospital local del municipio de Los Patios orienta la atención de una forma humanizada, con calidad y con enfoque diferencial, siendo estos algunos de los grupos identificados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Orientación ✓ Etnia ✓ Mujeres gestantes en proceso de parto. ✓ Víctimas del conflicto armado ✓ Víctimas de violencia sexual ✓ Víctimas de cualquier forma de violencia por género. ✓ Desplazados. ✓ Personas en condición de discapacidad (todos los tipos de discapacidad) ✓ Otros. 				
MATERIALES E INSUMOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Guantes estériles o de manejo ✓ Gasas estériles ✓ Solución salina ✓ Solución antiséptica ✓ Pinzas de disección sin dientes ✓ Tijeras de punta recta o de punta curva 				

	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-AI-01
	PROCEDIMIENTO	RETIRO DE PUNTOS	VERSIÓN	01

	✓ Hoja bistrú N.º 11 o 12		
JUSTIFICACIÓN	Es necesario identificar de forma clara todos los elementos y pasos del procedimiento para el retiro de suturas garantizando una atención ideal con calidad y humanización, que propenda por la disminución de cualquier acción insegura o imprevisto que pueda afectar la integridad del usuario.		
DEFINICIONES	ANTISÉPTICO	Son sustancias antimicrobianas que se aplican a un tejido vivo o sobre la piel para reducir la posibilidad de infección, sepsis o putrefacción. En general, deben distinguirse de los antibióticos que destruyen microorganismos en el cuerpo, y de los desinfectantes, que destruyen microorganismos existentes en objetos no vivos. Algunos antisépticos son auténticos gemicidas, capaces de destruir microbios (bactericidas), mientras que otros son bacteriostáticos y solamente previenen o inhiben su crecimiento.	
	DEHISCENCIA	Se denomina dehiscencia en el ámbito sanitario a la abertura espontánea de una zona suturada (o zona con "puntos") de una herida quirúrgica, quedando de nuevo los bordes de dicha herida separados sin cumplirse el propósito de la sutura. Puede ser debido a una formación deficiente de la cicatriz (falta de colágeno), y al haber un aumento de presión puede provocar dicha abertura.	
	HIPOALÉRGICO	Es aquella característica dada por algún material que nos ayuda a disminuir el riesgo de provocar un síntoma alérgico o una reacción alérgica al producto adquirido.	

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. Este será el único instructivo documentado que servirá de guía para el procedimiento de retiro de suturas que utilizará el talento humano en salud que quiera realizar dicho procedimiento.
2. La atención se hará de forma informada y consentida por el paciente/usuario y su familia.
3. Se brindará un trato respetuoso, con calidad y humanizado a todos los usuarios, pacientes, familias, comunidades, grupo y sociedad que interactúe con cualquier área o funcionario de la institución.
4. El paciente deberá comprender, aceptar y firmar el consentimiento informado
5. El personal que va a realizar el procedimiento debe diligenciar sus datos dentro del consentimiento informado
6. Si el paciente no acepta, o se niega a firmar el consentimiento informado o a dar su autorización y colocar la huella del índice derecho (para aquellas personas analfabetas) no se podrá ejecutar el procedimiento.
7. Para personas en condición de discapacidad, personas menores de 18 años, o personas que por su estado clínico no puedan dar, comprender o firmar el consentimiento informado, lo realizará el representante legal u acompañante

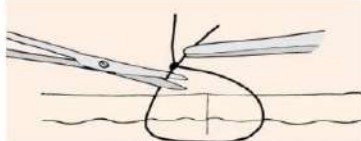
NORMATIVIDAD

- ✓ Resolución 3100 de 2019

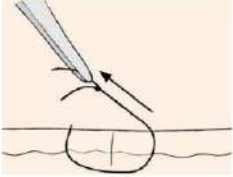
 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-AI-01
	PROCEDIMIENTO	RETIRO DE PUNTOS	VERSIÓN	01

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO					
Nº	ACTIVIDAD/TAREA	DESCRIPCIÓN	PUNTO CONTROL	RESPONSABLE	REGISTRO
1	Indicación medica	Revisar la orden médica para el retiro de la sutura, verificar si cumple: -tiempo -cicatrización	Enfermera profesional	Medico	Sistema Kubap
2	Solicitar consentimiento informado	Solicitar al paciente el consentimiento informado para realizar el procedimiento, el cual debe ser firmado por el paciente, una vez se le haya leído y explicado de forma clara y sencilla el procedimiento a realizar, así como los riesgos y beneficios asociados al mismo.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería	Sistema Kubap
3	Prepare el equipo necesario para la realización del procedimiento	Alistar el equipo necesario para realizar el procedimiento, evitando pérdida de tiempo y aumentando la seguridad en el paciente.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
4	Realizar lavado de manos	Teniendo en cuenta los 11 pasos de la técnica de lavado de manos según la OMS.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
5	Postura de EPP	1. Uso de gorros quirúrgicos y tapabocas por protocolo. 2. Guantes limpios o de manejo	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
6	Colocar al paciente en posición y prepararlo para el procedimiento	Colocar al paciente en posición cómoda que facilite el desarrollo del procedimiento dependiendo del tipo de suturo y su localización.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien	Sistema Kubap

	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-AI-01
	PROCEDIMIENTO	RETIRO DE PUNTOS	VERSIÓN	01

				realice el procedimiento)	
7	Procedimiento	<p>La técnica de retirada de los puntos es una técnica simple, pero debemos tener en cuenta los siguientes aspectos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Desinfección de la piel con antiséptico. 2. Cortar el hilo con tijeras o bisturí estériles, lo más cerca posible de la piel, para evitar que el tramo del hilo que ha estado fuera de la piel, no haga ahora un recorrido interno y provoque contaminación. Se facilita esta operación mediante la tracción del hilo con unas pinzas sin dientes.  <ol style="list-style-type: none"> 3. Tractionar del hilo de sutura hacia el lado de la herida donde se cortó éste, para evitar abrir los bordes de la herida por la tracción. 4. Estirar con la pinza ligeramente, conteniendo la piel al retirar el punto y evitar así dehiscencias. 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap

	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-AI-01
	PROCEDIMIENTO	RETIRO DE PUNTOS	VERSIÓN	01


					
		<p>5. Desinfección de la piel con antiséptico</p> <p>6. Colocar tiras adhesivas (micropore) si es necesario reforzar la herida durante los primeros días tras la retirada de puntos.</p> <p>Para la extracción de sutura continua</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En la sutura intradérmica (o de colchonero) se corta el hilo por debajo del nudo distal y se tracciona con la pinza desde el extremo proximal, hasta la total extracción del hilo de sutura ▪ En la sutura externa se corta el hilo por debajo del nudo y con la pinza se va tirando de la sutura y cortando el hilo con la lanceta punto por punto. <p>Para la extracción de sutura interrumpida</p> <p>1. Se coge el nudo con unas pinzas tirando ligeramente y se corta la sutura por debajo del nudo tan cerca de la piel como sea posible, para evitar que el material que está en contacto con bacterias de la flora</p>			

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-AI-01
	PROCEDIMIENTO	RETIRO DE PUNTOS	VERSIÓN	01

		<p>cutánea entre en contacto con el interior de la piel del paciente.</p> <p>2. Con la pinza se hace tracción hasta su total retirada</p> <p>3. Desechar la sutura con precaución de no contaminar la punta de la pinza, lanceta ó bisturí</p> <p>4. Retirar primero las suturas alteras, valorando la herida en busca de dehiscencias; en caso de no encontrar nada, retirar los puntos restantes ese mismo día o al siguiente.</p>			
8	Educación en salud	<p>Informar al usuario y/o familia sobre los cuidados posteriores al procedimiento, así como posible aparición de signos y síntomas antes los que debe acudir a consulta médica.</p>	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
9	Registro clínico del procedimiento	<p>Registrar todos los procesos realizados en el formato de registro diario de actividades de enfermería y en caso de requerirse, concertar cita para revisión de la cicatriz.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Día y hora en que quitó la sutura. ▪ Aspecto de la herida antes y después de la técnica. ▪ Si quitó todos los puntos de la sutura o dejó algunos. 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap

DOCUMENTOS ASOCIADOS

Consentimiento informado para el retiro de suturas.
Historia clínica

	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-AI-01
	PROCEDIMIENTO	RETIRO DE PUNTOS	VERSIÓN	01

INFORMACIÓN A TENER EN CUENTA

1. TIEMPO MINIMO ACONSEJADO DE PERMANENCIA DE LAS SUTURAS

Localización de la herida	Niños	Adultos	Ancianos
Cara	3 días	5 días	7 días
Cuello	5 días	7 días	8 días
Cuero cabelludo	6 días	8 días	9-10 días
Tórax y abdomen	7 días	9 días	12 días
Espalda y nalgas	8-9 días	12 días	15 días
Miembros superiores	10 días	12 días	14 días
Muslos	10 días	12 días	14 días
Piernas, plantas y palmas	12 días	15 días	21 días

2. PRECAUCIONES

- Mantener la privacidad del paciente.
- Observar cicatrización de la herida, referir a médico si es necesario.
- El periodo de tiempo desde la sutura hasta su retirada será normalmente de 7 días (variando según la localización de la herida y del tipo de sutura: en la cara 5 días, en espalda 10 días).

3. COMPLICACIONES Y RECOMENDACIONES

- ✓ Este procedimiento ha de seguirse con máxima asepsia, utilizando un lavado de manos con antiséptico. Se avisará al médico si se observan signos de infección. Respecto a las complicaciones más frecuentes, éstas incluyen:
 - Dehiscencia de la herida (apertura espontánea y no esperada de una herida).


 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>MANI/Corazón de Todos</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-AI-01
	PROCEDIMIENTO	RETIRO DE PUNTOS	VERSIÓN	01


<ul style="list-style-type: none"> - Seroma, se trata de una mala cicatrización de la parte profunda de la herida y la formación de una cápsula de líquido debajo de esta. ✓ Es conveniente vigilar la sutura para la prevención de complicaciones. Para ello, es aconsejable aplicar en la línea de sutura varias tiras adhesivas, si se sospecha riesgo de dehiscencia. <p>4. EDUCACIÓN A LOS USUARIOS Y/O FAMILIA</p> <p>Se deben enseñar medidas higiénicas adecuadas para proteger la cicatriz durante el baño o la ducha si esta, por sus características, no debe mojarse, la forma de cambiar el apósito y las medidas de asepsia a utilizar, los signos y síntomas que indican infección u otra complicación de la cicatriz y las medidas de foto protección en la cicatriz.</p>
--

BIBLIOGRAFÍA
1. MEDINA, S. H. (02 de agosto de 2018). esehospitalmedina.gov.co/. Obtenido de esehospitalmedina.gov.co/: https://www.google.com.co/search?q=protocolo+de+retiro+de+puntos&og=protocolo+de+retiro+de+puntos&ags=chrome..69i57j0l2.5663j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF8
2. RETIRADA DE SUTURAS Y/O AGRAFES, MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA. http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/farchivos/Retirada%20de%20suturas%20y%20o%20agrafes.pdf

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Jennifer Celena Colmenares Suarez Estudiante de enfermería UFPS		

8.2.5.2.40. Procedimiento Sonda nasogástrica (diseñado)


 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>		PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
		PROCEDIMIENTO	SONDA NASOGASTRICA	VERSIÓN	02
OBJETIVO	Estandarizar los lineamientos para la realización del procedimiento de paso de sonda nasogástrica en la E.S.E Hospital Local del Municipio de Los Patios que permita brindar una atención adecuada, segura y con calidad.				
POBLACION OBJETO	Este procedimiento es de aplicación a todos los usuarios de la ESE HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO DE LOS PATIOS que precisen inserción, cuidados y/o retirada de una sonda nasogástrica.				
ALCANCE	Este procedimiento orientará al profesional y/ o auxiliar de enfermería en la forma correcta y eficaz de realizar el paso de sonda nasogástrica en los servicios de hospitalización y urgencias del Hospital Local Municipio de Los Patios.				
LIMITES	No incluye otros procedimientos solo los lineamientos para el paso de sonda nasogástrica.				
ÁMBITO DE LA APLICACIÓN	Aplica para la E.S.E. Hospital Local del Municipio de Los Patios.				
RESPONSABLE	Enfermería				
TALENTO HUMANO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Enfermero ✓ Auxiliar de enfermería. 				
LÍDER	Talento humano en salud que realiza el procedimiento.				
ENFOQUE DE RIESGO	Individual, Biológico, Psicosocial, Conductual				
ENFOQUE DIFERENCIAL	<p>La atención de los usuarios que brinda la E.S.E. Hospital local del municipio de Los Patios orienta la atención de una forma humanizada, con calidad y con enfoque diferencial, siendo estos algunos de los grupos identificados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Genero ✓ Orientación ✓ Etnia ✓ Por ciclo vital: neonatos, infancia, adolescencia, joven, adulto, adulto mayor. ✓ Víctimas del conflicto armado ✓ Víctimas de violencia sexual ✓ Víctimas de cualquier forma de violencia por género. ✓ Desplazados. ✓ Personas en condición de discapacidad (todos los tipos de discapacidad) ✓ Otros. 				
MATERIALES E INSUMOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Toallas de papel ✓ Guantes desechables limpios ✓ Sonda nasogástrica Levin. ✓ Calibre según edad del paciente e indicación de manejo (6-8-10-12- 14-16-18) ✓ Cubeta o rifonera ✓ Bandeja 				

	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	SONDA NASOGASTRICA	VERSIÓN	02

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Microporo ✓ Fonendoscopio ✓ Recipiente con agua ✓ Solución salina 0.9% ✓ Jeringa de 20 cc ✓ Tijeras ✓ Bolsas para desechos (roja- verde) ✓ Equipo para drenaje o toma de muestras (según el objetivo del paso de la sonda) 	
JUSTIFICACION	Es necesario identificar de forma clara todos los elementos y pasos del procedimiento para el paso de sonda nasogástrica con el fin de garantizar una atención ideal con calidad y humanización, que propenda por la disminución de cualquier acción insegura o imprevisto que pueda afectar la integridad del usuario.	
DEFINICIONES	Broncoaspiración	Entrada patológica en el árbol traqueobronquial de una materia o sustancia ajena a la vía aérea (sangre, agua, contenido gástrico, secreción oronasal, etc.), con las correspondientes consecuencias: trastornos de la respiración y de la hematosis, infección broncopulmonar, ocupación bronquial, neumonía, atelectasia, etc
	pH	Variable que caracteriza la acidez o basicidad de una disolución. Corresponde al cologaritmo de la concentración molar del ion hidrógeno disuelto y habitualmente se mide en una escala de 0 a 14. El valor 7, que corresponde el agua puro, significa una disolución neutra (la sangre tiene un valor ligeramente superior a 7). Valores inferiores a 7 corresponden a disoluciones ácidas, y los superiores a 7 a disoluciones básicas o alcalina

POLITICAS DE OPERACIÓN

1. Este será el único instructivo documentado que servirá de guía para el procedimiento de venopunción que utilizará el talento humano en salud que quiera realizar dicho procedimiento.
2. La atención se hará de forma informada y consentida por el paciente/usuario y su familia.
3. Se brindará un trato respetuoso, con calidad y humanizado a todos los usuarios, pacientes, familias, comunidades, grupo y sociedad que interactúe con cualquier área o funcionario de la institución.
4. El paciente deberá comprender, aceptar t firmar el consentimiento informado
5. El personal que va a realizar el procedimiento debe diligenciar sus datos dentro del consentimiento informado
6. Si el paciente no acepta, o se niega a firmar el consentimiento informado o a dar su autorización y colocar la huella del índice derecho (para aquellas personas analfabetas) no se podrá ejecutar el procedimiento.
7. Para personas en condición de discapacidad, personas menores de 18 años, o personas que por su estado clínico no puedan dar, comprender o firmar el consentimiento informado, lo realizara el representante legal u acompañante


	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	SONDA NASOGASTRICA	VERSIÓN	02


NORMATIVIDAD

- Resolución 3100 de 2019: Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud


DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO


N°	ACTIVIDAD/TAREA	DESCRIPCIÓN	PUNTO CONTROL	RESPONSABLE	REGISTRO
1	Solicitar consentimiento informado	Informar al paciente y/o al cuidador principal del procedimiento que se le va a realizar y solicitarle su colaboración, a ser posible, recalando su utilidad, usar un lenguaje comprensible y resolver sus dudas y temores. En el caso de pacientes pediátricos explicarles el procedimiento a los padres. Solicitar el consentimiento informado	Enfermera profesional	Talento humano en salud que realiza el procedimiento (enfermera profesional-auxiliar de enfermería)	Sistema Kubap
2	Prepare el equipo necesario para la realización del procedimiento	Alistar el equipo necesario para realizar el procedimiento, evitando pérdida de tiempo y aumentando la seguridad en el paciente.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
3	Realizar lavado de manos	Teniendo en cuenta los 11 pasos de la técnica de lavado de manos según la OMS.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
4	Postura de EPP	- Uso de gorros quirúrgicos y tapabocas por protocolo. - Guantes limpios o de manejo	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>		PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
		PROCEDIMIENTO	SONDA NASOGASTRICA	VERSIÓN	02
6	Colocar al paciente en posición y prepararlo para el procedimiento	Colocar el paciente en posición idónea: idealmente sentado en posición vertical con la cabeza apoyada en almohadas; cuando no se pueda lograr una posición erguida, coloque al paciente lo más erguido posible o acuéstelo de lado con la cabeza bien apoyada en almohadas.			
6	Procedimiento	<ol style="list-style-type: none"> Comprobar la permeabilidad de las fosas nasales para poder identificar las obstrucciones que pueden impedir la intubación <ul style="list-style-type: none"> Si el paciente está consciente pedirle que se suene, examinar los orificios nasales para comprobar su permeabilidad. Explicarle que respire alternativamente por cada uno de los orificios mientras bloquea el contralateral. Escogeremos el orificio por lo que respire mejor. Observaremos si existe alguna desviación del tabique nasal. En cuyo caso elegiremos el orificio nasal contrario del lado desviado. Comprobar que la SNG esté en perfectas condiciones de uso (que no esté rota, defectuosa y que sea permeable). Medir la longitud de la sonda que se va a introducir: desde la punta de la nariz al lóbulo de la oreja y al apéndice xifoideo. Marcar la sonda con rotulador permanente Lubricar la parte exterior de la SNG según las instrucciones del fabricante 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap

	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	SONDA NASOGASTRICA	VERSIÓN	02

	<p>5. Reclinar la cabeza del paciente ligeramente hacia atrás.</p> <p>6. Introducir suavemente la sonda a través de la fosa nasal elegida, deslizándola hacia atrás y hacia dentro a lo largo del piso de la nariz hasta la nasofaringe. Si aparecen náuseas retiraremos la sonda unos centímetros, esperaremos a que se recupere y seguiremos introduciendo la sonda. A medida que el tubo desciende hacia la nasofaringe, a menos que esté contraindicada la deglución, pedir al paciente que comience a tragar.</p> <p>7. Colocar la cabeza de la paciente ligeramente inclinada hacia delante tras pasar la nasofaringe.</p> <p>8. Introducir la sonda suavemente con movimientos rotatorios hasta llegar al punto marcado. En los pacientes adultos y conscientes, facilitar el procedimiento solicitándole que respire por la boca y degluta durante la técnica. En los niños, aprovechar las inspiraciones durante el llanto para hacer progresar la sonda.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interrumpir la maniobra y retirar la sonda unos centímetros si encontramos resistencia, el paciente tose, se ahoga, si se pone cianótico, o si la sonda se envuelve sobre sí misma, quedando en la boca. Tras unos minutos de descanso continuar con la introducción hasta la marca señalada. 			
--	--	--	--	--


		PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
		PROCEDIMIENTO	SONDA NASOGASTRICA	VERSIÓN	02
7	Compruebe la correcta ubicación de la sonda	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando la marca hecha en la sonda llegue a la nariz, la sonda debe estar situada en el estómago. Para comprobar que está bien colocada, si no ha salido jugo gástrico de forma espontánea, aspiremos con una jeringa para obtenerlo. • También se pueden introducir 20 ml de aire al mismo tiempo que colocamos el fonendoscopio en el epigastrio; debe oírse un gorgoteo. Por último, se puede realizar una placa de control. 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
8	Fije la sonda	<ul style="list-style-type: none"> • Fijar la sonda con un sistema de fijación adecuado y cuidando de dejar la marca de medición visible. • Tirar suavemente de ella para comprobar que no se desplaza. No interceptar el campo visual. • Según la finalidad del sondaje, conectar la bolsa colectora al equipo de alimentación o de aspiración, o bien cerrar con el tapón. • Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada. 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap
9	Cuidados de la sonda	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobar la posición correcta de la sonda (verificar la marca de la medición y/o medir la longitud externa de la sonda y comprobar coincidencia con lo registrado en la historia clínica) cada 24 horas y en si la sonda se manipula. • Cambiar diariamente el punto de fijación en la nariz y rotar la sonda para evitar lesiones tanto en la fosa nasal como en la mucosa gástrica, extrayendo la sonda con movimientos rotatorios unos 2-3 cm 	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap

	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	SONDA NASOGASTRICA	VERSIÓN	02

		<p>e introducirla nuevamente hasta la marca señalada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener la permeabilidad de la sonda: • Lavar la sonda como mínimo con 30-50 ml de agua: <ul style="list-style-type: none"> - Después de la administración de un bolo de alimentación enteral - Antes y después de la administración de fármacos - No mezclar nunca la medicación con los alimentos; no mezclar nunca en la jeringa varios medicamentos; pasar 20-30 ml de agua después de cada medicamento. • Lavar por fuera diariamente con agua tibia y limpiar cualquier resto que quedara adherido a la parte externa de la sonda. • Cambiar periódicamente la sonda en función del material empleado, siguiendo las indicaciones del fabricante 			
10	Registros clínicos	Se deberá anotar la realización de la técnica (día, hora, tipo de sonda y calibre, pH del aspirado, longitud externa de la sonda y fecha probable de cambio, número de intentos), registro de los cuidados de la SNG y de las complicaciones en el caso de presentarse.	Enfermera profesional	Auxiliar de enfermería - profesional de enfermería (quien realice el procedimiento)	Sistema Kubap

DOCUMENTOS ASOCIADOS

Formato Notas de enfermería
Consentimiento informado paso de sonda nasogástrica.


	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PD-XX-YY
	PROCEDIMIENTO	SONDA NASOGASTRICA	VERSIÓN	02

BIBLIOGRAFIA

1. Álvarez P., De la Concepción MP., Fariñas B., González C., Pardo I. Procedimiento de colocación y cuidados de la sonda nasogástrica. 2021. Disponible en: https://libreria.xunta.gal/sites/default/files/downloads/publicacion/cas_sng_revisado_pl.pdf
2. Angélica H. González Muñoz. Facultad de medicina. Técnica de Colocación de Sonda nasogástrica. 2020. Disponible en: <https://cirugia.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2020/10/Documento-T%C3%A9cnica-de-Sonda-Nasog%C3%A1strica-.pdf>
3. Ocronos Revista médica. Abordaje de Enfermería: colocación de un sondaje nasogástrico (SNG). Ocronos - Editorial Científico-Técnica [Internet]. 2021 [citado el 10 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://revistamedica.com/colocacion-sondaje-nasogastrico/>


ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Jennifer Celena Colmenares Suarez Pasante de enfermería Universidad Francisco de Paula Santander 2023	Nombre y Cargo: Nombre de la persona que reviso Cargo de la persona Fecha: 24 de Julio 2020	Nombre y Cargo: Nombre de la persona que aprobó Cargo de la persona Fecha: 30 de Julio 2020

8.2.5.2.41. kit de derrames (diseñado)

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	FARMACIA	CÓDIGO
	FORMATO	LISTA DE CHEQUEO DEL KIT DE DERRAMES	VERSIÓN
			02

IPS	FECHA
------------	--------------

ITEM	CANTIDAD	REGISTRO INVIMA	FECHA DE VENCIMIENTO	LOTE	EXISTENCIA ACTUAL	FECHA VERIFICACION
HIPOCLORITO DE SODIO 13%	1 LT					
GUANTES DE CAUCHO CALIBRE 35	2 PARES					
GUANTES DE NITRILO	2 PARES					
GORRO DESECHABLE	2					
TAPABOCAS	2					
ESCARPINES DESECHABLES	2					
GAFAS PROTECTORAS	1					
BATA DESECHABLE ANTIFLUIDOS	1					
CINTA DE SEÑALIZACIÓN: PARA DELIMITAR EL AREA DEL DERRAME	1					
BOLSA ROJA CONTRAMARCADA CON RIESGO BIOLÓGICO	1					
RECOGEDOR	1					
PALA PLASTICA: RECOGEDOR DE RESIDUOS	1					
TRAPERO	1					
ESCOBA	1					


 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>Con el Amor y Corazón de Todos</i>	PROCESO	FARMACIA	CÓDIGO	
	FORMATO	LISTA DE CHEQUEO DEL KIT DE DERRAMES	VERSIÓN	02

PAÑOS ABSORBENTES	2					
TOALLAS DESECHABLES	1 PACK					
AVISO DE PRECAUCIÓN: PISO MOJADO	1					

DILIGENCIADO POR	
NOMBRE	
CARGO	
FECHA	

SUPERVISADO POR	
NOMBRE	
CARGO	
FECHA	

8.2.5.2.42. Formato de confidencialidad (diseñado)

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	FT-XX-YY
	FORMATO	ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD	VERSIÓN	01

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD, PRIVACIDAD Y PROTECCIÓN DE LOS DATOS

Yo, _____
 identificado(a) con cédula de ciudadanía No. _____ expedida en
 _____, en mi condición de _____ (Cargo que
 desempeña), vinculado al área _____ de la ESE Hospital Local
 Municipio de Los Patios entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos
 y deberes, relacionados con la confidencialidad, privacidad y protección en el uso de la
 información y datos personales de los usuarios:

- ✓ El Hospital requiere la autorización previa, informada y expresa del titular, la cual será obtenida por medios escritos bien sea físicos o electrónicos, de tal manera que pueda ser objeto de consulta posterior.
- ✓ Al solicitar la información al Titular se debe informar de manera clara la finalidad para la cual se recaudan los datos personales y clínicos, el tratamiento al cual pueden ser sometidos, sus derechos y los medios a través de los cuales puede ejercerlos y la facultad de autorizar o no el tratamiento en caso de datos sensibles.
- ✓ La autorización para el tratamiento de los datos personales de menores de edad debe realizarse bajo la facultad de los padres de familia o representantes legales del menor.
- ✓ El Titular tendrá derecho a conocer rectificar y actualizar sus datos personales.
- ✓ El Titular debe garantizar la veracidad de la información que proporciona al Hospital y actualizar su información de manera oportuna. En caso de falsedad en la información suministrada, el Hospital se exime de cualquier responsabilidad.
- ✓ No revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, recolectar, almacenar, o replicar la información dada a conocer por el Hospital Local Municipio de los Patios, inclusive después de finalizada su vinculación o culminado el tratamiento de información realizado en ejercicio de las labores encomendadas, de conformidad con el Principio de Confidencialidad
- ✓ Cuando se esté brindando atención a un usuario, se debe solicitar permiso para el acceso de otras personas al consultorio o habitación si está hospitalizado
- ✓ La atención a los usuarios debe realizarse en los consultorios o áreas definidas para ello.
- ✓ Anonimizar los datos personales de los titulares siempre que estos sean de carácter semiprivados, privados o sensibles, así como los datos de los niños, niñas y adolescentes de cualquier tipo.

Nuestros colaboradores externos deben procurar:

- ✓ Hacer uso adecuado de la infraestructura y tecnología dispuesta para el manejo de la información.
- ✓ Respetar las disposiciones relacionadas con seguridad de la información.

	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	FT-XX-YY
	FORMATO	ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD	VERSIÓN	01

- ✓ Respetar restricciones de acceso definidas en los diferentes procesos de manejo de la información.
- ✓ Informar a las autoridades internas del Hospital, cuando se sospeche o se tenga conocimiento de hechos que pongan en riesgo la seguridad de la información.

En consecuencia de lo anterior se firma a los _____ () días del mes de _____ del _____.

Nombre: _____

No. De Identificación: _____

Cargo: _____

Dependencia: _____



Huella

8.2.5.2.43. Plan de Contingencia de residuos Hospitalarios (diseñado)

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>IAMI/Corazón de Todos</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PR-XX-YY
	PLAN	PLAN DE CONTINGENCIA DE RESIDUOS HOSPITALARIOS	VERSIÓN	01

**PLAN DE CONTINGENCIA DE RESIDUOS
HOSPITALARIOS**



HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO *IAMI/Corazón de Todos*

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>Con Amor/Concilio de Todos</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PR-XX-YY
	PLAN	PLAN DE CONTINGENCIA DE RESIDUOS HOSPITALARIOS	VERSIÓN	01

1. INTRODUCCIÓN

Los residuos sólidos hospitalarios constituyen uno de los principales aspectos a considerar en el ámbito hospitalario ya que su inadecuado manejo representa un riesgo para la salud debido a la potencial contaminación a la que están expuestos por el contacto con pacientes o diversos productos utilizados en la atención hospitalaria.

Es muy importante que el personal de la salud de la ESE Hospital Local Municipio de Los Patios tenga conocimientos y estén capacitados en el manejo adecuado de residuos sólidos hospitalarios, así mismo, que haya una guía documental establecida por la institución que oriente las acciones que se deben implementar institucionalmente para como respuesta a una eventualidad y/o emergencia.

El presente Plan de Contingencia que se desarrolla a continuación, establece las acciones que deberá seguir el Hospital Local Municipio de Los Patios, en caso de emergencias relacionadas con el Manejo de Residuos Sólidos, de modo tal que el personal se encuentre en capacidad de responder efectivamente frente a situaciones de emergencia. El Plan de Contingencia será objeto de revisiones y actualizaciones de acuerdo al desarrollo de las actividades, experiencias y otras disipaciones que se consideren importantes en la institución.

2. PROPOSITO

Establecer los lineamientos necesarios para realizar el manejo seguro y adecuado de los Residuos Hospitalarios que se generan en la ESE Hospital Local Municipio de Los Patios ante una situación de emergencia

3. OBJETIVOS

Mejorar la capacidad de respuesta del personal de la ESE Hospital Local Municipio de Los Patios ante emergencias, contingencias y siniestros relacionadas con la recolección y disposición final de los residuos hospitalarios.

4. ALCANCE

El plan de contingencia se establece con la finalidad de ser aplicado a todos los Residuos peligrosos generados por las actividades propias de la ESE Hospital Local Municipio de Los Patios los cuales tienen potencial de generar un riesgo ambiental.

5. NORMATIVIDAD

- **Decreto 2981 de 2013.** Por el cual se reglamenta la prestación del servicio público de aseo.
- **Decreto Único Reglamentario 780 de 2016.** Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social

	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PR-XX-YY
	PLAN	PLAN DE CONTINGENCIA DE RESIDUOS HOSPITALARIOS	VERSIÓN	01

- **Resolución número 0154 de 2014**, por la cual se adoptan los lineamientos para la formulación de los Planes de Emergencia y Contingencia para el manejo de desastres y emergencias asociados a la prestación de los servicios públicos domiciliarios de acueducto, alcantarillado y aseo y se dictan otras disposiciones.
- **Resolución 3100 de 2019**, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud.

6. DEFINICIONES

Atención en Salud. Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

Bioseguridad. Es el conjunto de medidas preventivas que tienen por objeto minimizar el factor de riesgo que pueda llegar a afectar la salud humana y el ambiente.

Generador. Es toda persona natural o jurídica, pública o privada que produce o genera residuos en el desarrollo de las actividades contempladas en el Artículo 2.8.10.2 del Decreto 780 de 2016.

Gestor o receptor de Residuos Peligrosos. Persona natural o jurídica que presta los servicios de recolección, almacenamiento, transporte, tratamiento, aprovechamiento y/o disposición final de residuos peligrosos, dentro del marco de la gestión integral y cumpliendo con los requerimientos de la normatividad vigente.

Recolección. Es la acción consistente en retirar los residuos del lugar de almacenamiento ubicado en las instalaciones del generador para su transporte.

Residuo o desecho. Es cualquier objeto, material, sustancia, elemento o producto que se encuentra en estado sólido o semisólido, o es un líquido o gas contenido en recipientes o depósitos, cuyo generador descarta, rechaza o entrega porque sus propiedades no permiten usarlo nuevamente en la actividad que lo generó o porque la legislación o la normatividad vigente así lo estipula.

Residuo peligroso. Es aquel residuo o desecho que, por sus características corrosivas, reactivas, explosivas, tóxicas, inflamables, infecciosas o radiactivas, puede causar riesgos o efectos no deseados, directos e indirectos, a la salud humana y el ambiente. Así mismo, se consideran residuos peligrosos los empaques, envases y embalajes que estuvieron en contacto con ellos.

Tratamiento de residuos peligrosos. Es el conjunto de operaciones, procesos o técnicas mediante el cual se modifican las características de los residuos o desechos

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PR-XX-YY
	PLAN	PLAN DE CONTINGENCIA DE RESIDUOS HOSPITALARIOS	VERSIÓN	01

peligrosos, teniendo en cuenta el riesgo y grado de peligrosidad de los mismos, para incrementar sus posibilidades de aprovechamiento y/o valorización o para minimizar los riesgos para la salud humana y el ambiente.

Almacenamiento. Es el depósito temporal de residuos o desechos peligrosos en un espacio físico definido y por un tiempo determinado con carácter previo a su aprovechamiento y/o valorización, tratamiento y/o disposición final.

Unidad de Almacenamiento central. Es el área definida y cerrada, en la que se ubican los contenedores o similares para que el generador almacene temporalmente los residuos, mientras son presentadas al transportador.

Disposición final. Es el proceso de aislar y confinar los residuos o desechos peligrosos, en especial los no aprovechables, en lugares especialmente seleccionados, diseñados y debidamente autorizados, para evitar la contaminación y los daños o riesgos a la salud humana y al ambiente.

7. POBLACION OBJETO

Personal de la ESE Hospital Local Municipio de los patios con vinculo contractual vigente.

8. TALENTO HUMANO

- ✓ Alta gerencia
- ✓ Subdirección administrativa
- ✓ Líder de gestión ambiental
- ✓ Líder seguridad y salud en el trabajo

9. CONDICIONES DEL ALMACEN CENTRAL

El Hospital Local Municipio de Los Patios cuenta con un lugar adecuado, reuniendo las condiciones necesarias para el almacenamiento de los residuos hospitalarios, tales como:

- ✓ Alejado de zonas transitadas por los usuarios, de fuentes de captación de agua potable, y lejos de posibles fuentes externas de peligro.
- ✓ Ubicación de fácil acceso para el transporte y para situaciones de emergencia.
- ✓ Cada espacio cuente con suficiente iluminación y ventilación natural, las paredes y pisos facilitan los procedimientos de limpieza y desinfección.
- ✓ Punto de agua y drenajes.
- ✓ Energía eléctrica
- ✓ Rejillas de aislamiento para evitar el ingreso de vectores
- ✓ Esta dividido en 2: área de almacenamiento de residuos y área de residuos peligrosos el cual esta subdividido y señalizado de acuerdo al tipo de residuo (residuos biosanitarios, residuos peligrosos).

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PR-XX-YY
	PLAN	PLAN DE CONTINGENCIA DE RESIDUOS HOSPITALARIOS	VERSIÓN	01

- ✓ El acceso es restringido mediante candados con llave a cargo del personal responsable de la ruta sanitaria interna y con copias en custodia de mantenimiento y del personal de Seguridad



Imagen 1. Almacén central de residuos Hospital Local Municipio de Los Patios



Imagen 2. Almacén de residuos peligrosos Hospital Local Municipio de Los Patios

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PR-XX-YY
	PLAN	PLAN DE CONTINGENCIA DE RESIDUOS HOSPITALARIOS	VERSIÓN	01

10. CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO

El almacén central de la ESE Hospital Local Municipio de Los Patios tiene la capacidad de almacenar por 15 días máximo, los residuos hospitalarios en caso de emergencia o causas externas que impidan la recolección, transporte y disposición final de los mismos.

11. FRECUENCIA DE LA RECOLECCIÓN Y TRANSPORTE DE RESIDUOS

La frecuencia establecida para la recolección interna de residuos y transporte al cuarto de almacenamiento central es:

La frecuencia establecida para el transporte de residuos del cuarto de almacenamiento central a su disposición final es:

Empresa recolectora y encargada de la disposición final de los residuos.	Frecuencia de recolección	Hora de recolección
Actualmente, la ESE Hospital Local Municipio de los Patios cuenta con un contrato por prestación de servicios con la empresa Latinoamérica soluciones patógenas S.A.S E.S.P (LASPATH) para la recolección y disposición final de los residuos hospitalarios.	2 veces por semana: Martes y viernes	04:00 pm a 06:00 pm

12. DIRECTORIO DE CONTACTOS

Nombre: LATINOAMERICA SOLUCIONES PATOGENAS S.A.S E.S.P

Dirección: Avenida 6 # 12-39, Oficina 52 Centro, 540001 Cúcuta

Teléfono: (607) 5721770 **Cel:** 320 3962355

Correo: laspath2012@hotmail.com

Sitio web: <https://www.laspath.com/>

Nombre: Aseo Urbano de Los Patios S.A.S E.S. P NIT. 807006623-3

Dirección: Avenida 5 # 33-95 La Sabana, Los Patios.

Teléfono: +57 018000950096 / +57 607 5784888

Correo para Notificaciones Judiciales: aseo-cucuta.co@veolia.com

Correo de Servicio al Cliente: co.servicioalcliente.aseo.orient@veolia.com

Sitio web: <https://www.veolia.com.co/oriente/>

Nombre: Veolia Aseo Norte de Santander S.A.S E.S.P

Dirección: Avenida 4A # 8N-57 Zona Industrial

Teléfono: +57 018000950096 / +57 607 5784888

Correo para Notificaciones Judiciales: aseo-cucuta.co@veolia.com

Correo de Servicio al Cliente: co.servicioalcliente.aseo.orient@veolia.com

Sitio web: <https://www.veolia.com.co/oriente/>

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA ESPECIAL DE ASEO</small>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PR-XX-YY
	PLAN	PLAN DE CONTINGENCIA DE RESIDUOS HOSPITALARIOS	VERSIÓN	01

13. ENFOQUE DE RIESGO

Riesgo físico, químico y biológico.

14. CONTEXTO DEL PLAN Y ESCENARIO DE POSIBLE AFECTACIÓN

El Plan de contingencia contempla las medidas para situaciones de emergencia que afecten la prestación del servicio de recolección de la Empresa Especial de Aseo, tales como interrupción del servicio especial de recolección de residuos, problemas del servicio público de aseo, sismos, incendios, interrupción del suministro de agua o energía eléctrica, suspensión de actividades, alteración del orden público, entre otras, la ESE Hospital Local Municipio de Los Patios cuenta con un plan de contingencia hasta por siete días para el manejo de los residuos:

- ✓ **Residuos peligrosos de riesgo biológico – Biosanitarios.** Continuar con su almacenamiento hasta por siete (7) días adicionales, realizando inactivación diaria de los residuos, mediante aspersión superficial con el desinfectante institucional.
- ✓ **Residuos peligrosos de riesgo biológico – Cortopunzantes.** Se sellarán y se almacenarán en bolsa roja, hasta que se supere la emergencia.
- ✓ **Residuos no peligrosos – No aprovechables.** Se continuará con su manejo rutinario hasta que se restablezcan los servicios de recolección.
- ✓ **Residuos no peligrosos – Aprovechables.** Se continuará con su manejo rutinario hasta que se restablezcan los servicios de aprovechamiento, ya que estos no presentan riesgo para la salud, por ser material limpio.

15. SISTEMA DE COORDINACIÓN Y ATENCIÓN

Relacione aquí datos de responsables según prioridad del recurso humano y disponible para atender una emergencia en con la disposición final de los residuos hospitalarios

RESPONSABLES INSTITUCIONALES	PRIORIDAD	TEL. 1	DIRECCIÓN
LILIANA ELENA RODRIGUEZ Gerente ESE Hospital Local Municipio de los Patios	1	3158954489	CUCUTA
JUAN CARLOS FONSECA Subgerente ESE Hospital Local Municipio de los Patios	1	3002097745	barrio Kilometro 9- Los Patios

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL TELEESTUDIO</small> <i>IAPI/Consejo de Todos</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PR-XX-YY
	PLAN	PLAN DE CONTINGENCIA DE RESIDUOS HOSPITALARIOS	VERSIÓN	01

KATHERINE MONTERO SAMUNOZ Líder de infraestructura y Mantenimiento de la ESE Hospital Local Municipio de los Patios	1	3102288137	Vereda Corozal – Los Patios
JOSE GREGORIO ANTOLINES Técnico en el área de salud	1		
SGSST			
IGN. AMBIENTAL			
RESPONSABLES EXTERNOS			
LASPATH S.A.S. E.S.P.	3	(607) 5721770 320 3962355	Avenida 6 # 12-39, Oficina 52 Centro
VEOLIA	3	+57 018000950096 +57 607 5784888	Avenida 5 # 33-95 La Sabana, Los Patios.
BOMBEROS VOLUNTARIOS	3	313 2385753	Avenida 10 Kilómetro 8 Antigua Caseta Del Intra
GRUPO CENS	3	5824444- 5780990	Av. Aeropuerto #5n-220 Barrio Sevilla

16. MANEJO DEL EVENTO

16.1. RECOMENDACIONES EN CASO DE INCENDIO

Los incendios se deben prever y por tal razón la institución debe estar dotado de extintores adecuados según los tipos de fuegos posibles. Se deberán seguir los protocolos establecidos para la extinción del fuego.

- ✓ Avisar a los Bomberos del Municipio

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ANU/Comisión de Todos	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PR-XX-YY
	PLAN	PLAN DE CONTINGENCIA DE RESIDUOS HOSPITALARIOS	VERSIÓN	01

- ✓ El área y los elementos resultantes de un incendio generados en el cuarto central de residuos, se deberán aislar debido a la posible presencia de residuos peligrosos infecciosos que no se alcanzaron a consumir durante el incendio.
- ✓ Se dará aviso a la empresa especial de aseo para la recolección y disposición final de las cenizas y otros residuos generados.
- ✓ Las cenizas o residuos resultantes de un incendio de áreas distintas al cuarto de almacenamiento de residuos peligrosos infecciosos, se deberá disponer siguiendo las indicaciones emitidas por el cuerpo de Bomberos, una vez finalice las operaciones de extinción del mismo.

16.2. RECOMENDACIONES EN CASO DE INTERRUPCIÓN DEL SERVICIO DE ACUEDUCTO

Se debe garantizar la limpieza y desinfección del cuarto de almacenamiento de residuos hospitalarios cada vez que son evacuados los residuos por la empresa especial de aseo.

- ✓ En caso de un racionamiento o cortes en el servicio de acueducto, el Hospital Local del municipio de Los Patios, cuenta con un tanque de reserva de agua con capacidad de 765 m³ para 4 días.
- ✓ Si la reserva de agua se agota, se debe informar a la empresa de Acueducto y Alcantarillado de Los Patios, para que provean el agua necesaria mediante carro tanque, mientras se soluciona el inconveniente
- ✓ Durante racionamientos largos, se debe fomentar en el hospital, a través del área de Gestión Ambiental, la optimización en el uso del agua, restringir aquellos servicios sanitarios que no son críticos y dar prioridad a la limpieza de áreas con mayor riesgo de contaminación.

16.3. RECOMENDACIONES EN CASO INTERRUPCIÓN O CORTE DEL SERVICIO ESPECIAL DE ASEO

- ✓ En caso de no recolección de residuos por parte de la empresa especial de aseo contratada, el grupo de ingeniería y mantenimiento deberá comunicarse con la empresa para indagar la causa de la suspensión de actividades.
- ✓ Dar aviso a las autoridades sanitarias y ambientales del municipio.
- ✓ El almacén central de residuos cuenta con una capacidad de almacenamiento máxima de quince (15) días adicionales a la frecuencia establecida con la empresa especial de aseo contratada por el Hospital Local Municipio de Los Patios, tiempo en el cual se deberá solucionar las dificultades que ocasione la suspensión del servicio
- ✓ En caso de continuar la suspensión por un tiempo igual o superior a 15 días se procederá a buscar otra Empresa de Servicios Públicos especiales de aseo (VEOLIA).
- ✓ Es importante diseñar conjuntamente con la empresa especial de aseo, planes de contingencia específicos en caso de fallas en la prestación del servicio.

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>LA MANI</i> <i>Corazón de Todos</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PR-XX-YY
	PLAN	PLAN DE CONTINGENCIA DE RESIDUOS HOSPITALARIOS	VERSIÓN	01

16.4. RECOMENDACIONES EN CASO DE RUPTURA DE BOLSAS CON RESIDUOS POTENCIALMENTE INFECCIOSOS.

- ✓ Señalizar el área y restringir el paso con un aviso, una cinta de prevención o algún objeto visible que permita evitar el ingreso o tránsito de personal no autorizado.
- ✓ Utilizar elementos de protección personal necesarios: guantes, careta con filtro, bata antifluido, gorro y otros que el prestador estime conveniente.
- ✓ Colocar nuevamente la bolsa dentro del recipiente.
- ✓ Recoger los residuos derramados con implementos como escoba y recogedor y disponerlos de nuevo en la bolsa.
- ✓ Llevar el recipiente con su contenido al almacenamiento central.
- ✓ Colocar la bolsa rota dentro de otra bolsa roja.

16.5. SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES

- ✓ Se debe evitar dejar almacenado los Residuos Generados en la Atención en Salud y Otras Actividades en las áreas y/o servicios.
- ✓ Se debe garantizar que los Residuos Generados en la Atención en Salud y Otras Actividades no permanezcan más de 2 semanas almacenados en el cuarto final de residuos.

16.6. RECOMENDACIONES EN CASO DE DERRAMES DE RESIDUOS PELIGROSOS QUÍMICOS.

- ✓ Se debe contar con el kit antiderrames, botiquín y extintor, a demás de esto el personal debe estar entrenado para actuar en caso de emergencias en especial cuando se presenten vertimientos de sustancias peligrosas.
- ✓ Para los residuos químicos sólidos, se debe evitar el barrido y recogerse por aspiración, para no originar la dispersión del producto por la atmosfera del laboratorio
- ✓ Para los residuos líquidos, se deben proteger los desagües, debe tratarse con materiales adsorbentes y depositarse en recipientes adecuados para eliminarlo como residuo.
- ✓ El equipo el control de emergencias debe estar disponible y en buen estado de funcionamiento. Éste debe incluir respirador multipropósito, gafas de seguridad, traje enterizo impermeable, guantes de nitrilo, sustancias para contención, material absorbente, palas y bolsas.
- ✓ En caso de hacer uso del kit antiderrames asegurarse de reponer los elementos utilizados para garantizar que este completo en caso de volver a ser requerido.

17. RUTA DE TRASPORTE INTERNO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PR-XX-YY
	PLAN	PLAN DE CONTINGENCIA DE RESIDUOS HOSPITALARIOS	VERSIÓN	01



Imagen 3. Ruta de evacuación de residuos Hospitalarios Hospital Local Municipio de Los Patios

18. RECOMENDACIONES GENERALES


19. BIBLIOGRAFÍA

1. PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS GENERADOS EN LA ATENCIÓN EN SALUD Y OTRAS ACTIVIDADES. 2020. Universidad Libre Seccional Pereira – SEDE Centro. Disponible en: <file:///C:/Users/ienni/Downloads/pgirasa-centro-2020.pdf>
2. Manual de Gestión Integral de Residuos. Instituto nacional de salud. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/manual-gestion-integral-residuos.pdf>
3. Residuos Hospitalarios [Internet]. Gov.co. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Paginas/ResiduosHospitalarios.aspx>
4. Almacenamiento de sustancias químicas y residuos peligrosos. Disponible en: <http://documentacion.ideam.gov.co/openbiblio/bvirtual/018903/Links/T-cap2.pdf>
5. Planes de gestión integral de residuos sólidos (PGIRS). MINVIVIENDA. Disponible en: <https://www.minvivienda.gov.co/sites/default/files/documentos/guia-pgirs.pdf>

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PR-XX-YY
	PLAN	PLAN DE CONTINGENCIA DE RESIDUOS HOSPITALARIOS	VERSIÓN	01

Elaborado Por	Revisado Por	Aprobado Por
Nombre y Cargo: Fecha: xx del mes del 20201	Nombre y Cargo Fecha: xx del mes del 2021	Nombre y Cargo: Fecha: xx del mes del 20201

8.2.5.2.44. Política de calidad (diseñado)

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>14/11/11 Consejo de Todos</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PO-XX-YY
	POLÍTICA	POLÍTICA DE CALIDAD	VERSIÓN	01

1. POLÍTICA

La **ESE Hospital Local de Los Patios**, como institución prestadora de servicios de salud de baja complejidad, está comprometida con la satisfacción de las necesidades de la población del municipio, apoyados en la capacidad de trabajo de todos sus funcionarios, el respeto por el medio ambiente, el buen uso de los recursos, operatividad de las políticas institucionales y las buenas relaciones con los actores del sistema; a través de la aplicación de altos estándares de calidad que permitan el mejoramiento continuo de los procesos.

2. OBJETIVO

Definir los lineamientos institucionales que orienten el desarrollo de intervenciones destinadas al mejoramiento continuo y fortalecimiento del Sistema de Gestión de Calidad de la ESE Hospital Local Municipio de Los Patios.

3. ALCANCE

La Política de Calidad emite lineamientos para el mejoramiento continuo de la Gestión Institucional y es de aplicación en todos los servicios habilitados de la ESE Hospital Local Municipio de Los Patios y sus IPS satélites (Unidad Básica Patio Centro).

4. RESPONSABLE

- ✓ Alta gerencia
- ✓ Subdirección administrativa
- ✓ Líder de calidad

5. DEFINICIONES

CALIDAD EN SALUD: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad en salud como "asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso".

REPS: Es la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud que se encuentren habilitados y es consolidada por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

HUMANIZACIÓN: Es brindar una atención humana que incluye acompañamiento asistencial, educativo y de soporte a la familia. El objetivo de la atención en salud, no sólo es brindar conocimientos teóricos y prácticos al paciente y su familia, sino garantizar

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>Cura con Corazón de Todos</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PO-XX-YY
	POLÍTICA	POLÍTICA DE CALIDAD	VERSIÓN	01

el desarrollo de capacidades de los colaboradores para alcanzar un crecimiento humano y profesional que asegure la prestación de un servicio con calidad y calidez.

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD: Un sistema de salud basado en la atención primaria de salud orienta sus estructuras y funciones hacia los valores de la equidad y la solidaridad social, y el derecho de todo ser humano a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

SEGURIDAD DEL PACIENTE: Se define como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias.

6. NORMATIVIDAD

- **Resolución 3100 de 2019**, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud.
- **Resolución 3280 de 2018**, Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación
- **3202 de 2016**, Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS y se dictan otras disposiciones
- **Decreto 780 de 2016**, Se establece el Sistema obligatorio de garantía de calidad en salud (SOGCS), que es el “conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).
- **Decreto 903 de 2014**, Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).
- Resolución 256 de 2016 Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PO-XX-YY
	POLÍTICA	POLÍTICA DE CALIDAD	VERSIÓN	01

Y otras normas vigentes para IPS de carácter público en el territorio colombiano y aquellas que modifiquen, actualicen o deroguen las anteriormente mencionadas.

7. PLATAFORMA ESTRATÉGICA DE LA INSTITUCIÓN

Misión

Somos una Institución comprometida con el mejoramiento de la calidad de vida de los Patienses mediante la prestación de servicios de salud de primer nivel de atención, enfocados en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, basados en los principios de humanización y calidad en la atención, a través de personal idóneo con actitud de servicio, interesada en el bienestar de sus usuarios, en el bienestar social de la comunidad conservando el equilibrio financiero de la institución.

Visión

En el 2024 estamos siendo una Institución líder en la prestación de servicios de salud de baja complejidad en el Departamento Norte de Santander, por su atención humanizada, calidad en los servicios, la satisfacción de nuestros usuarios y el mejoramiento continuo de la calidad

Principios corporativos

- **Calidad:** Prestamos servicios de salud oportunos, accesibles y pertinentes, para satisfacer las necesidades y expectativas de nuestros usuarios.
- **Humanización:** Estamos comprometidos con el trato digno, cálido y humanizado, actuando con sensibilidad y empatía para animar y acompañar al usuario y su familia respetando sus derechos.
- **Seguridad del Paciente:** Asociamos este principio con la ética profesional, y la importancia que tiene para nosotros el garantizar a todos nuestros usuarios su seguridad cada vez que se encuentren en nuestras instalaciones.

8. LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA

- ✓ Incorporar y desarrollar la cultura de Seguridad en la Atención del Paciente.
- ✓ Respetar los derechos del paciente potenciando el trato digno y humano.
- ✓ impulsar el desarrollo de competencias técnicas y relacionales en el recurso humano que presta atención.
- ✓ Potenciar el desarrollo equilibrado y homogéneo de la calidad en la institución, incorporando la mejoría continua de la calidad y seguridad de los procesos asistenciales según los estándares, protocolos y normativas vigentes.

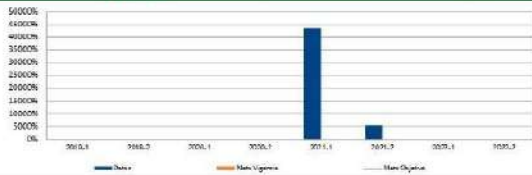
 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO POLITICA	CALIDAD POLITICA DE CALIDAD	CÓDIGO VERSIÓN	PO-XX-YY 01
---	-------------------------	------------------------------------	-----------------------	--------------------

9. INDICADORES

N°	INDICADOR	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR OBJETIVO	FUENTE DE DATOS	FRECUENCIA
1	Existencia	P11 P. Disponibilidad de personal de enfermería en el momento de atención y el número total de pacientes en el periodo, multiplicado por 100 y expresado en porcentaje.	pacientes	100%	REGISTRO DE ATENCIONES	Trimestral
2	Existencia	P12 P. Disponibilidad de personal de enfermería en el momento de atención.	pacientes	100%	REGISTRO DE ATENCIONES	Trimestral
3	Existencia	P13 P. Tasa de mortalidad neonatal.	pacientes	0	REGISTRO DE ATENCIONES	Trimestral
4	Existencia	P14 P. Tasa de mortalidad de recién nacidos menores de 28 días de vida.	pacientes	0	REGISTRO DE ATENCIONES	Trimestral
5	Existencia	P15 P. Tasa de mortalidad de recién nacidos menores de 1 año de vida.	pacientes	0	REGISTRO DE ATENCIONES	Trimestral
6	Existencia	P16 P. Tasa de mortalidad de recién nacidos menores de 5 años de vida.	pacientes	0	REGISTRO DE ATENCIONES	Trimestral
7	Existencia	P17 P. Tasa de mortalidad de recién nacidos menores de 10 años de vida.	pacientes	0	REGISTRO DE ATENCIONES	Trimestral
8	Existencia	P18 P. Tasa de mortalidad de recién nacidos menores de 15 años de vida.	pacientes	0	REGISTRO DE ATENCIONES	Trimestral
9	Existencia	P19 P. Tasa de mortalidad de recién nacidos menores de 20 años de vida.	pacientes	0	REGISTRO DE ATENCIONES	Trimestral
10	Existencia	P20 P. Tasa de mortalidad de recién nacidos menores de 25 años de vida.	pacientes	0	REGISTRO DE ATENCIONES	Trimestral
11	Existencia	P21 P. Tasa de mortalidad de recién nacidos menores de 30 años de vida.	pacientes	0	REGISTRO DE ATENCIONES	Trimestral
12	Existencia	P22 P. Tasa de mortalidad de recién nacidos menores de 35 años de vida.	pacientes	0	REGISTRO DE ATENCIONES	Trimestral
13	Existencia	P23 P. Tasa de mortalidad de recién nacidos menores de 40 años de vida.	pacientes	0	REGISTRO DE ATENCIONES	Trimestral
14	Existencia	P24 P. Tasa de mortalidad de recién nacidos menores de 45 años de vida.	pacientes	0	REGISTRO DE ATENCIONES	Trimestral
15	Existencia	P25 P. Tasa de mortalidad de recién nacidos menores de 50 años de vida.	pacientes	0	REGISTRO DE ATENCIONES	Trimestral
16	Existencia	P26 P. Tasa de mortalidad de recién nacidos menores de 55 años de vida.	pacientes	0	REGISTRO DE ATENCIONES	Trimestral
17	Existencia	P27 P. Tasa de mortalidad de recién nacidos menores de 60 años de vida.	pacientes	0	REGISTRO DE ATENCIONES	Trimestral
18	Existencia	P28 P. Tasa de mortalidad de recién nacidos menores de 65 años de vida.	pacientes	0	REGISTRO DE ATENCIONES	Trimestral
19	Existencia	P29 P. Tasa de mortalidad de recién nacidos menores de 70 años de vida.	pacientes	0	REGISTRO DE ATENCIONES	Trimestral
20	Existencia	P30 P. Tasa de mortalidad de recién nacidos menores de 75 años de vida.	pacientes	0	REGISTRO DE ATENCIONES	Trimestral
21	Existencia	P31 P. Tasa de mortalidad de recién nacidos menores de 80 años de vida.	pacientes	0	REGISTRO DE ATENCIONES	Trimestral
22	Existencia	P32 P. Tasa de mortalidad de recién nacidos menores de 85 años de vida.	pacientes	0	REGISTRO DE ATENCIONES	Trimestral
23	Existencia	P33 P. Tasa de mortalidad de recién nacidos menores de 90 años de vida.	pacientes	0	REGISTRO DE ATENCIONES	Trimestral
24	Existencia	P34 P. Tasa de mortalidad de recién nacidos menores de 95 años de vida.	pacientes	0	REGISTRO DE ATENCIONES	Trimestral
25	Existencia	P35 P. Tasa de mortalidad de recién nacidos menores de 100 años de vida.	pacientes	0	REGISTRO DE ATENCIONES	Trimestral
26	Existencia	P36 P. Tasa de mortalidad de recién nacidos menores de 105 años de vida.	pacientes	0	REGISTRO DE ATENCIONES	Trimestral
27	Existencia	P37 P. Tasa de mortalidad de recién nacidos menores de 110 años de vida.	pacientes	0	REGISTRO DE ATENCIONES	Trimestral
28	Existencia	P38 P. Tasa de mortalidad de recién nacidos menores de 115 años de vida.	pacientes	0	REGISTRO DE ATENCIONES	Trimestral
29	Existencia	P39 P. Tasa de mortalidad de recién nacidos menores de 120 años de vida.	pacientes	0	REGISTRO DE ATENCIONES	Trimestral
30	Existencia	P40 P. Tasa de mortalidad de recién nacidos menores de 125 años de vida.	pacientes	0	REGISTRO DE ATENCIONES	Trimestral
31	Existencia	P41 P. Tasa de mortalidad de recién nacidos menores de 130 años de vida.	pacientes	0	REGISTRO DE ATENCIONES	Trimestral
32	Existencia	P42 P. Tasa de mortalidad de recién nacidos menores de 135 años de vida.	pacientes	0	REGISTRO DE ATENCIONES	Trimestral
33	Existencia	P43 P. Tasa de mortalidad de recién nacidos menores de 140 años de vida.	pacientes	0	REGISTRO DE ATENCIONES	Trimestral
34	Existencia	P44 P. Tasa de mortalidad de recién nacidos menores de 145 años de vida.	pacientes	0	REGISTRO DE ATENCIONES	Trimestral
35	Existencia	P45 P. Tasa de mortalidad de recién nacidos menores de 150 años de vida.	pacientes	0	REGISTRO DE ATENCIONES	Trimestral
36	Existencia	P46 P. Tasa de mortalidad de recién nacidos menores de 155 años de vida.	pacientes	0	REGISTRO DE ATENCIONES	Trimestral
37	Existencia	P47 P. Tasa de mortalidad de recién nacidos menores de 160 años de vida.	pacientes	0	REGISTRO DE ATENCIONES	Trimestral
38	Existencia	P48 P. Tasa de mortalidad de recién nacidos menores de 165 años de vida.	pacientes	0	REGISTRO DE ATENCIONES	Trimestral
39	Existencia	P49 P. Tasa de mortalidad de recién nacidos menores de 170 años de vida.	pacientes	0	REGISTRO DE ATENCIONES	Trimestral
40	Existencia	P50 P. Tasa de mortalidad de recién nacidos menores de 175 años de vida.	pacientes	0	REGISTRO DE ATENCIONES	Trimestral
41	Existencia	P51 P. Tasa de mortalidad de recién nacidos menores de 180 años de vida.	pacientes	0	REGISTRO DE ATENCIONES	Trimestral
42	Existencia	P52 P. Tasa de mortalidad de recién nacidos menores de 185 años de vida.	pacientes	0	REGISTRO DE ATENCIONES	Trimestral
43	Existencia	P53 P. Tasa de mortalidad de recién nacidos menores de 190 años de vida.	pacientes	0	REGISTRO DE ATENCIONES	Trimestral
44	Existencia	P54 P. Tasa de mortalidad de recién nacidos menores de 195 años de vida.	pacientes	0	REGISTRO DE ATENCIONES	Trimestral
45	Existencia	P55 P. Tasa de mortalidad de recién nacidos menores de 200 años de vida.	pacientes	0	REGISTRO DE ATENCIONES	Trimestral


 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>W.M.</i> / <i>Corazón de Todos</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PO-XX-YY
	POLÍTICA	POLÍTICA DE CALIDAD	VERSIÓN	01

Indicador 2: Proporción de gestantes con valoración por odontología

NOMBRE DEL INDICADOR								
Proporción de gestantes con valoración por odontología								
OBJETIVO DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	LINEA BASE	META OBJETIVO					
			META	PLAZO DE CUMPLIMIENTO	VIGENCIA DE CUMPLIMIENTO			
Estimar la Proporción de gestantes con valoración por odontología	Cantidad	0.00	>=0.85	2021	2021			
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR								
UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA	META VIGENCIA	RESPONSABLE MEDICIÓN	RESPONSABLE ANÁLISIS	ACTORES INTERESADOS EN EL RESULTADO			
100%	Semestral	>=0.85	Lider de promocion y mantenimiento de la salud	Lider de promocion y mantenimiento de la salud	Gerencia			
FUENTE DE INFORMACIÓN			FÓRMULA DE CÁLCULO					
Repo de la atención de los usuarios, Reporte del proveedor al MSPS (RJM F-ID Cruzado con BDUVA y resolución 4505 de 09 de 2021 de 2021)			Cociente entre el número de gestantes que recibieron consulta de odontología y el número total de gestantes en un periodo determinado, multiplicado por 100%.					
COMPORTAMIENTO INDICADOR								
Meses	2019		2020		2021		2022	
Periodo	1	2	1	2	1	2	1	2
Dato Numerador					84	84		
Dato Denominador					78	90		
MEDICIÓN								
Periodo	Datos	Meta Vigencia	Meta Objetivo					
2019-1	0.00	>=0.85	>=0.85					
2019-2	0.00	>=0.85	>=0.85					
2020-1	0.00	>=0.85	>=0.85					
2020-2	0.00	>=0.85	>=0.85					
2021-1	436.00	>=0.85	>=0.85					
2021-2	66.70	>=0.85	>=0.85					
2022-1	0.00	>=0.85	>=0.85					
2022-2	0.00	>=0.85	>=0.85					
Análisis/Interpretación de Resultados del Indicador								
Observaciones								
Requiere Acción Correctiva, Preventiva o de Mejora:				NO:	SI:			
Notas:								


 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>AMM/Corazon de Todos</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PO-XX-YY
	POLÍTICA	POLÍTICA DE CALIDAD	VERSIÓN	01

Indicador 4: Relación Morbilidad Materna Extrema/ Muerte Materna temprana (MME/MM)

NOMBRE DEL INDICADOR							
Relación Morbilidad Materna Extrema al Muerte Materna temprana (MME/MM)							
OBJETIVO DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	LINEA BASE	META OBJETIVO				
			META	PLAZO DE CUMPLIMIENTO	LAGENANCIA DE CUMPLIMIENTO		
Estimar la Relación Morbilidad Materna Extrema/ Muerte Materna temprana (MME/MM)	Cantidad	0.00	0	2021	2021		
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR							
UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA	META VIGENCIA	RESPONSABLE MEDICIÓN	RESPONSABLE ANÁLISIS	ACTORES INTERESADOS EN EL RESULTADO		
Por 1000 nacimientos	Semestral	0	Lider vigilancia en salud pública/VSP.	Lider vigilancia en salud pública-VSP.	Gerencia		
FUENTE DE INFORMACIÓN			FÓRMULA DE CÁLCULO				
SINCLA: Cuestionario en SISPRO Ministerio de Salud y Protección Social.			Cociente entre el número de casos de Morbilidad Materna Extrema (MME) y el número de casos de Muerte Materna temprana (MM)				
COMPORTAMIENTO INDICADOR							
Meses:	2019		2020		2021		
Periodo	1	2	1	2	1	2	
Dato Numerador							
Dato Denominador							
MEDICIÓN							
Periodo	Datos	Meta Vigencia	Meta Objetiva	Gráfico de Medición			
2019-1	0.00	0.00	0.00				
2019-2	0.00	0.00	0.00				
2020-1	0.00	0.00	0.00				
2020-2	0.00	0.00	0.00				
2021-1	0.00	0.00	0.00				
2021-2	0.00	0.00	0.00				
2022-1	0.00	0.00	0.00				
2022-2	0.00	0.00	0.00				
Análisis/Interpretación de Resultados del Indicador							
Observaciones							
Requiere Acción Correctiva, Preventiva o de Mejora NO: <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/>							
Notas:							


 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>AMN/Consigna de Todos</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PO-XX-YY
	POLÍTICA	POLÍTICA DE CALIDAD	VERSIÓN	01

Indicador 5: Proporción de recién nacidos con tamizaje para Hipotiroidismo

NOMBRE DEL INDICADOR								
Proporción de recién nacidos con tamizaje para Hipotiroidismo								
OBJETIVO DEL INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	LINEA BASE	META OBJETIVO				
Estimar la Proporción de recién nacidos con tamizaje para Hipotiroidismo		Calidad	0.00	META	PLAZO DE CUMPLIMIENTO	VIGENCIA DE CUMPLIMIENTO		
				1.0	2021	2021		
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR								
UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA	META VIGENCIA	RESPONSABLE MEDICIÓN	RESPONSABLE ANÁLISIS	ACTORES INTERESADOS EN EL RESULTADO			
Por 100 (%)	Semestral	1.0	Líder vigilancia en salud pública-VSP.	Líder rigilancia en salud pública-VSP.	Gerencia			
FUENTE DE INFORMACIÓN			FORMULA DE CÁLCULO					
RUAF-ND- Nacimientos Cruzado con BDUA. Dispuesto en SISPRO Ministerio de Salud y Protección Social			Cociente entre el número de recién nacidos a quienes se les realizó tamizaje para Hipotiroidismo / el número de nacidos vivos reportados en el periodo multiplicado por 100 y expresado en (%).					
COMPORTAMIENTO INDICADOR								
Meses	2019		2020		2021		2022	
Periodo	1	2	1	2	1	2	1	2
Data Numerador								
Data Denominador								
MEDICIÓN								
Periodo	Datos	Meta Vigencia	Meta Objetivo					
2019-1	0.00	1.0	1.0					
2019-2	0.00	1.0	1.0					
2020-1	0.00	1.0	1.0					
2020-2	0.00	1.0	1.0					
2021-1	0.00	1.0	1.0					
2021-2	0.00	1.0	1.0					
2022-1	0.00	1.0	1.0					
2022-2	0.00	1.0	1.0					
Análisis/Interpretación de Resultados del Indicador								
Observaciones								
Requiere Accion Correctiva, Preventiva o de Mejora:				NO:	SI:			
Notas:								

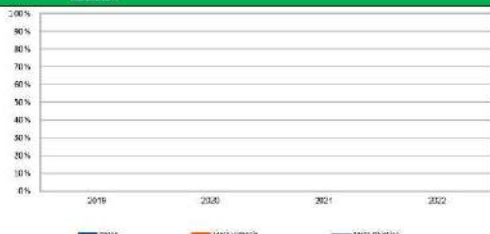
 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>14NI/Corazón de Todos</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PO-XX-YY
	POLÍTICA	POLÍTICA DE CALIDAD	VERSIÓN	01

Indicador 6: Proporción de reingreso hospitalario por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de 5 años

NOMBRE DEL INDICADOR								
Proporción de reingreso hospitalario por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de 5 años								
OBJETIVO DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	LINEA BASE	META OBJETIVO					
			META	PLAZO DE CUMPLIMIENTO	VIGENCIA DE CUMPLIMIENTO			
Estimar la Proporción de reingreso hospitalario por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de 5 años	Calidad	0.00	≤0.03	2021	2021			
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR								
UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA	META VIGENCIA	RESPONSABLE MEDICIÓN	RESPONSABLE ANÁLISIS	ACTORES INTERESADOS EN EL RESULTADO			
Por 100 (%)	semestral	≤0.03	Lider vigilancia en salud pública-VSP	Lider vigilancia en salud pública-VSP	Cereñúa.			
FUENTE DE INFORMACIÓN			FORMULA DE CALCULO					
Pipe de la atención de los usuarios, Reporte del prestador al MSPS, RIPS- Dispuesto en GISPRO Ministerio de Salud y Protección Social			Cociente entre el número de menores de 5 años con reingreso hospitalario por IRA dentro de los 20 días después del primer egreso por IRA, en la misma institución / el número de menores de 5 años con al menos un egreso por IRA multiplicado por 100 y expresado como porcentaje (%).					
COMPORTAMIENTO INDICADOR								
Meses	2019		2020		2021		2022	
Período	1	2	1	2	1	2	1	2
Fecha Numerador								
Fecha Denominador								
MEDICIÓN								
Período	Datos	Meta Vigencia	Meta Objetivo					
2019-1	0.00	≤0.03	≤0.03					
2019-2	0.00	≤0.03	≤0.03					
2020-1	0.00	≤0.03	≤0.03					
2020-2	0.00	≤0.03	≤0.03					
2021-1	0.00	≤0.03	≤0.03					
2021-2	0.00	≤0.03	≤0.03					
2022-1	0.00	≤0.03	≤0.03					
2022-2	0.00	≤0.03	≤0.03					
Análisis/Interpretación de Resultados del Indicador								
Observaciones								
Requiere Acción Correctiva, Preventiva o de				NO:	SI:			
Notas:								

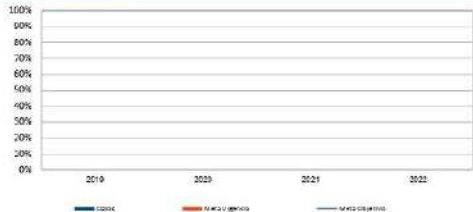
 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>AMM/Corazón de Todos</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PO-XX-YY
	POLÍTICA	POLÍTICA DE CALIDAD	VERSIÓN	01

Indicador 7: Letalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de 5 años

NOMBRE DEL INDICADOR					
Letalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de 5 años					
OBJETIVO DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	LINEA BASE	META OBJETIVO		
			META	PLAZO DE CUMPLIMIENTO	VIGENCIA DE CUMPLIMIENTO
Estimar la Letalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de 5 años.	Calidad	0.00	0	2021	2021
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA	META VIGENCIA	RESPONSABLE MEDICIÓN	RESPONSABLE ANÁLISIS	ACTORES INTERESADOS EN EL RESULTADO
Por 100 (%)	Anual	0	Lider vigilancia en salud pública-VSP.	Lider vigilancia en salud pública-VSP.	Gerencia
FUENTE DE INFORMACIÓN			FÓRMULA DE CÁLCULO		
RIPS. Dispuesto en SISPRO Ministerio de Salud y Protección Social			Cociente entre el número de muertes por IRA en menores de 5 años y número total de menores de 5 años asociados por diagnóstico de IRA en un periodo determinado multiplicado por 100 y expresado como porcentaje (%).		
COMPORTAMIENTO INDICADOR					
Periodo	2019	2020	2021	2022	
Dato Numerador					
Dato Denominador					
MEDICIÓN					
Periodo	Datos	Meta Vigencia	Meta Objetivo		
2019	0.00	0.00	0.00		
2020	0.00	0.00	0.00		
2021	0.00	0.00	0.00		
2022	0.00	0.00	0.00		
Análisis/Interpretación de Resultados del Indicador					
Observaciones					
Requiere Acción Correctiva, Preventiva o de M					
NO:		SI:			
Notas:					

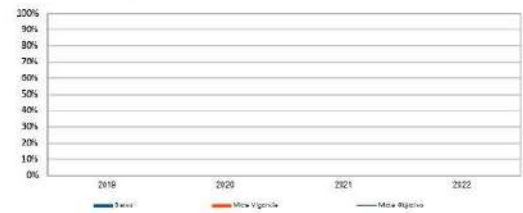
 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO C.A.M.I. Consejo de Todos	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PO-XX-YY
	POLÍTICA	POLÍTICA DE CALIDAD	VERSIÓN	01


Indicador 9: Proporción de gestantes con asesoría pre-test para prueba de Virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH)

NOMBRE DEL INDICADOR					
Proporción de gestantes con asesoría pre-test para prueba de Virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH)					
OBJETIVO DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	LINEA BASE	META OBJETIVO		
			META	PLAZO DE CUMPLIMIENTO	VIGENCIA DE CUMPLIMIENTO
Estimar la Proporción de gestantes con asesoría pre-test para prueba de Virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH)	Calidad	0,00	<=0,90	2021	2021
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA	META VIGENCIA	RESPONSABLE MEDICIÓN	RESPONSABLE ANÁLISIS	ACTORES INTERESADOS EN EL RESULTADO
Por 100 (%)	Anual	<=0,90	Líder de promoción y mantenimiento de la salud	Líder de promoción y mantenimiento de la salud	Gerencia
FUENTE DE INFORMACIÓN			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Rips de la atención de los usuarios. Reporte del prestador al MSPS RUIAF-ID cruzado con BDUJA y Resolución 45/05			Cociente entre el número de gestantes a quienes se les realizó asesoría pre-test para prueba de VIH (ELISA) / el número total de gestantes por 100 y expresado como porcentaje (%).		
COMPORTAMIENTO INDICADOR					
Periodo	2019	2020	2021	2022	
Date Numerador					
Date Denominador					
MEDICIÓN					
Periodo	Datos	Meta Vigencia	Meta Objetivo		
2019	0,00	0,00	0,00		
2020	0,00	0,00	0,00		
2021	0,00	0,00	0,00		
2022	0,00	0,00	0,00		
Análisis/Interpretación de Resultados del Indicador					
Observaciones					
Requiere Acción Correctiva, Preventiva o de Mejora: <input type="checkbox"/> NO. <input checked="" type="checkbox"/> SI					
Notas:					

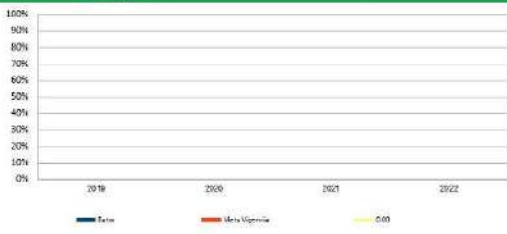
 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>CON APN / Consejo de Todas</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PO-XX-YY
	POLÍTICA	POLÍTICA DE CALIDAD	VERSIÓN	01


Indicador 10: Proporción de niños y niñas menores de 18 meses, hijos de madre viviendo con VIH, con diagnóstico de VIH.

NOMBRE DEL INDICADOR					
Proporción de niños y niñas menores de 18 meses, hijos de madre viviendo con VIH, con diagnóstico de VIH.					
OBJETIVO DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	LINEA BASE	META OBJETIVO		
			META	PLAZO DE CUMPLIMIENTO	VIGENCIA DE CUMPLIMIENTO
Estimar la Proporción de niños y niñas menores de 18 meses, hijos de madre viviendo con VIH, con diagnóstico de VIH.	Cantidad	0.00	0	2021	2021
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA	META VIGENCIA	RESPONSABLE MEDICIÓN	RESPONSABLE ANÁLISIS	ACTORES INTERESADOS EN EL RESULTADO
Por 100 (%)	Anual	0	Líder de promoción y mantenimiento de la salud	Líder de promoción y mantenimiento de la salud	Gerencia
FUENTE DE INFORMACIÓN			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Cuenta de alto costo. Dispuesto en el SPRO Ministerio de Salud y Protección Social.			Cociente entre el número de niños menores de 18 meses con diagnóstico de VIH y el número de hijos de madres con VIH por 100 expresado como porcentaje (%).		
COMPORTAMIENTO INDICADOR					
Periodo	2019	2020	2021	2022	
Data Numerador					
Data Denominador					
MEDICIÓN					
Periodo	Datos	Meta Vigencia	Meta Objetivo		
2019	0.00	0.00	0.00		
2020	0.00	0.00	0.00		
2021	0.00	0.00	0.00		
2022	0.00	0.00	0.00		
Análisis/Interpretación de Resultados del Indicador					
Observaciones					
Requiere Acción Correctiva, Preventiva o de Mejora:		NO:	SI:		
Notas:					

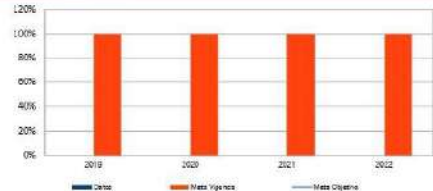
	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PO-XX-YY
	POLÍTICA	POLÍTICA DE CALIDAD	VERSIÓN	01

Indicador 11: Proporción de mujeres a las que se les realizó toma de serología en el momento del parto o aborto.

NOMBRE DEL INDICADOR					
Proporción de mujeres a las que se les realizó toma de serología en el momento del parto o aborto.					
OBJETIVO DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	LINEA BASE	META OBJETIVO		
			META	PLAZO DE CUMPLIMIENTO	VIGENCIA DE CUMPLIMIENTO
Estimar la Proporción de mujeres a las que se les realizó toma de serología en el momento del parto o aborto.	Calidad	0.00	1	2021	2021
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA	META VIGENCIA	RESPONSABLE MEDICIÓN	RESPONSABLE ANÁLISIS	ACTORES INTERESADOS EN EL RESULTADO
	Anual	1	Líder de promoción y mantenimiento de la salud	Líder de promoción y mantenimiento de la salud	Gerencia
Por: 100 (%)					
FUENTE DE INFORMACIÓN			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Cuenta de alto costo Dispesto en SISPRO Ministerio de Salud y Protección Social			Cociente entre el número de mujeres a las que se les realizó toma de serología en el momento del parto o aborto y el número total de gestantes de los últimos 6 meses que a la fecha de corte están en embarazo reportadas por 100 expresado como porcentaje (%).		
COMPORTAMIENTO INDICADOR					
Periodo	2019	2020	2021	2022	
Nota Numerador					
Nota Denominador					
MEDICIÓN					
Periodo	Datos	Meta Vigencia	Meta Objetivo		
2019	0.00	0.00	0.00		
2020	0.00	0.00	0.00		
2021	0.00	0.00	0.00		
2022	0.00	0.00	0.00		
Análisis/Interpretación de Resultados del Indicador					
Observaciones					
Requiere Acción Correctiva, Preventiva o de M					
NO:		SI			
Notas:					

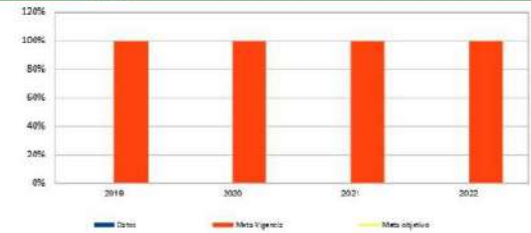
 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>IAWMI / Corazón de Todos</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PO-XX-YY
	POLÍTICA	POLÍTICA DE CALIDAD	VERSIÓN	01

Indicador 12: Proporción de personas con Hipertensión Arterial a quienes se les realiza medición de LDL en un período determinado.

NOMBRE DEL INDICADOR					
Proporción de personas con Hipertensión Arterial a quienes se les realiza medición de LDL en un período determinado.					
OBJETIVO DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	LINEA BASE	META OBJETIVO		
			META	PLAZO DE CUMPLIMIENTO	VIGENCIA DE CUMPLIMIENTO
Estimar la Proporción de personas con Hipertensión Arterial a quienes se les realiza medición de LDL en un período determinado.	Calidad	0.00	1	2021	2021
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA	META VIGENCIA	RESPONSABLE MEDICIÓN	RESPONSABLE ANALISIS	ACTORES INTERESADOS EN EL RESULTADO
Por 100 (%)	Anual	1	Líder de promoción y mantenimiento de la salud	Líder de promoción y mantenimiento de la salud	Gerencia
FUENTE DE INFORMACIÓN			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Cuenta de alta costo Disponible en SISPRO Ministerio de Salud y Protección Social			$\frac{\text{Cantidad entre el número de personas con Hipertensión Arterial a quienes se les realizó como mínimo una medición de LDL en el año y el número total de personas con Hipertensión Arterial reportada por 100 y expresado como porcentaje (\%)}}{100} \times 100$		
COMPORTAMIENTO INDICADOR					
Período	2019	2020	2021	2022	
Data Numerador					
Data Denominador					
MEDICIÓN					
Período	Datos	Meta Vigencia	Meta Objetivo		
2019	0.00	1.00	1.00		
2020	0.00	1.00	1.00		
2021	0.00	1.00	1.00		
2022	0.00	1.00	1.00		
Análisis/Interpretación de Resultados del Indicador					
Observaciones					
Requiere Acción Correctiva, Preventiva o de Mejora:		NO:		SI:	
Notas:					

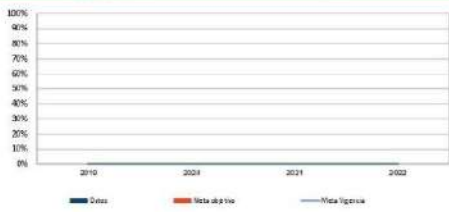
 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>30 AÑOS</i> <i>Conquistados de Todos</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PO-XX-YY
	POLÍTICA	POLÍTICA DE CALIDAD	VERSIÓN	01

Indicador 14: Proporción de personas con Hipertensión arterial (HTA), estudiadas para Enfermedad Renal Crónica (ERC)

NOMBRE DEL INDICADOR					
Proporción de personas con Hipertensión arterial (HTA), estudiadas para Enfermedad Renal Crónica (ERC)					
OBJETIVO DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	LINEA BASE	META OBJETIVO		
			META	PLAZO DE CUMPLIMIENTO	VIGENCIA DE CUMPLIMIENTO
Estimar la Proporción de personas con Hipertensión arterial (HTA), estudiadas para Enfermedad Renal Crónica (ERC)	Calidad	0.00	1	2021	2021
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA	META VIGENCIA	RESPONSABLE MEDICIÓN	RESPONSABLE ANÁLISIS	ACTORES INTERESADOS EN EL
Por 100 (%)	Anual	1	Líder de promoción y mantenimiento de la salud	Líder de promoción y mantenimiento de la salud	Gerencia
FUENTE DE INFORMACIÓN			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Cuenta de alto costo Dispuesto en SIGPRO Ministerio de Salud y Protección Social			Cociente entre el número de personas con HTA quienes fueron estudiadas para ERC y el número total de personas Hipertensión Arterial reportadas por 100 expresado como porcentaje (%).		
COMPORTAMIENTO INDICADOR					
Periodo	2019	2020	2021	2022	
Dato Numerador					
Dato Denominador					
MEDICIÓN					
Periodo	Datos	Meta objetivo	Meta Vigencia	120%	
2019	0.00	1.00	1.00	100%	
2020	0.00	1.00	1.00	80%	
2021	0.00	1.00	1.00	60%	
2022	0.00	1.00	1.00	40%	
				20%	
				0%	
					
Análisis/Interpretación de Resultados del Indicador					
Observaciones					
Requiere Acción Correctiva, Preventiva o de Mejora:			NO:	SI:	
Notas:					


 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO 14/11/11 Corazón de Todos	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PO-XX-YY
	POLÍTICA	POLÍTICA DE CALIDAD	VERSIÓN	01

Indicador 15: Proporción de mujeres entre 25 y 69 años con toma de citología en el último año.

NOMBRE DEL INDICADOR					
Proporción de mujeres entre 25 y 69 años con toma de citología en el último año.					
OBJETIVO DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	LINEA BASE	META OBJETIVO		
			META	PLAZO DE CUMPLIMIENTO	VIGENCIA DE CUMPLIMIENTO
Esquina la Proporción de mujeres entre 25 y 69 años con toma de citología en el último año.	Calidad	0.00	>= 0.90	2021	2021
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA	META VIGENCIA	RESPONSABLE MEDICIÓN	RESPONSABLE ANALISIS	ACTORES INGRESADOS EN EL RESULTADO
Por 100 (%)	Anual	>= 0.90	Líder de promoción y mantenimiento de la salud	Líder de promoción y mantenimiento de la salud	Gerencia
FUENTE DE INFORMACIÓN			FÓRMULA DE CÁLCULO		
BDUA - Dispuesto en SISPRO Ministerio de Salud y Protección Social			Cociente entre el número de mujeres entre 25 y 69 años a quienes se les ha tomado la citología en el último año / el total de mujeres entre 25 y 69 años asignadas a la IPS por 100 expresado como porcentaje (%)		
COMPORTAMIENTO INDICADOR					
Periodo	2019	2020	2021	2022	
Costo Numerador					
Costo Denominador					
MEDICIÓN					
Periodo	Datos	Meta objetivo	Meta Vigencia		
2019	0.90	>= 0.90	>= 0.90		
2020	0.90	>= 0.90	>= 0.90		
2021	0.90	>= 0.90	>= 0.90		
2022	0.90	>= 0.90	>= 0.90		
Análisis/Interpretación de Resultados del Indicador					
Observaciones					
Requiere Acción Correctiva, Preventiva o de Mejora:		NO:	SI:		
Notas:					


 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>MANI</i> <i>Conanza de Todos</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PO-XX-YY
	POLÍTICA	POLÍTICA DE CALIDAD	VERSIÓN	01

Indicador 16: Proporción de endometritis pos parto vaginal

NOMBRE DEL INDICADOR					
Proporción de endometritis pos parto vaginal					
OBJETIVO DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	LINEA BASE	META OBJETIVO		
			META	PLAZO DE CUMPLIMIENTO	AGENCIA DE CUMPLIMIENTO
Estimar la Proporción de endometritis pos parto vaginal	Calidad	0.00	0	2021	2021
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA	META VIGENCIA	RESPONSABLE MEDICIÓN	RESPONSABLE ANÁLISIS	ACTORES INTERESADOS EN EL RESULTADO
Por 100(%)	Anual	0	Lider vigilancia en salud pública-VSP	Lider vigilancia en salud pública-VSP	Gerencia
FUENTE DE INFORMACIÓN			FÓRMULA DE CÁLCULO		
SIV/GLA-Deposito en SISPRO Ministerio de Salud y Protección Social			Cociente entre número de endometritis pos parto vaginal y el total de partos atendidos en un mes de seguimiento multiplicado por 100 y expresado en (%)		
COMPORTAMIENTO INDICADOR					
Periodo	2019	2020	2021	2022	
Dato Numerador					
Dato Denominador					
MEDICIÓN					
Periodo	Datos	Meta objective	Meta Vigencia		
2019	0.00	0.00	0.00		
2020	0.00	0.00	0.00		
2021	0.00	0.00	0.00		
2022	0.00	0.00	0.00		
Análisis/interpretación de Resultados del Indicador					
Observaciones					
Requiere Acción Correctiva, Preventiva o de Mejora: NO: SI					
Notas:					


 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>LA UNIÓN</i> <i>Corazón de Todos</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PO-XX-YY
	POLÍTICA	POLÍTICA DE CALIDAD	VERSIÓN	01


Indicador 17: Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización

NOMBRE DEL INDICADOR															
Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización															
OBJETIVO DEL INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	LINEA BASE	META OBJETIVO											
Estimar las caídas de pacientes en hospitalización según trimestre de evaluación.		Calidad	0.00	META	PLAZO DE CUMPLIMIENTO	VIGENCIA DE CUMPLIMIENTO									
				0	2021	2021									
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR															
UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA	META VIGENCIA	RESPONSABLE MEDICIÓN	RESPONSABLE ANALISIS	ACTORES INTERESADOS EN EL RESULTADO										
Por 1000 días de estancia	Trimestral	0	Calidad	Calidad	Gerencia										
FUENTE DE INFORMACIÓN						FORMULA DE CÁLCULO									
Rips de la atención de los usuarios. Reporta del prestador al MSPS						Cociente entre el número total de pacientes hospitalizados que sufren caídas en el periodo y la sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización por 1000.									
COMPORTAMIENTO INDICADOR															
Meses	2019			2020			2021				2022				
Periodo	1	2	3	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Dato Numerador	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
Dato Denominador	236	270	69	80	222		227	183	258	130					
MEDICIÓN															
Periodo	Datos	Meta Vigencia	Meta Objetivo												
2019-1	0.00	0.00	0.00												
2019-2	0.00	0.00	0.00												
2020-1	0.00	0.00	0.00												
2020-2	0.00	0.00	0.00												
2020-3	0.00	0.00	0.00												
2020-4	0.00	0.00	0.00												
2021-1	0.00	0.00	0.00												
2021-2	0.00	0.00	0.00												
2021-3	0.00	0.00	0.00												
2021-4	0.00	0.00	0.00												
Análisis/Interpretación de Resultados del Indicador															
Se evidencia que ningún paciente, familiar, visitante o funcionario ha presentado caídas en las instalaciones de la institución en ninguno de los periodos, de esta manera el indicador se mantiene estable.															
Observaciones															
Requiere Acción Correctiva, Preventiva o de Mejora: NO: <input checked="" type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/>															
Notas:															

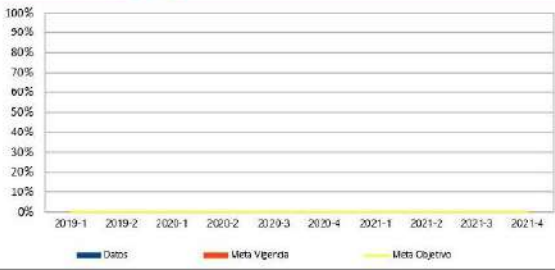
 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>IAFAN</i> <i>Corazón de Todos</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PO-XX-YY
	POLÍTICA	POLÍTICA DE CALIDAD	VERSIÓN	01

Indicador 18: Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias

NOMBRE DEL INDICADOR																
Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias																
OBJETIVO DEL INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	LINEA BASE	META OBJETIVO												
Estimar las caídas de pacientes en el servicio de urgencias por trimestre.		Calidad	0.00	META	PLAZO DE CUMPLIMIENTO	VIGENCIA DE CUMPLIMIENTO										
				0	2021	2021										
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR																
UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA	META VIGENCIA	RESPONSABLE MEDICIÓN	RESPONSABLE ANÁLISIS	ACTORES INTERESADOS EN EL RESULTADO											
Por 1000 personas atendidas en urgencias	trimestral	0	Calidad	Calidad	Gerencia											
FUENTE DE INFORMACIÓN						FÓRMULA DE CÁLCULO										
Rips de la atención de los usuarios, Reporte del prestador al MSPS						Cociente entre el número total de pacientes atendidos en urgencias que sufren caídas en el periodo y el total de personas atendidas en urgencias en el periodo por 1000										
COMPORTAMIENTO INDICADOR																
Meses	2019				2020				2021				2022			
Periodo	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Dato Numerador	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
Dato Denominador	36493	38803	8293	4743	4478	5933	4325	7729	8130							
MEDICIÓN																
Periodo	Datos	Meta Vigencia	Meta Objetivo													
2019-1	0.00	0.00	0.00													
2019-2	0.00	0.00	0.00													
2020-1	0.00	0.00	0.00													
2020-2	0.00	0.00	0.00													
2020-3	0.00	0.00	0.00													
2020-4	0.00	0.00	0.00													
2021-1	0.00	0.00	0.00													
2021-2	0.00	0.00	0.00													
2021-3	0.00	0.00	0.00													
2021-4	0.00	0.00	0.00													
Análisis/Interpretación de Resultados del Indicador																
Se evidencia que no se ha presentado caídas en las instalaciones de la institución en ninguno de los periodos, de esta manera el indicador se mantiene estable.																
Observaciones																
Requiere Acción Correctiva, Preventiva o de Mejora: NO: <input checked="" type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/>																
Notas:																


 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO C.A.M.I. <i>Concilio de Todos</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PO-XX-YY
	POLÍTICA	POLÍTICA DE CALIDAD	VERSIÓN	01


Indicador 19: Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa

NOMBRE DEL INDICADOR														
Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa														
OBJETIVO DEL INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	LINEA BASE	META OBJETIVO										
Estimar las caídas de pacientes en los servicios de consulta externa en un mes/trimestre.		Calidad	0.00	META	PLAZO DE CUMPLIMIENTO	VIGENCIA DE CUMPLIMIENTO								
				0	2021	2021								
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR														
UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA	META VIGENCIA	RESPONSABLE MEDICIÓN	RESPONSABLE ANÁLISIS	ACTORES INTERESADOS EN EL RESULTADO									
Por 1000 personas atendidas en consulta externa	trimestral	0	Calidad	Calidad	Gerencia									
FUENTE DE INFORMACIÓN							FÓRMULA DE CÁLCULO							
Rip de la atención de los usuarios, Reporte del prestador al MSPS							Cociente entre el número total de pacientes atendidos en consulta externa que sufren caídas en el periodo y el total de personas atendidas en consulta externa en el periodo por 1000							
COMPORTAMIENTO INDICADOR														
Año	2019		2020				2021				2022			
Periodo	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Dato Numerador	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
Dato Denominador	37716	37107	15406	14916	23713	24621	28685	45049	55376					
MEDICIÓN														
Periodo	Datos	Meta Vigencia	Meta Objetivo											
2019-1	0.00	0.00	0.00											
2019-2	0.00	0.00	0.00											
2020-1	0.00	0.00	0.00											
2020-2	0.00	0.00	0.00											
2020-3	0.00	0.00	0.00											
2020-4	0.00	0.00	0.00											
2021-1	0.00	0.00	0.00											
2021-2	0.00	0.00	0.00											
2021-3	0.00	0.00	0.00											
2021-4	0.00	0.00	0.00											
Análisis/Interpretación de Resultados del Indicador														
Se evidencia que no se ha presentado caídas de pacientes en las instalaciones de la institución en ninguno de los periodos, de esta manera el indicador se mantiene estable.														
Observaciones														
Requiere Acción Correctiva, Preventiva o de Mejora: NO: <input checked="" type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/>														
Notas:														

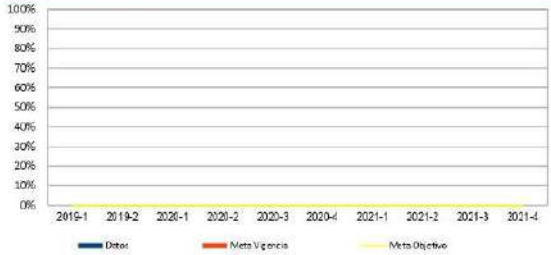
 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>Con AMN/Consejos de Todos</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PO-XX-YY
	POLÍTICA	POLÍTICA DE CALIDAD	VERSIÓN	01

Indicador 20: Tasa de caída de pacientes en el servicio de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica

NOMBRE DEL INDICADOR														
Tasa de caída de pacientes en el servicio de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica														
OBJETIVO DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	LINEA BASE	META OBJETIVO											
			META	PLAZO DE CUMPLIMIENTO	VIGENCIA DE CUMPLIMIENTO									
Estimar caídas de pacientes en Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica en un trimestre.	Calidad	0.00	0	2021	2021									
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR														
UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA	META VIGENCIA	RESPONSABLE MEDICIÓN	RESPONSABLE ANALISIS	ACTORES INTERESADOS EN EL RESULTADO									
Por 1000 personas atendidas en Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	trimestral	0	Calidad	Calidad	Gerencia									
FUENTE DE INFORMACIÓN			FÓRMULA DE CÁLCULO											
Rips de la atención de los usuarios. Reporte del prestador al MSPS.			Cociente entre el número total de pacientes atendidos en el servicio de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica que sufren caídas en el periodo y el total de personas atendidas en Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica en el periodo por 1000											
COMPORTAMIENTO INDICADOR														
Año	2019		2020				2021			2022				
Periodo	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Dato Numerador	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
Dato Denominador	8334	8209	4418	3982	5508	7094	7782	9847	4877					
MEDICIÓN														
Periodo	Datos	Meta Vigencia	Meta Objetivo											
2019-1	0.00	0.00	0.00											
2019-2	0.00	0.00	0.00											
2020-1	0.00	0.00	0.00											
2020-2	0.00	0.00	0.00											
2020-3	0.00	0.00	0.00											
2020-4	0.00	0.00	0.00											
2021-1	0.00	0.00	0.00											
2021-2	0.00	0.00	0.00											
2021-3	0.00	0.00	0.00											
2021-4	0.00	0.00	0.00											
Análisis/Interpretación de Resultados del Indicador														
Se evidencia que no se ha presentado caídas de pacientes en las instalaciones de la institución en ninguno de los periodos, de esta manera el indicador se mantiene estable.														
Observaciones														
Requiere Acción Correctiva, Preventiva o de Mejora: NO: <input checked="" type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/>														
Notas:														

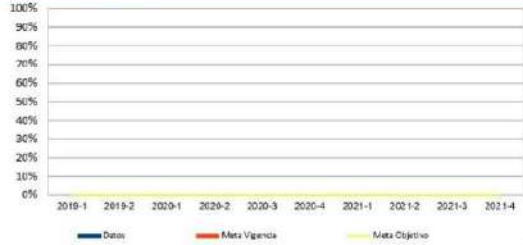
 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>AMN/Corazón de Todos</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PO-XX-YY
	POLÍTICA	POLÍTICA DE CALIDAD	VERSIÓN	01

Indicador 21: Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización

NOMBRE DEL INDICADOR														
Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización														
OBJETIVO DEL INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	LINEA BASE	META OBJETIVO										
Expresar el número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el servicio de hospitalización.		Calidad	0.00	META	PLAZO DE CUMPLIMIENTO	VIGENCIA DE CUMPLIMIENTO								
				0	2021	2021								
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR														
UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA	META VIGENCIA	RESPONSABLE MEDICIÓN	RESPONSABLE ANALISIS	ACTORES INTERESADOS EN EL RESULTADO									
Por 100 (%)	trimestral	0	Calidad	Calidad	Gerencia									
FUENTE DE INFORMACIÓN							FÓRMULA DE CÁLCULO							
Rips de la atención de los usuarios, Reporte del prestador al MSPS							Cociente entre el número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización y el total de egresos de hospitalización en el periodo por 100 expresado como porcentaje (%)							
COMPORTAMIENTO INDICADOR														
Meses	2019		2020				2021				2022			
Periodo	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Dato Numerador	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
Dato Denominador	212	153	42	31	71	90	71	109	122					
MEDICIÓN														
Periodo	Datos	Meta Vigencia	Meta Objetivo											
2019-1	0%	0.00	0.00											
2019-2	0%	0.00	0.00											
2020-1	0%	0.00	0.00											
2020-2	0%	0.00	0.00											
2020-3	0%	0.00	0.00											
2020-4	0%	0.00	0.00											
2021-1	0%	0.00	0.00											
2021-2	0%	0.00	0.00											
2021-3	0%	0.00	0.00											
2021-4	0%	0.00	0.00											
Análisis/Interpretación de Resultados del Indicador														
Se evidencia que no se ha presentado eventos adversos por administración de medicamentos en el servicio de hospitalización/ instalaciones de la institución, para ninguno de los periodos de esta manera el indicador se mantiene estable.														
Observaciones														
Requiere Acción Correctiva, Preventiva o de Mejora: NO: <input checked="" type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/>														
Notas:														

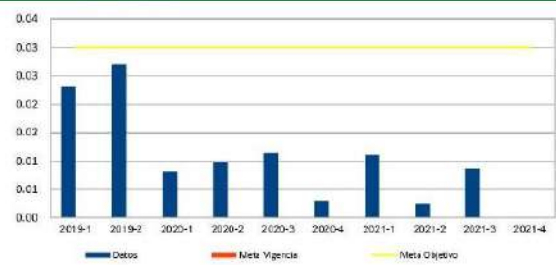
 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>Con ANI/Consejo de Todos</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PO-XX-YY
	POLÍTICA	POLÍTICA DE CALIDAD	VERSIÓN	01

Indicador 22: Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en Urgencias

NOMBRE DEL INDICADOR																
Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en Urgencias																
OBJETIVO DEL INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	LINEA BASE	META OBJETIVO												
				META	PLAZO DE CUMPLIMIENTO	VIGENCIA DE CUMPLIMIENTO										
Expresar el número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el servicio de urgencias		Calidad	0.00	0	2021	2021										
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR																
UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA	META VIGENCIA	RESPONSABLE MEDICIÓN	RESPONSABLE ANÁLISIS	ACTORES INTERESADOS EN EL RESULTADO											
Por 100 (%)	trimestral	0	Calidad	Calidad	Gerencia											
FUENTE DE INFORMACION							FORMULA DE CÁLCULO									
Rips de la atención de los usuarios, Reporte del prestador al MSPS:							Cociente entre el número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias y el total de personas atendidas en urgencias en el periodo por 100 expresado como porcentaje (%).									
COMPORTAMIENTO INDICADOR																
Meses	2019				2020				2021				2022			
Periodo	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Dato Numerador	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
Dato Denominador	16493	18803	20913	22419	24776	26000	5603	7726	8127							
MEDICIÓN																
Periodo	Datos	Meta Vigencia	Meta Objetivo													
2019-1	0.00	0.00	0.00													
2019-2	0.00	0.00	0.00													
2020-1	0.00	0.00	0.00													
2020-2	0.00	0.00	0.00													
2020-3	0.00	0.00	0.00													
2020-4	0.00	0.00	0.00													
2021-1	0.00	0.00	0.00													
2021-2	0.00	0.00	0.00													
2021-3	0.00	0.00	0.00													
2021-4	0.00	0.00	0.00													
Análisis/Interpretación de Resultados del Indicador:																
Se evidencia que no se ha presentado eventos adversos por administración de medicamentos en en servicio de urgencias / instalaciones de la institución para ninguno de los periodos, de esta manera el indicador se mantiene estable.																
Observaciones																
Requiere Acción Correctiva, Preventiva o de Mejora: NO: <input checked="" type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/>																
Notas:																

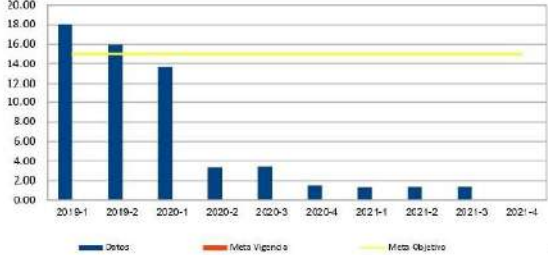
 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO C.A.M.I. Corazón de Todos	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PO-XX-YY
	POLÍTICA	POLÍTICA DE CALIDAD	VERSIÓN	01

Indicador 24: Proporción de reingreso de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 horas.

NOMBRE DEL INDICADOR																
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 horas.																
OBJETIVO DEL INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	LÍNEA BASE	META OBJETIVO												
Expresar la proporción de pacientes atendidos en urgencias que reingresan al mismo servicio de la misma institución por el mismo diagnóstico de egreso dentro de las 72 horas posteriores dado de alta.		Calidad	0.01	META	PLAZO DE CUMPLIMIENTO	VIGENCIA DE CUMPLIMIENTO										
				0.03	2021	2021										
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR																
UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA	META VIGENCIA	RESPONSABLE MEDICIÓN	RESPONSABLE ANÁLISIS	ACTORES INTERESADOS EN EL RESULTADO											
Por 100 (%)	trimestral	<=0.03	Calidad	Calidad	Gerencia											
FUENTE DE INFORMACIÓN							FÓRMULA DE CÁLCULO									
Ripa de la atención de los usuarios, Reporte del prestador al MSPS							Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso / Número total de egresos vivos atendidos en el servicio de urgencias durante el periodo definido									
COMPORTAMIENTO INDICADOR																
Año	2019				2020				2021				2022			
Periodo	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Dato Numerador	350	441	35	36	43	15	69	20	71							
Dato Denominador	15383	16257	7173	3668	3763	4942	8210	8196	8127							
MEDICIÓN																
Periodo	Datos	Meta Vigencia	Meta Objetivo													
2019-1	0.02	<=0.03	0.03													
2019-2	0.03	<=0.03	0.03													
2020-1	0.01	<=0.03	0.03													
2020-2	0.01	<=0.03	0.03													
2020-3	0.01	<=0.03	0.03													
2020-4	0.00	<=0.03	0.03													
2021-1	0.01	<=0.03	0.03													
2021-2	0.00	<=0.03	0.03													
2021-3	0.01	<=0.03	0.03													
2021-4	0.00	<=0.03	0.03													
Análisis/Interpretación de Resultados del Indicador																
Observaciones																
Requiere Acción Correctiva, Preventiva o de Mejora: NO: <input checked="" type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/>																
Notas:																

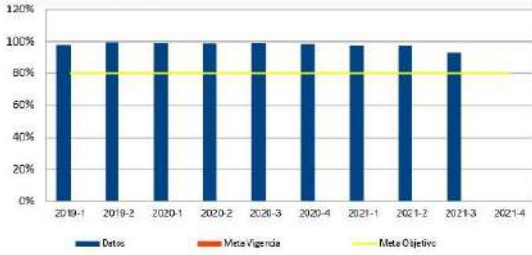
 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (S. EN B.)/Corazón de Todos	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PO-XX-YY
	POLÍTICA	POLÍTICA DE CALIDAD	VERSIÓN	01

Indicador 29: Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias

NOMBRE DEL INDICADOR										
Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias										
OBJETIVO DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	LINEA BASE	META OBJETIVO							
			META	PLAZO DE CUMPLIMIENTO	VIGENCIA DE CUMPLIMIENTO					
Expresar el tiempo de espera en minutos para el paciente clasificado como Triage 2, en el servicio de urgencias hasta que se inicia la atención en consulta de urgencias por médico.	Calidad		15	2021	2021					
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR										
UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA	META VIGENCIA	RESPONSABLE MEDICIÓN	RESPONSABLE ANÁLISIS	ACTORES INTERESADOS EN EL RESULTADO					
minutos	Trimestral	<= 15	Calidad	Calidad	Gerencia					
FUENTE DE INFORMACIÓN			FÓRMULA DE CÁLCULO							
Ripe de la atención de los usuarios, Reporte del prestador al MSPS			Sumatoria del número de minutos transcurridos a partir de que el paciente es clasificado como Triage 2 y el momento en el cual es atendido en consulta de Urgencias por médico / Número total de pacientes clasificados como Triage 2, en un periodo determinado							
COMPORTAMIENTO INDICADOR										
Meses	2019		2020		2021		2022			
Periodo	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4
Dato Numerador	80197	56227	21372	2275	1880	720	806	1849	2686	
Dato Denominador	3332	3842	1962	880	580	473	630	1390	1969	
MEDICIÓN										
Periodo	Datos	Meta Vigencia	Meta Objetivo							
2019-1	8.07	<= 15	15.00							
2019-2	15.96	<= 15	15.00							
2020-1	13.68	<= 15	15.00							
2020-2	3.35	<= 15	15.00							
2020-3	3.42	<= 15	15.00							
2020-4	1.52	<= 15	15.00							
2021-1	1.28	<= 15	15.00							
2021-2	1.33	<= 15	15.00							
2021-3	1.36	<= 15	15.00							
2021-4	0.00	<= 15	15.00							
Análisis/Interpretación de Resultados del Indicador										
El indicador se mantiene en cumplimiento con la meta establecida en minutos de atención por triage 2 evidenciando un mayor promedio en los trimestres de 2021.										
Observaciones										
Requiere Acción Correctiva, Preventiva o de Mejora: NO: <input checked="" type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/>										
Notas:										


 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>MANI</i> <i>Corazón de Todas</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PO-XX-YY
	POLÍTICA	POLÍTICA DE CALIDAD	VERSIÓN	01


Indicador 30: Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS

NOMBRE DEL INDICADOR																
Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS																
OBJETIVO DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	LINEA BASE	META OBJETIVO													
			META	PLAZO DE CUMPLIMIENTO	VIGENCIA DE CUMPLIMIENTO											
Expresar la proporción de usuarios satisfechos con los servicios recibidos en la IPS	Calidad	0.93	0.80	2021	2021											
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR																
UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA	META VIGENCIA	RESPONSABLE MEDICIÓN	RESPONSABLE ANÁLISIS	ACTORES INTERESADOS EN EL RESULTADO											
Por 100 (%)	trimestral	≥0.80	Calidad	Calidad	Gerencia											
FUENTE DE INFORMACIÓN						FÓRMULA DE CÁLCULO										
Reporte del prestador al MSPS, PQRSF realizadas por los usuarios.						(Número de usuarios que respondieron "muy buena" o "buena" a la pregunta: ¿cómo calificaria su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS? No. De usuarios que respondieron la pregunta)										
COMPORTAMIENTO INDICADOR																
Meses	2019				2020				2021				2022			
Periodo	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Dato Numerador	1707	2575	3302	196	292	196	340	440	399							
Dato Denominador	1743	2524	3316	198	294	198	348	451	420							
MEDICIÓN																
Periodo	Datos	Meta Vigencia	Meta Objetivo													
2019-1	0.98	≥0.80	0.80													
2019-2	1.00	≥0.80	0.80													
2020-1	0.99	≥0.80	0.80													
2020-2	0.99	≥0.80	0.80													
2020-3	0.98	≥0.80	0.80													
2020-4	0.96	≥0.80	0.80													
2021-1	0.98	≥0.80	0.80													
2021-2	0.98	≥0.80	0.80													
2021-3	0.93	≥0.80	0.80													
2021-4	0.00	≥0.80	0.80													
Análisis/Interpretación de Resultados del Indicador																
El indicador se muestra estable y en cumplimiento con la meta establecida para medir la satisfacción del usuario con los servicios de la institución.																
Observaciones																
los periodos 2,3,4 de 2020 sufre variación en la cantidad de encuestados debido a la contingencia de covid 19																
Requiere Acción Correctiva, Preventiva o de Mejora: NO: <input checked="" type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/>																
Notas:																


 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PO-XX-YY
	POLÍTICA	POLÍTICA DE CALIDAD	VERSIÓN	01


Indicador 1: Proporción de gestantes con consulta de control prenatal por primera vez antes de las 12 semanas de gestación

NOMBRE DEL INDICADOR								
Proporción de gestantes con consulta de control prenatal por primera vez antes de las 12 semanas de gestación								
OBJETIVO DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	LINEA BASE	META OBJETIVO					
			META	PLAZO DE CUMPLIMIENTO	VIGENCIA DE CUMPLIMIENTO			
Estimar la proporción de gestantes con consulta de control prenatal por primera vez antes de las 12 semanas de gestación	Calidad	0.00	>=0.85	2021	2021			
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR								
UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA	META VIGENCIA	RESPONSABLE MEDICIÓN	RESPONSABLE ANALISIS	ACTORES INTERESADOS EN EL RESULTADO			
Por 100%	Semanal	>=0.85	Lider de promoción y mantenimiento de la salud	Lider de promoción y mantenimiento de la salud	Gobernación			
FUENTE DE INFORMACIÓN			FÓRMULA DE CÁLCULO					
Tipo de la selección de los sujetos, Reporte de la prestador al MSPG (RUA) ND Cruzado con ECUA Y resolución 4505 ahora 2021 a 2021)			Cociente entre el número de gestantes que ingresó al control prenatal antes de las 12 semanas de gestación y el número total de gestantes en el periodo, multiplicado por 100 y expresado en porcentaje %.					
COMPORTAMIENTO INDICADOR								
Meses	2019		2020		2021		2022	
Periodo	1	2	1	2	1	2	1	2
Dato Numerador								
Dato Denominador								
MEDICIÓN								
Periodo	Datos	Meta Vigencia	Meta Objetivo					
2019-1	0.00	>=0.85	>=0.85					
2019-2	0.00	>=0.85	>=0.85					
2020-1	0.00	>=0.85	>=0.85					
2020-2	0.00	>=0.85	>=0.85					
2021-1	0.00	>=0.85	>=0.85					
2021-2	0.00	>=0.85	>=0.85					
2022-1	0.00	>=0.85	>=0.85					
2022-2	0.00	>=0.85	>=0.85					
Análisis/Interpretación de Resultados del Indicador								
Observaciones								
Requiere Acción Correctiva, Preventiva o de Mejora: NO: <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/>								
Notas:								

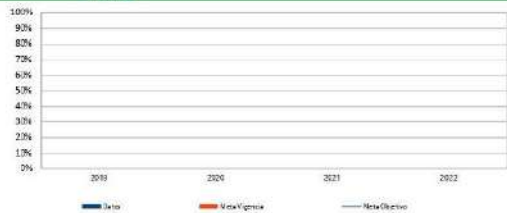
 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO 19 ANNI <i>Compromiso de Todos</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PO-XX-YY
	POLÍTICA	POLÍTICA DE CALIDAD	VERSIÓN	01

Indicador 3: Tasa de mortalidad perinatal

NOMBRE DEL INDICADOR						
Tasa de mortalidad perinatal						
OBJETIVO DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	LINEA BASE	META OBJETIVO			
			META	PLAZO DE CUMPLIMIENTO	VIGENCIA DE CUMPLIMIENTO	
Estimar la Tasa de mortalidad perinatal	Cantidad	0.00	0.	2021	2021	
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR						
UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA	META VIGENCIA	RESPONSABLE MEDICIÓN	RESPONSABLE ANÁLISIS	ACTORES INTERESADOS EN EL RESULTADO	
Por 1000 nacimientos	Anual	0	Lider: vigilancia en salud pública-VSP.	Lider: vigilancia en salud pública-VSP.	Gerencia	
FUENTE DE INFORMACIÓN			FÓRMULA DE CÁLCULO			
(RUIF-ND) Definición: dispuesto en: SIOPRO ministerio de salud y de la protección social			Cociente entre el número de muertes fetales con 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso y los siete días completos después del nacimiento / el número de nacidos vivos más el número de muertes fetales con 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso en un período determinado multiplicado por 1000.			
COMPORTAMIENTO INDICADOR						
Periodo	2019	2020	2021	2022		
Dato Numerador						
Dato Denominador						
MEDICIÓN						
Periodo	Datos	Meta Vigencia	Meta Objetivo			
2019	0.00	0.00	0.00			
2020	0.00	0.00	0.00			
2021	0.00	0.00	0.00			
2022	0.00	0.00	0.00			
Análisis/Interpretación de Resultados del Indicador						
Observaciones						
Cumplimiento Acciones Correctivas, Preventivas o de Mejora:						
Nada:			NO	SI		

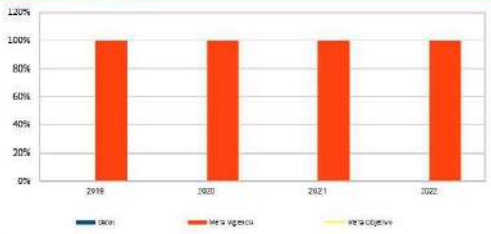
 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>WANI / Corazón de Todos</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PO-XX-YY
	POLÍTICA	POLÍTICA DE CALIDAD	VERSIÓN	01

Indicador 8: Letalidad en menores de 5 años por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)

NOMBRE DEL INDICADOR					
Letalidad en menores de 5 años por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)					
OBJETIVO DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	LINEA BASE	META OBJETIVO		
			META	PLAZO DE CUMPLIMIENTO	VIGENCIA DE CUMPLIMIENTO
Estimar la Letalidad en menores de 5 años por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)	Cualidad	0.00	0	2021	2021
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA	META VIGENCIA	RESPONSABLE MEDICIÓN	RESPONSABLE ANÁLISIS	ACTORES INTERESADOS EN EL RESULTADO
Por 100 (%)	Anual	0	Lider vigilancia en salud pública-VSP	Lider vigilancia en salud pública-VSP	Gerencia
FUENTE DE INFORMACIÓN			FÓRMULA DE CÁLCULO		
RIPS - Dispuesto en SISPRO Ministerio de Salud y Protección Social			$\frac{\text{Cociente entre el número de muertes por EDA en menores de 5 años / Número total de menores de 5 años atendidos con diagnóstico de EDA en un periodo determinado multiplicado por 100 y expresado como porcentaje (\%)}}{1}$		
COMPORTAMIENTO INDICADOR					
Periodo	2019		2020		2022
Dato Numerador					
Dato Denominador					
MEDICIÓN					
Periodo	Datos	Meta Vigencia	Meta Objetivo		
2019	0.00	0.00	0.00		
2020	0.00	0.00	0.00		
2021	0.00	0.00	0.00		
2022	0.00	0.00	0.00		
Análisis/Interpretación de Resultados del Indicador					
Observaciones					
Requiere Acción Correctiva, Preventiva o de M					
NO:		SI:			
Notas:					


 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>Con AMIL/Consigna de Todos</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PO-XX-YY
	POLÍTICA	POLÍTICA DE CALIDAD	VERSIÓN	01


Indicador 13: Proporción de personas con Diabetes Mellitus a quienes se les realiza medición de LDL

NOMBRE DEL INDICADOR					
Proporción de personas con Diabetes Mellitus a quienes se les realiza medición de LDL					
OBJETIVO DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	LINEA BASE	META OBJETIVO		
			META	PLAZO DE CUMPLIMIENTO	VIGENCIA DE CUMPLIMIENTO
Estimar la Proporción de personas con Diabetes Mellitus a quienes se les realiza medición de LDL	Calidad	0.00	1	2021	2021
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA	META VIGENCIA	RESPONSABLE MEDICIÓN	RESPONSABLE ANÁLISIS	ACTORES INTERESADOS EN EL RESULTADO
Por 100 (%)	Anual	1	Líder de promoción y mantenimiento de la salud	Líder de promoción y mantenimiento de la salud	Gerencia
FUENTE DE INFORMACIÓN			FORMULA DE CÁLCULO		
Cuenta de alto costo Dispuesto en SISPRO Ministerio de Salud y Protección Social			Cociente entre el número de personas con Diabetes Mellitus a quienes se les realizó como mínimo una medición de LDL en el año / el número total de personas con Diabetes Mellitus reportados por 100 expresado como porcentaje (%).		
COMPORTAMIENTO INDICADOR					
Periodo	2019	2020	2021	2022	
Dato Numerador					
Dato Denominador					
MEDICIÓN					
Periodo	Datos	Meta Vigencia	Meta Objetivo		
2018	0.00	1.00	1.00		
2020	0.00	1.00	1.00		
2021	0.00	1.00	1.00		
2022	0.00	1.00	1.00		
Análisis/Interpretación de Resultados del Indicador					
Observaciones					
Requiere Acción Correctiva, Preventiva o de Mejora:		NC:	SI:		
Notas:					

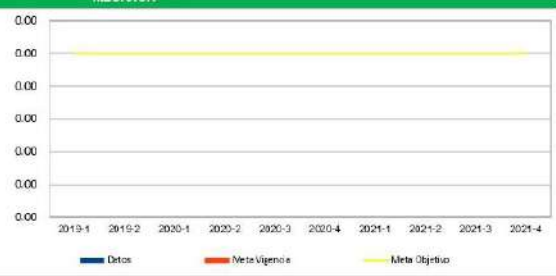
 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>CON AMI/Corazón de Todos</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PO-XX-YY
	POLÍTICA	POLÍTICA DE CALIDAD	VERSIÓN	01

Indicador 23: Tasa de úlceras por presión.

NOMBRE DEL INDICADOR														
Tasa de úlceras por presión.														
OBJETIVO DEL INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	LINEA BASE	META OBJETIVO										
Expresar el número de pacientes hospitalizados que durante su permanencia desarrollaron úlceras por presión en un periodo determinado.		Calidad	0.00	META	PLAZO DE CUMPLIMIENTO	VIGENCIA DE CUMPLIMIENTO								
				0	2021	2021								
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR														
UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA	META VIGENCIA	RESPONSABLE MEDICIÓN	RESPONSABLE ANALISIS	ACTORES INTERESADOS EN EL RESULTADO									
Por 1000 días paciente	trimestral	0	Calidad	Calidad	Gerencia									
FUENTE DE INFORMACION							FORMULA DE CALCULO							
Rips de la atención de los usuarios, Reporte del prestador al MSPS							Número de pacientes que desarrollan úlceras por presión en la institución en el periodo/Sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización.							
COMPORTAMIENTO INDICADOR														
Meses	2019		2020				2021				2022			
Periodo	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Dato Numerador	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
Dato Denominador	246	370	46	60	222	227	183	258	130					
MEDICION														
Periodo	Datos	Meta Vigencia	Meta Objetivo											
2019-1	0.00	0.00	0.00											
2019-2	0.00	0.00	0.00											
2020-1	0.00	0.00	0.00											
2020-2	0.00	0.00	0.00											
2020-3	0.00	0.00	0.00											
2020-4	0.00	0.00	0.00											
2021-1	0.00	0.00	0.00											
2021-2	0.00	0.00	0.00											
2021-3	0.00	0.00	0.00											
2021-4	0.00	0.00	0.00											
Análisis/Interpretación de Resultados del indicador														
Se evidencia que no se ha presentado úlceras en las instalaciones de la institución para ninguno de los periodos de esta manera el indicador se mantiene estable.														
Observaciones														
Requiere Acción Correctiva, Preventiva o de Mejora: NO: <input checked="" type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/>														
X: A45														

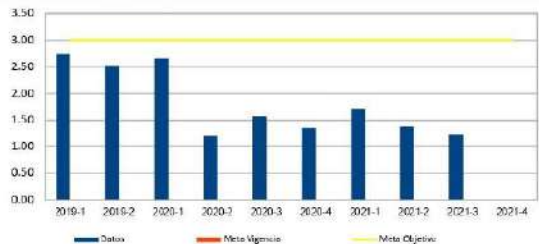
 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>IAAMI/Corazón de Todos</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PO-XX-YY
	POLÍTICA	POLÍTICA DE CALIDAD	VERSIÓN	01

Indicador 25: Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días

NOMBRE DEL INDICADOR																
Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días																
OBJETIVO DEL INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	LINEA BASE	META OBJETIVO												
Expresar la proporción de reingresos de pacientes hospitalizados en menos de 15 días, en un periodo determinado.		Calidad	0.00	META	PLAZO DE CUMPLIMIENTO	VIGENCIA DE CUMPLIMIENTO										
				0.001	2021	2021										
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR																
UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA	META VIGENCIA	RESPONSABLE MEDICIÓN	RESPONSABLE ANÁLISIS	ACTORES INTERESADOS EN EL RESULTADO											
Por 1000 egresos	trimestral	0	Calidad	Calidad	Gerencia											
FUENTE DE INFORMACIÓN							FÓRMULA DE CÁLCULO									
Rips de la atención de los usuarios, Reporte del prestador al MSPS							Número de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización, en la misma institución, antes de 15 días, por el mismo diagnóstico de egreso en el periodo/ Número total de egresos vivos atendidos en el servicio de hospitalización en el periodo									
COMPORTAMIENTO INDICADOR																
Meaos	2019				2020				2021				2022			
Periodo	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Dato Numerador	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0						
Dato Denominador	90	120	90	24	50	91	84	108	103							
MEDICIÓN																
Periodo	Datos	Meta Vigencia	Meta Objetivo													
2019-1	0.00	0.00	0.001													
2019-2	0.00	0.00	0.001													
2020-1	0.00	0.00	0.001													
2020-2	0.00	0.00	0.001													
2020-3	0.00	0.00	0.001													
2020-4	0.00	0.00	0.001													
2021-1	0.00	0.00	0.001													
2021-2	0.00	0.00	0.001													
2021-3	0.00	0.00	0.001													
2021-4	0.00	0.00	0.001													
Análisis/Interpretación de Resultados del Indicador																
Observaciones																
Requiere Acción Correctiva, Preventiva o de Mejora: NO: <input checked="" type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/>																
Notas:																

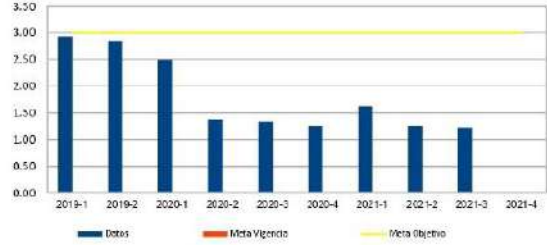
 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>CONVINO Consejo de Todos</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PO-XX-YY
	POLÍTICA	POLÍTICA DE CALIDAD	VERSIÓN	01

Indicador 26: Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General

NOMBRE DEL INDICADOR															
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General															
OBJETIVO DEL INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	LINEA BASE	META OBJETIVO											
Expresar el tiempo de espera en días calendario, que transcurren entre la fecha de solicitud de la cita para consulta por Medicina General de primera vez por parte del paciente/usuario a la IPS y la fecha en que es asignada.		Calidad	1,22	META	PLAZO DE CUMPLIMIENTO	VIGENCIA DE CUMPLIMIENTO									
				3	2021	2021									
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR															
UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA	META VIGENCIA	RESPONSABLE MEDICIÓN	RESPONSABLE ANÁLISIS	ACTORES INTERESADOS EN EL RESULTADO										
Días	Trimestral	<=3	Calidad	Calidad	Gerencia										
FUENTE DE INFORMACIÓN						FORMULA DE CALCULO									
Raps de la atención de los usuarios, Reporte del prestador al MSPS						Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó/ Número total de citas de Medicina General de primera vez asignadas									
COMPORTAMIENTO INDICADOR															
Meses	2019			2020			2021			2022					
Periodo	1	2	3	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Dato Numerador	25202	19504	18694	5082	11313	9132	14716	11446	11053						
Dato Denominador	1478	762	7039	4273	2195	6777	8534	8362	9033						
MEDICIÓN															
Periodo	Datos	Meta Vigencia	Meta Objetivo												
2019-1	2715	<=3	3.00												
2019-2	2527	<=3	3.00												
2020-1	266	<=3	3.00												
2020-2	145	<=3	3.00												
2020-3	107	<=3	3.00												
2020-4	135	<=3	3.00												
2021-1	172	<=3	3.00												
2021-2	137	<=3	3.00												
2021-3	122	<=3	3.00												
2021-4	000	<=3	3.00												
Análisis/Interpretación de Resultados del Indicador															
Observaciones															
Requiere Acción Correctiva, Preventiva o de Mejora: NO: <input checked="" type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/>															
Notas:															

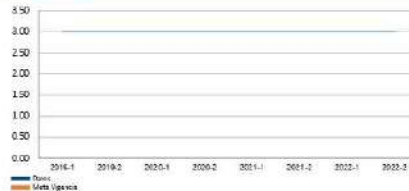
 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>AMN/Corazón de Todos</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PO-XX-YY
	POLÍTICA	POLÍTICA DE CALIDAD	VERSIÓN	01

Indicador 27: Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General

NOMBRE DEL INDICADOR																
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General																
OBJETIVO DEL INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	LINEA BASE	META OBJETIVO												
				META	PLAZO DE CUMPLIMIENTO	VIGENCIA DE CUMPLIMIENTO										
Expresar el tiempo de espera en días calendario, que transcurren entre la fecha de solicitud de la cita para consulta por Odontología General de primera vez por parte del paciente/usuario a la IPS y la fecha en que es asignada.		Calidad	1.23	3	2021	2021										
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR																
UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA	META VIGENCIA	RESPONSABLE MEDICIÓN	RESPONSABLE ANALISIS	ACTORES INTERESADOS EN EL RESULTADO											
Días	trimestral	<= 3	Calidad	Calidad	Gerencia											
FUENTE DE INFORMACIÓN							FORMULA DE CÁLCULO									
Ripe de la atención de los usuarios, Reporte del proctador al MSPS							Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Odontología general de primera vez y la fecha en la cual al usuario la solicitó/Numero total de citas de Odontología General de primera vez asignadas									
COMPORTAMIENTO INDICADOR																
Meses	2019				2020				2021				2022			
Periodo	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Dato Numerador	20201	29973	12518	2928	6163	4157	7431	5909	5152							
Dato Denominador	16059	10967	9022	1872	4659	3309	4582	4628	4199							
MEDICIÓN																
Periodo	Datos	Meta Vigencia	Meta Objetivo													
2019-1	2.92	<= 3	3.00													
2019-2	2.94	<= 3	3.00													
2020-1	2.49	<= 3	3.00													
2020-2	1.34	<= 3	3.00													
2020-3	1.33	<= 3	3.00													
2020-4	1.25	<= 3	3.00													
2021-1	1.62	<= 3	3.00													
2021-2	1.26	<= 3	3.00													
2021-3	1.23	<= 3	3.00													
2021-4	0.00	<= 3	3.00													
Análisis/Interpretación de Resultados del Indicador																
Se evidencia un disminución en el tiempo de asignación de las citas y la atención en cumplimiento con la meta establecida.																
Observaciones																
los periodos 2,3,4 de 2020 sufre variación en la cantidad de atenciones debido a la contingencia de covid 19																
Requiere Acción Correctiva, Preventiva o de Mejora: NO: <input checked="" type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/>																
Notas:																

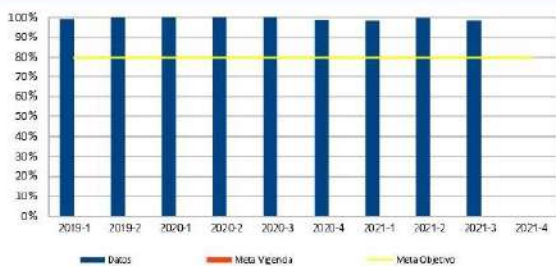
 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>AMN / Consejo de Todos</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PO-XX-YY
	POLÍTICA	POLÍTICA DE CALIDAD	VERSIÓN	01

Indicador 28: Tiempo promedio de espera para la toma de Ecografía

NOMBRE DEL INDICADOR					
Tiempo promedio de espera para la toma de Ecografía					
OBJETIVO DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	LINEA BASE	META OBJETIVO		
			META	PLAZO DE CUMPLIMIENTO	VIGENCIA DE CUMPLIMIENTO
Expresar el tiempo de espera en días calendario, que transcurran entre la fecha de solicitud de la cita para consulta para la toma de ecografía por parte del paciente/usuario a la IPS y la fecha en que es asignada.	Calidad	0.00	3	2021	2021
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA	META VIGENCIA	RESPONSABLE MEDICIÓN	RESPONSABLE ANÁLISIS	ACTORES INTERESADOS EN EL RESULTADO
Días	Semestral	≤ 3	Calidad	Calidad	Gerencia
FUENTE DE INFORMACIÓN			FORMULA DE CÁLCULO		
Ripos de la atención de los usuarios Reporte del prestador al MISPS			Cociente entre la sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se realiza la toma de la Ecografía y la fecha en la que se solicita y el número total de Ecografías realizadas en un periodo determinado.		
COMPORTAMIENTO INDICADOR					
Meses	2019	2020	2021	2022	
Período					
Data Numerador					
Data Denominador					
MEDICIÓN					
Período	Datos	Meta Vigencia	Meta Objetive		
2019-1	0.00	≤ 3	3.00		
2019-2	0.00	≤ 3	3.00		
2020-1	0.00	≤ 3	3.00		
2020-2	0.00	≤ 3	3.00		
2021-1	0.00	≤ 3	3.00		
2021-2	0.00	≤ 3	3.00		
2022-1	0.00	≤ 3	3.00		
2022-2	0.00	≤ 3	3.00		
Análisis/Interpretación de Resultados del Indicador					
Observaciones					
Requiere Acción Correctiva, Preventiva o de Mejora:					
NO:			SI:		
Notas:					

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>Conoce de Todas</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PO-XX-YY
	POLÍTICA	POLÍTICA DE CALIDAD	VERSIÓN	01

Indicador 31: Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos

NOMBRE DEL INDICADOR														
Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos														
OBJETIVO DEL INDICADOR		TIPO DE INDICADOR	LINEA BASE	META OBJETIVO										
				META	PLAZO DE CUMPLIMIENTO	VIGENCIA DE CUMPLIMIENTO								
Expresar la proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos		Calidad	0.99	0.80	2021	2021								
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR														
UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA	META VIGENCIA	RESPONSABLE MEDICIÓN	RESPONSABLE ANÁLISIS	ACTORES INTERESADOS EN EL RESULTADO									
Por 100 (%)	Trimestral	>=0.8	Calidad	Calidad	Gerencia									
FUENTE DE INFORMACIÓN							FORMULA DE CÁLCULO							
Reporte del prestador al MSPS, Encuestas de satisfacción realizadas por los usuarios							Número de usuarios que respondieron "definitivamente sí" o "probablemente sí" a la pregunta: "¿recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?"/Número de usuarios que respondieron la pregunta							
COMPORTAMIENTO INDICADOR														
Meses	2019		2020				2021				2022			
Periodo	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Dato Numerador	1731	2522	1316	108	254	196	343	450	423					
Dato Denominador	1743	2534	1316	108	254	198	348	451	429					
MEDICIÓN														
Periodo	Datos	Meta Vigencia	Meta Objetivo											
2019-1	0.99	>=0.8	0.80											
2019-2	1.00	>=0.8	0.80											
2020-1	1.00	>=0.8	0.80											
2020-2	1.00	>=0.8	0.80											
2020-3	1.00	>=0.8	0.80											
2020-4	0.99	>=0.8	0.80											
2021-1	0.99	>=0.8	0.80											
2021-2	1.00	>=0.8	0.80											
2021-3	0.99	>=0.8	0.80											
2021-4	0.00	>=0.8	0.80											
Análisis/Interpretación de Resultados del Indicador														
El indicador se muestra estable y en cumplimiento con la meta establecida para recomendar los servicios de la institución por parte de los usuarios para la comunidad.														
Observaciones														
los periodos 2,3,4 de 2020 sufre variación en la cantidad de encuestados debido a la contingencia de covid 19														
Requiere Acción Correctiva, Preventiva o de Mejora: NO: <input checked="" type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/>														
Notas:														

8.2.5.2.45. Política de confidencialidad (Diseñado)

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>Consejo de Todos</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PO-XX-YY
	POLÍTICA	CONFIDENCIALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS DATOS	VERSIÓN	01

1. POLÍTICA

En la E.S.E Hospital Local Municipio de Los Patios es política institucional, garantizar la confidencialidad, seguridad y protección en el uso de la información y datos personales del usuario, estableciendo procesos que respondan a la normatividad vigente y a sus derechos; teniendo herramientas para la protección y custodia de los registros clínicos e infraestructura que facilite su comodidad. Asegurar que los datos personales contenidos en la información confidencial, son utilizados para proveerle al usuario un servicio personalizado y acorde a sus necesidades. El Hospital se compromete a no compartir la información confidencial proporcionada por el Usuario, con ningún tercero, excepto que tenga autorización de éste, pues es el propio usuario quien acepta el tratamiento de los mismos y autoriza su uso cuando los proporciona, a través de los diferentes medios de conformidad con los términos de esta política.

2. OBJETIVO

Asegurar la confidencialidad, seguridad y protección de la información de los usuarios, colaboradores, y demás personas que estén vinculadas a la ESE Hospital Local Municipio de Los Patios.

3. ALCANCE

Esta Política aplica a la información personal y clínica, que obtenga la ESE Hospital Local Municipio de Los Patios, en el desarrollo de actividades de prestación de servicios de salud, y en las actividades laborales, comerciales y académicas. Los funcionarios, usuarios, proveedores y demás entidades vinculadas al Hospital, deben acogerse a los lineamientos definidos en esta política.

4. RESPONSABLE

Se identifica como responsable de los datos personales y clínicos a la ESE Hospital Local Municipio de Los Patios.

5. DEFINICIONES

- ✓ **HISTORIA CLINICA:** La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley.
- ✓ **CONFIDENCIALIDAD:** Confidencialidad es la cualidad de confidencial (que se dice o hace en confianza y con seguridad recíproca entre dos o más individuos). Se trata de una propiedad de la información que pretende garantizar el acceso sólo a las personas autorizadas.
- ✓ **PRIVACIDAD:** Facultad de una persona de prevenir la difusión de datos pertenecientes a su vida privada o personal que, sin ser difamatorios ni perjudiciales, esta desea que no sean divulgados.

	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PO-XX-YY
	POLÍTICA	CONFIDENCIALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS DATOS	VERSIÓN	01

- ✓ **TITULAR:** Persona natural cuyos datos personales sean objeto de tratamiento.
- ✓ **DATO PERSONAL:** Cualquier información vinculada o que pueda asociarse a una o varias personas naturales determinadas o determinables.
- ✓ **Autorización:** Consentimiento previo, expreso e informado del titular para llevar a cabo el tratamiento de datos personales.

6. NORMATIVIDAD

La protección de los datos personales está consagrada en el artículo 15 de la Constitución Política como el derecho fundamental que tienen todas las personas a conservar su intimidad personal y familiar y su buen nombre, lo mismo que a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellos en bancos de datos y en archivos de las entidades públicas y privadas.

El artículo 17 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales", y el artículo 2.2.2.25.3.1 del Decreto 1074 de 2015, consagraron la necesidad de garantizar de forma integral la protección y el ejercicio del derecho fundamental de habeas data y estableció dentro de los deberes de los responsables del tratamiento de datos personales, desarrollar políticas para este derecho.

Mediante la Resolución 2363 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, se creó el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, dentro del cual está contemplado el Sistema de Gestión de Seguridad de la Información (SGSI), la seguridad digital y la privacidad y protección de datos.

De acuerdo con el numeral 4º, subnumeral 4.11, del artículo 12 de la misma resolución, corresponde al Comité Institucional de Gestión y Desempeño articular los mecanismos orientados a que en las diferentes dependencias del Ministerio se dé aplicación a los lineamientos en materia del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información, política de seguridad digital y de la privacidad y protección de datos.

7. LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA

- ✓ El Hospital requiere la autorización previa, informada y expresa del titular, la cual será obtenida por medios escritos bien sea físicos o electrónicos, de tal manera que pueda ser objeto de consulta posterior.
- ✓ Al solicitar la información al Titular se debe informar de manera clara la finalidad para la cual se recaudan los datos personales y clínicos, el tratamiento al cual pueden ser sometidos, sus derechos y los medios a través de los cuales puede ejercerlos y la facultad de autorizar o no el tratamiento en caso de datos sensibles.
- ✓ La autorización para el tratamiento de los datos personales de menores de edad debe realizarse bajo la facultad de los padres de familia o representantes legales del menor.
- ✓ El Titular tendrá derecho a conocer rectificar y actualizar sus datos personales.

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DE ESTADOS UNIDOS MEXICANOS</small> / <i>Cura que da Vida</i>	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	PO-XX-YY
	POLÍTICA	CONFIDENCIALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS DATOS	VERSIÓN	01

- ✓ El Titular debe garantizar la veracidad de la información que proporciona al Hospital y actualizar su información de manera oportuna. En caso de falsedad en la información suministrada, el Hospital se exime de cualquier responsabilidad.
- ✓ La atención a los usuarios no se debe interrumpir con llamadas por celular, telefónicas o conversaciones con otros compañeros, el usuario es nuestra prioridad
- ✓ Cuando se esté brindando atención a un usuario, se debe solicitar permiso para el acceso de otras personas al consultorio o habitación si está hospitalizado
- ✓ La atención a los usuarios debe realizarse en los consultorios o áreas definidas para ello.

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR

8.2.6. Presentación de evidencia fotográfica

Correo de verificación validación interna de documentos del SGC Urgencias.

The screenshot displays a Gmail interface on a Windows desktop. The browser address bar shows the URL: `mail.google.com/mail/u/0/?tab=rm&ogbl=inbox/KtbxLzGHgbzqSbbHHSrQQctHtHGCvBxVbV`. The Gmail interface includes a left sidebar with navigation options like 'Redactar', 'Recibidos' (2,502), 'Destacados', 'Pospuestos', 'Enviados', 'Borradores' (23), and 'Más'. The main content area shows an email from 'calidad hospital patios' with the subject 'VALIDACION DE DOCUMENTOS DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD URGENCIAS.' and a status of 'Externo Recibidos x'. The email body contains the following text:

Cordial saludo, por medio de la presente solicito concepto de validación y aceptación de los siguientes documentos: CONSENTIMIENTOS INFORMADOS R...

calidad hospital patios
para mi ▾
Cordial saludo,

Por medio del presente me permito informar que el área de calidad ya realizó el proceso de VALIDACIÓN INTERNA DE LOS DOCUMENTOS Y HAN SIDO APROBADOS.

Agradezco la atención prestada,

atentamente:

YICELA SAAVEDRA CARDONA
LIDER CALIDAD

The desktop taskbar at the bottom shows the Windows Start button, a search bar with 'Búsqueda', and various application icons. The system tray indicates a temperature of 34°C, 'Soleado', and the date/time: 5:09 p. m. 2/05/2023.

Tabla 10.*Resultados objetivo específico 3.*

8.3. Objetivo específico N°.3

Socializar los documentos diseñados y actualizados mediante una priorización según necesidades y requerimientos de la E.S.E.

Hospital Local del municipio de Los Patios en el servicio de urgencias

ACTIVIDAD N.º. 1 DEL Realizar una priorización para las educaciones en base a las necesidades del servicio de urgencias y
OBJETIVO a los requerimientos de la líder del área de calidad.

ACTIVIDAD N.º. 2 DEL Socialización de los documentos actualizados y/o diseñados ante el personal del servicio de
OBJETIVO urgencias.

ACTIVIDAD N.º. 3 DEL Realizar y entregar a líder del área de calidad un informe de educaciones dirigidas al personal.
OBJETIVO

8.3.1. Actividad 1

Realizar una priorización para las educaciones en base a las necesidades del servicio de urgencias y a los requerimientos de la
líder del área de calidad

<i>Formula del indicador planteado</i>	<i>Operacionalización del resultado del indicador desarrollado-</i>	<i>Meta planteada</i>	<i>Meta ejecutada</i>	<i>Fecha de desarrollo</i>
N° de procesos de priorización realizados	(1) de proceso de priorización realizado (1) educación priorizada	Al 31 de mayo del 2023 se habrá realizado una priorización de necesidades para la socialización de los documentos diseñados y o actualizados	Al 31 de marzo del 2023 se realizó (1) una priorización de necesidades para la socialización de los documentos diseñados y o actualizados cumpliendo con el 100% de la meta planteada	29-05-23 01-06-23

8.3.2. Actividad 2

Socialización de los documentos actualizados y/o diseñados ante el personal del servicio de urgencias.

<i>Formula del indicador planteado</i>	<i>Operacionalización del resultado del indicador desarrollado-</i>	<i>Meta planteada</i>	<i>Meta ejecutada</i>	<i>Fecha de desarrollo</i>
# de capacitaciones prioritizadas / # de capacitaciones realizadas x 100	1 de capacitación prioritizada / 1 de capacitación realizada x 100	A junio de 2023 se habrán realizado el 100% de las educaciones propuestas ante el personal del servicio de urgencias.	Al 05 de junio de 2023 se realizó el 100% de las educaciones propuestas ante el personal del servicio de urgencias.	28-05-23 06-06-23

8.3.3. Actividad 3

Realizar y entregar a líder del área de calidad un informe de educaciones dirigidas al personal.

<i>Formula del indicador planteado</i>	<i>Operacionalización del resultado del indicador desarrollado-</i>	<i>Meta planteada</i>	<i>Meta ejecutada</i>	<i>Fecha de desarrollo</i>
N° de informes realizados y entregados a líder del área de calidad	(1) Informe de capacitación realizado y entregado	A junio de 2023 se habrá realizado y entregado a la líder del área de calidad un informe con las educaciones dirigidas al personal del servicio de urgencias.	Al 06 junio de 2023 se realizó y entregó a la líder del área de calidad un informe con las educaciones dirigidas al personal del servicio de urgencias.	05-06-23 07-06-23

8.3.4. Presentación de resultados objetivo 3

Actividad 1: Realizar una priorización para las educaciones en base a las necesidades del servicio de urgencias y a los requerimientos de la líder del área de calidad

Dado gestión documental diseñada y/o actualizada durante el marco de este proyecto fue muy amplia, se requirió y por ende se planteó para su desarrollo una priorización de las capacitaciones dirigidas al personal, la cual se realizó teniendo en cuenta los criterios:

1. Que hayan sido diseñados y/o actualizados al 100%,
2. Que ya cuenten con la validación interna por el área de calidad de la institución,
3. Que hayan sido validados por la directora del proyecto y, por último,
4. Que hayan sido validados y codificados por planeación de la institución,

Así mismo, los documentos elaborados y o diseñados se dividieron en 4 subgrupos grandes:

1. Consentimientos informados,
2. Formatos,
3. Procedimientos,
4. Otros documentos

Tabla 11.*Priorización de capacitaciones al personal*

	CRITERIOS			
	Diseñados y actualizados al 100%	Validados internamente por área de calidad	Validados por directora del proyecto	Validados y codificados por planeación
DOCUMENTOS				
Consentimientos	X	X	X	X
Formatos	X	X	X	
Procedimientos	X	X	X	
Políticas y otros	X	X	X	

En este sentido, después de realizar este proceso, el uno subgrupo de documentos que cumplió con los 4 criterios fue el de CONSENTIMIENTOS INFORMADOS, por ende, fue este el tema priorizado y planteado para su socialización al personal de la salud, además que también se tuvo en cuenta este subgrupo por una necesidad expresa por la Gerente del Hospital Local Municipio de Los Patios Liliana Elena Rodríguez Peláez, ya que como actividad extraordinaria, todos los consentimientos informados fueron agrupados por grupos de atención que atende el Hospital y fueron enviados al ingeniero de software con la finalidad de que estos documentos queden parametrizados dentro del sistema KuApp.

Actividad 2. Socialización de los documentos actualizados y/o diseñados ante el personal del servicio de urgencias.

Como resultado de la priorización, la capacitación del personal se realizó sobre los consentimientos informados diseñados y organizados por grupos de atención de la ESE Hospital Local Municipio de Los patios en el siguiente orden:

1. Se realizo una circular convocando a todo el personal de salud del Hospital Local Municipio de Los Patios
2. Se programo para ser llevada a cabo el día 05-06-2023 en dos ocasiones, la primera a las 9:30 am y el segundo encuentro se programó para las 6:30 pm, para que pudiera asistir todo el personal de salud en el horario más conveniente, del mismo modo, las diapositivas fueron compartidas al grupo de “CONTRATISTAS” y los links de asistencia, del pre test y post test se dejaron abiertos para ser respondidos de manera asincrónica para quienes no pudieron asistir de manera sincrónica.
3. Finalmente, se planteó la entrega de un informe a líder de calidad acerca de la educación realizada y sus respectivos soportes.

De manera que, en relación con lo planteado, se pudo dar cumplimiento a cada una de las actividades de la siguiente manera:

1. Se realizo la educación al personal el día 05 de junio del 2023 a las 9:30 en la primera ocasión, y a las 6:30 pm en el siguiente encuentro
2. En total al día 06 de junio se tuvo un registro de 65 personas asistentes a la capacitación

3. El día 06 de junio se realizó la entrega al correo de calidad calidad@hospitaldelospatios.gov.co el respectivo informe (ACTA DE CAPACITACIÓN) a la líder de calidad, confirmando el recibido vía WhatsApp

Circular para el personal: Capacitación de procesos prioritarios

	CIRCULAR	PROCESO	COMUNICACIONES
		CODIGO	FT-CM-83
		VERSION	02

CIRCULAR N° 147 de 2023

PARA: PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS, FARMACIA, SALA PARTO, INTERNACION, CONSULTA EXTERNA (MÉDICO, ENFERMERA), PERSONAL DE FARMACIA, FACTURACION, CONDUCTORES DE AMBULANCIA.

DE: LILIANA ELENA RODRIGUEZ PELAEZ-GERENTE E.S.E. HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE LOS PATIOS.

ASUNTO: CAPACITACION EN PROCESOS PRIORITARIOS DE LA INSTITUCION

FECHA: 02 de Junio de 2023.

Cordial saludo,

Por medio del presente me permito invitar a todo el personal del servicio de urgencias, sala de partos, internación, transporte asistencial y consulta externa de la E.S.E. Hospital local Municipio de Los Patios a participar de la capacitación y socialización de PARAMETRIZACIÓN DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS EN LA INSTITUCIÓN, así mismo al finalizar la actividad deberán diligenciar el formulario de asistencia, el test evaluativo (pre test-post test), listado de asistencia, lo cual será la evidencia de la participación en las capacitaciones, se recuerda que la asistencia es de carácter obligatorio. Se enviará previamente el material (diapositivas) para su estudio y revisión y el día de la actividad se realizará la sesión de preguntas. Se certificará a los participantes. La capacitación se realizará de forma virtual en 2 sesiones, la primera a las 9:00 am y el segundo encuentro se realizará a las 6:30 pm de manera que todo el personal pueda asistir en el horario que más se le facilite.


Es importante aclarar que el personal que se encuentre de turno ese día durante el horario de la capacitación tendrá habilitado el material de estudio, los links de los pre test, post test y listado de asistencia hasta el día 05 de junio de 2023 hasta las 23:59 horas (diligenciamiento de forma asincrónica, también se enviara de forma previa el material de apoyo).

Temas:

- ✓ PARAMETRIZACIÓN DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS EN LA INSTITUCIÓN

Orientaciones a tener en cuenta:

- ✓ Diligenciar con nombres y apellidos completos y número de documento de identidad la lista de asistencia pues de allí se tomarán los datos para emitir los certificados.

Página 1 de 2	Sede Correspondencia: Calle 7 #9-52, Urbanización Denis Jordán PBX: 5552170-5552181 - Página Web: www.hospitallocalmunicipiospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: gerente.gerencia@hospitallocalmunicipiospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
---------------	---	---

	CIRCULAR	PROCESO	COMUNICACIONES
		CODIGO	FT-CM-83
		VERSION	02

- ✓ Deberán diligenciar cada persona lo siguiente: 1 pre test, 1 post test, 1 listado de asistencia, quien no cumpla con este criterio no se emitirá certificado,
- ✓ Estarán habilitados los links hasta el día 05 de junio de 2023 a las 23:59 horas.
- ✓ El área de calidad les notificará que día y en que horario pueden recoger el certificado de asistencia.
- ✓ A quienes participen activamente y realicen aportes significativos al proceso se les dará una mención de honor dentro de su certificado.

La asistencia y participación al conversatorio (preguntas y respuestas) el día programado será comparado con el listado de asistencia, es en este espacio donde se realizará la socialización y verificación de conocimientos.

DATOS DE LA CAPACITACION VIRTUAL.

DIA: Viernes

FECHA: 02/06/2023

HORA INICIO: 09:00 am y 6:30 pm

PLATAFORMA: Google Meet

LINK DE LA REUNION: <https://meet.google.com/vjw-tnosp-gah>

Agradezco la atención prestada,

Atentamente:

LILIANA ELENA RODRIGUEZ PELÁEZ
Gerente

Proyecto: Yicela Saavedra Cardona
Revisó: Líder calidad.
Aprobó: Gerente.

Página 2 de 2	Sede Correspondencia: Calle 7 #9-52, Urbanización Denis Jordán PBX: 5552170-5552181 - Página Web: www.hospitallocalmunicipiospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: gerente.gerencia@hospitallocalmunicipiospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
---------------	---	---

Figura 13. Circular para el personal: procesos prioritarios mes de junio

Matriz Instruccional

MATRIZ INSTRUCCIONAL

TEMA: CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

TIEMPO: 30MIN

DIRIGIDO A: PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO DE LOS PATIOS

RESPONSABLE: JENNIFER CELENA COLMENARES SUAREZ COD: 1801022

OBJETIVO GENERAL: SENSIBILIZAR A TODO EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE LOS PATIOS SOBRE LOS CONSENTIMIENTOS INSTITUCIONALES QUE SE PARAMETIZARAN EN EL SISTEMA KUBAPP FAVORECIENDO LOS PROCESOS DE CALIDAD INSTITUCIONAL.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDOS	METODOLOGÍA	TIEMPO	RECURSOS	TÉCNICAS EDUCATIVAS O AYUDAS A-V	EVALUACIÓN
Reconocer la importancia de los consentimientos informados en la atención en salud.	Introducción Definir la importancia de los consentimientos informados y sus generalidades.	M A G I S T R A	5"	HUMANO: -Pasante UFPS -Personal de salud Hospital Local Municipio de Los Patios.	AYUDA VISUAL: Diapositivas	Al finalizar la intervención educativa se realizará un pos test para verificar la comprensión y aprendizaje de los temas abordados por la estudiante pasante vía Google forms.
Identificar los elementos del consentimiento informado	Elementos del consentimiento informado		5"			
Identificar las acciones inseguras mas frecuentes relacionadas con la	Acciones inseguras más frecuentes relacionadas con		5"			

Figura 14. Matriz de educación. Consentimientos informados.

Diapositivas capacitación consentimientos informados

1

2

3

4

5

6

Figura 15. Diapositivas capacitación al personal.

Actividad 3. Esta actividad consistió en la realización y envío de un informe a la líder de calidad de la institución, con la información de la capacitación dada a todo el personal del Hospital Local Municipio de Los Patios, en él se incluye:

1. Listados de asistencia
2. Desarrollo de la actividad
3. Tabulación de resultados del pre test y post test
4. Análisis de los resultados
5. Anexo de evidencias.

Este informe se presentó en el formato institucional establecido para dicho fin, como se logra evidenciar en la siguiente imagen, este informe fue entregado al correo de calidad del hospital el día 07 de junio de 2023, dando cumplimiento al 100% de esta actividad.

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO I.A.N.N.I. <i>Corazón de Todos</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02

N° Acta	Lugar	Fecha	Hora
20	VIRTUAL VIA GOOGLEMEET	05/06/2023	9:00am 6: 30 am
Objetivo	Capacitar y socializar sobre la parametrización de consentimientos informados al personal administrativo y asistencial de la E.S.E Hospital Local Municipio de Los Patios		

CONVOCADOS/ ASISTENTES

Nombres Y Apellidos	Cargo – Dependencia	Asistió	
		Si	No
Yennifer Gabriela Bayona García	Profesional de apoyo de PYM	X	
Carlos Enrique Niño Pérez	Profesional de apoyo de PyMS	X	
Álvaro Enrique Garcia Suarez	Médico de urgencias	X	
Luis Hernán Albarracín Jaime	Médico	X	
Keyla Estefanía García Bustos	Médico de urgencias	X	
Angela Junca Pabon	Odontóloga	X	
Dolimar Rodríguez Carvajal	Auxiliar de farmacia	X	
Karla Valentina Portilla Botello	Profesional de apoyo de calidad	X	
María Yamile Suárez Obando	Central de citas	X	
Doralba Liliana Duarte Velasco	Asistencial	X	
Leiddy Alejandra Atuesta Escalante	Auxiliar de IAMI	X	
Andriws Germán Jiménez Contreras	Regente de farmacia	X	
Diana Karina López Niño	Auxiliar de enfermería	X	
Monica Vanessa Rincón Ortega	Enfermera profesional vigilancia en salud pública	X	
Angélica Liliana Gelvez Martínez	Auxiliar enfermería	X	
Carmen Eliana Peñaranda Parra	Líder Odontología	X	
Maria Belén Contreras Jaimes	Líder central de citas	X	
José Leonardo Reyes Rincón	Médico consulta externa	X	
Yidiz Patricia Sáenz Ortega	Auxiliar de laboratorio clínico	X	
Brahyan Steven Monroy Estupiñán	Médico	X	
Denis Lorena Cordero Villamizar	Auxiliar de enfermería	X	


Página 1 de 68	Sede Correspondencia: Calle 7 #.9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
-------------------	---	---

Figura 16. Acta de reuniones internas

8.3.5. Presentación de evidencia documental

Actividad 2: Capacitación al personal

8.3.5.1. Circular de capacitación: Procesos Prioritarios

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>  <i>Corazón de Todos</i>	CIRCULAR	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-03
		VERSIÓN	02

CIRCULAR N° 147 de 2023

PARA: PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS, FARMACIA, SALA PARTOS, INTERNACION, CONSULTA EXTERNA (MÉDICOS, ENFERMERAS, PERSONAL DE FARMACIA, FACTURACION, CONDUCTORES DE AMBULANCIAS).

DE: LILIANA ELENA RODRIGUEZ PELAEZ-GERENTE E.S.E HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE LOS PATIOS.

ASUNTO: CAPACITACION EN PROCESOS PRIORITARIOS DE LA INSTITUCION

FECHA: 02 de junio de 2023.

Cordial saludo,

Por medio del presente me permito invitar a todo el personal del servicio de urgencias, sala de partos, internación, transporte asistencial y consulta externa de la E.S.E. Hospital local Municipio de Los Patios a participar de la capacitación y socialización de **PARAMETRIZACIÓN DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS EN LA INSTITUCIÓN**, así mismo al finalizar la actividad deberán diligenciar el formulario de asistencia, el test evaluativo (pre test-post test), listado de asistencia, lo cual será la evidencia de la participación en las capacitaciones, se recuerda que la asistencia es de carácter obligatorio. Se enviará previamente el material (diapositivas) para su estudio y revisión y el día de la actividad se realizará la sesión de preguntas. **Se certificará a los participantes**. La capacitación se realizará de forma virtual en 2 sesiones, la primera a las 9:00 am y el segundo encuentro se realizará a las 6:30 pm de manera que todo el personal pueda asistir en el horario que más se le facilite.


Es importante aclarar que el personal que se encuentre de turno ese día durante el horario de la capacitación tendrá habilitado el material de estudio, los links de los pres test, post test y listado de asistencia hasta el día 05 de junio de 2023 hasta las 23:59 horas (diligenciamiento de forma asincrónica, también se enviara de forma previa el material de apoyo).

Temas:

- ✓ PARAMETRIZACIÓN DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS EN LA INSTITUCIÓN

Orientaciones a tener en cuenta:

- ✓ Diligenciar con nombres y apellidos completos y numero de documento de identidad la lista de asistencia pues de allí se tomarán los datos para emitir los certificados.

Página 1 de 2	Sede Correspondencia: Calle 7 #.9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
---------------	---	---

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>CON ANNI, Corazón de Todas</i>	CIRCULAR	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-03
		VERSIÓN	02

- ✓ Deberán diligenciar cada persona lo siguiente: 1 pre test, 1 post test, 1 listado de asistencia, quien no cumpla con este criterio no se emitirá certificado.
- ✓ Estarán habilitados los links hasta el día 05 de junio de 2023 a las 23:59 horas.
- ✓ El área de calidad les notificara que día y en que horario pueden recoger el certificado de asistencia.
- ✓ A quienes participen activamente y realicen aportes significativos al proceso se les dará una mención de honor dentro de su certificado.

La asistencia y participación al conversatorio (preguntas y respuestas) el día programado será comparado con el listado de asistencia, es en este espacio donde se realizará la socialización y verificación de conocimientos.

DATOS DE LA CAPACITACION VIRTUAL.

DIA: Viernes

FECHA: 02/06/2023

HORA INICIO: 09:00 am y 6:30 pm

PLATAFORMA: Google Meet

LINK DE LA REUNION: <https://meet.google.com/hyn-moqg-gah>

Agradezco la atención prestada,


Atentamente:

LILIANA ELENA RODRÍGUEZ PELÁEZ
Gerente

Proyecto: Yicela Saavedra Cardona

Reviso: Líder calidad.

Aprobó: Gerente.

Página 2 de 2	Sede Correspondencia: Calle 7 # 9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
---------------	---	---

8.3.5.2. Matriz de Educación: Consentimientos informados

MATRIZ INSTRUCCIONAL

TEMA: CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

TIEMPO: 30MIN

DIRIGIDO A: PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO DE LOS PATIOS

RESPONSABLE: JENNIFER CELENA COLMENARES SUAREZ COD: 1801022

OBJETIVO GENERAL: SENSIBILIZAR A TODO EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE LOS PATIOS SOBRE LOS CONSENTIMIENTOS INSTITUCIONALES QUE SE PARAMETIZARAN EN EL SISTEMA KUBAPP FAVORECIENDO LOS PROCESOS DE CALIDAD INSTITUCIONAL.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDOS	METODOLOGÍA	TIEMPO	RECURSOS	TÉCNICAS EDUCATIVAS O AYUDAS A-V	EVALUACIÓN
Reconocer la importancia de los consentimientos informados en la atención en salud.	Introducción Definir la importancia de los consentimientos informados y sus generalidades.	M A G I	5"	HUMANO: -Pasante UFPS -Personal de salud Hospital Local Municipio de Los Patios.	AYUDA VISUAL: Diapositivas	Al finalizar la intervención educativa se realizará un pos test para verificar la comprensión y aprendizaje de los temas abordados por la estudiante pasante via Google forms.
Identificar los elementos del consentimiento informado	Elementos del consentimiento informado	S T	5"			
Identificar las acciones inseguras mas frecuentes relacionadas con la	Acciones inseguras más frecuentes relacionadas con	R A	5"			

<p>funcionalidad de los consentimientos informados.</p>	<p>la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado</p>	<p>L</p>					
<p>Socializar los grupos de atención del Hospital Local Municipio de Los Patios y los consentimientos informados disponibles para cada servicio.</p>	<p>Grupos de atención del hospital local Municipio de Los Patios.</p>		<p>5"</p>				
<p>Reconocer las partes que componen un consentimiento informado en la institución</p>	<p>Información que contiene un consentimiento informado</p>		<p>5"</p>				

METODOLOGÍA MAGISTRAL

REFLEXIONEMOS Y COMPARTAMOS

La estudiante encargada de la sesión educativa, hará la presentación formal al personal que asiste a la sesión educativa, presentara los temas a abordar durante la sesión y la importancia de los mismos, y aclarará dudas según surjan.

DEBATAMOS

Los participantes de la actividad educativa brindaran sus opiniones, basadas en sus conocimientos, experiencias y dudas, de forma que se cree un pequeño debate para observar si comprenden el tema, aclarar dudas y estandarizar la información en cuanto a los consentimientos informados que se parametrizaran en el sistema kubapp en el proceso de atención a usuarios.

COMPROMETÁMONOS

Se motivará al personal de salud a comprometerse a seguir las recomendaciones dadas por la estudiante a través de la socialización de cada uno de los grupos de atención del hospital y de los consentimientos informados que lo componen con el fin de promover la seguridad del paciente y la calidad de atención al usuario.

EVALUACIÓN

Al finalizar la intervención educativa, la estudiante pasante realizará un pos test para verificar la comprensión de los temas abordados, así como la efectividad de la sesión educativa, el pos test estará disponible de manera virtual, a través de Google Forms y será respondido en línea por el personal de salud que hizo participación de la sesión educativa.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Toda persona, aunque esté enferma, debe continuar siendo considerada en principio libre y competente para decidir sobre su integridad y sobre su futuro y, por lo tanto, debe poder intervenir en las decisiones clínicas que le implican; esto determina el poder aceptar o denegar lo que se le propone después de que se le ha brindado la información suficiente para ello.

Consentimiento informado se define como la aceptación libre por parte de un paciente de un acto diagnóstico o terapéutico después de haberle comunicado adecuadamente su situación clínica. Los requerimientos básicos necesarios para que sea válido son: libertad de decisión, competencia para decidir e información suficiente.

Es una autorización dada por el paciente sin ninguna coacción o fraude, basada en el entendimiento razonable de lo que sucederá, incluyendo la necesidad del tratamiento, los riesgos y beneficios del mismo, cualquier alternativa disponible. Quedando constancia de la anuencia mediante la firma de un documento.

ELEMENTOS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Voluntariedad: acto mediante el cual un individuo libre ejerce su autodeterminación al autorizar cualquier intervención médica para sí mismo, en forma de medidas preventivas, de tratamiento, de rehabilitación o de participación en una investigación.

Información en cantidad suficiente: solo la reflexión basada en la relación que se ha establecido con un paciente en particular nos permitirá establecer cuáles son las necesidades reales de conocimiento del paciente respecto a su patología. La comunicación de la verdad en medicina constituye un imperativo ético, pero la determinación de la oportunidad de su comunicación sigue siendo un juicio clínico. La información que debe darse a un paciente determinado ha de entenderse como un proceso evolutivo, no como un acto clínico aislado dándole al enfermo la opción de escoger. Esto deberá adaptarse a la situación particular de cada paciente.

Información con calidad suficiente: se considera que existen dos aspectos que pueden alterar la calidad de la información. La primera de carácter objetivo y se origina en el médico, la segunda es de carácter subjetivo y se origina en el paciente como receptor de la información. La información debe ser provista usando un lenguaje inteligible para el paciente, esto es de acuerdo a su nivel cultural y sus posibilidades de comprensión.

Competencia: según la teoría del consentimiento informado solo los pacientes competentes tienen el derecho ético y legal de aceptar o rechazar un procedimiento propuesto o sea de otorgar o no el consentimiento.

La competencia se define como "la capacidad del paciente para comprender la situación a la que se enfrenta, los valores que están en juego y los cursos de acción posibles con las consecuencias previsibles de cada uno de ellos, para a continuación tomar, expresar y defender una decisión que sea coherente con su propia escala de valores"

ACCIONES INSEGURAS MÁS FRECUENTES RELACIONADAS CON LA FUNCIONALIDAD DE LOS PROCEDIMIENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

- ✓ Profesional asistencial que usa un lenguaje inapropiado para dar la información al paciente.
- ✓ Profesionales poco comprometidos con la cultura del consentimiento informado
- ✓ Ausencia de registro en la historia clínica Paciente mal informado por parte del profesional quien da información incompleta o imprecisa.
- ✓ Diligenciamiento incorrecto del consentimiento informado
- ✓ Paciente informado inadecuadamente por otro profesional diferente a quien va a realizar el procedimiento asistencial.
- ✓ Ausencia de firma del profesional en los formatos de consentimiento informado. No verificación de los procedimientos de consentimiento informado

GRUPOS DE ATENCIÓN HOSPITAL LOCAL DE LOS PATIOS

- ② DISENTIMIENTOS
- ② GRUPO ATENCIÓN INMEDIATA
- ② GRUPO CONSULTA EXTERNA
- ② GRUPO HOSPITALIZACIÓN
- ② IMAGENES DIAGNOSTICAS Y COMPLEMENTACIÓN TERAPEUTICA

Los consentimientos se encontrarán por grupo de atención según los servicios ofertados en la ESE Hospital Local Municipio de Los patios, más una carpeta donde se encontrarán los disentimientos ante la negación del paciente a la realización de cualquier procedimiento

1. Grupo de atención Inmediata

- ② SALA DE PARTOS
- ② TRASPORTE ASISTENCIAL
- ② URGENCIAS

El grupo de atención inmediata se subdivide en 3 categorías de atención:

1. Sala de partos
2. Transporte asistencial
3. Urgencias

- ② FT-Ca-19 CONSENTIMIENTO INFORMADO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO POR VÍA PARENTERAL
- ② FT-Ca-21 CONSENTIMIENTO INFORMADO MONITOREO FETAL
- ② FT-EX-01 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE IMÁGENES Y AUTORIZACION
- ② Pendiente... CONSENTIMIENTO INFORMADO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO POR VÍA NO PARENTERAL
- ② Pendiente... CONSENTIMIENTO INFORMADO ANEMIOCIEMIA
- ② Pendiente... CONSENTIMIENTO INFORMADO EPIDIOYEMIA Y EPISORIASIS
- ② Pendiente... CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REMISIÓN

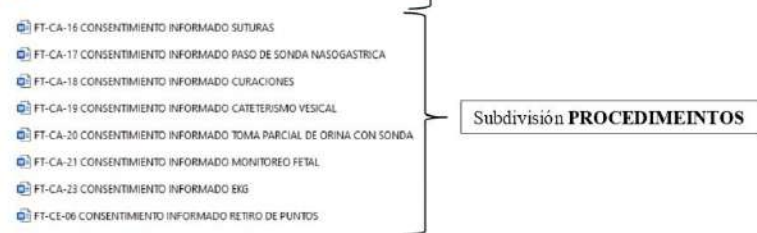
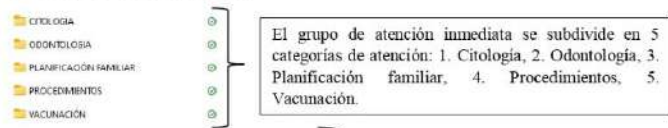
Subdivisión SALA DE PARTOS

- ② DISENTIMIENTO INFORMADO PARA REMISIÓN
- ② Pendiente... CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REMISIÓN
- ② Pendiente... CONSENTIMIENTO INFORMADO TRASPORTE ASISTENCIAL

Subdivisión TRASPORTE ASISTENCIAL



2. Grupo de consulta externa





3. Grupo hospitalización

- FT-CA-13 CONSENTIMIENTO INFORMADO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO POR VÍA PARENTERAL
- FT-CA-17 CONSENTIMIENTO INFORMADO PASO DE Sonda NASOGÁSTRICA
- FT-CA-18 CONSENTIMIENTO INFORMADO CURACIONES
- FT-CA-19 CONSENTIMIENTO INFORMADO CATETERISMO VESICAL
- FT-CA-20 CONSENTIMIENTO INFORMADO TOMA PARCIAL DE ORINA CON Sonda
- FT-CA-21 CONSENTIMIENTO INFORMADO MONITOREO FETAL
- FT-CA-23 CONSENTIMIENTO INFORMADO EKG
- FT-CE-06 CONSENTIMIENTO INFORMADO RETIRO DE PUNTOS
- FT-VS-01 CONSENTIMIENTO INFORMADO HISPADO COVID19
- Pendiente... CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REMISIÓN

4. Grupo imágenes diagnósticas y complementación terapéutica



- FT-CE-02 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TERMOGRAFIA
 - FT-CE-05 CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA RESPIRATORIA
 - Pendiente... CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELECTROTERAPIA
 - Pendiente... CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TERAPIA FISIICA
- Subdivisión FISIOTERAPIA**
- FT-AD-02 CONSENTIMIENTO INFORMADO PRUEBA DIAGNÓSTICA O PRESUNTIVA DE VIH
 - FT-AD-03 CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TOMA DE MUESTRA
 - FT-CA-24 CONSENTIMIENTO INFORMADO FROTIS DE FLUIDO
 - FT-VS-01 CONSENTIMIENTO INFORMADO HSPORADO COVID19
- Subdivisión LABORATORIO**
- Pendiente... CONSENTIMIENTO INFORMADO TOMA DE IMAGENES IONIZANTES
 - Pendiente... CONSENTIMIENTO INFORMADO TOMA DE RADIOGRAFIA PERIAPICAL
- Subdivisión RX-RX PERIAPICAL**

5. Grupo disentimientos

- FT-AI-17 DISSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS
- FT-AI-18 CONSENTIMIENTO INFORMADO DE SALIDA VOLUNTARIA
- FT-CA-12 DISSENTIMIENTO DE NO REANIMACIÓN
- FT-CA-14 DISSENTIMIENTO INFORMADO PARA REMISIÓN

INFORMACIÓN QUE DEBE CONTENER EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

HOSPITAL LOCAL MUNICIPAL PASTOR BRUNO LUNA (Sede 01-30)	PROCESO	CALIDAD	LOGRO	FT-CA-20
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO TOMA PARCIAL DE ORINA CON Sonda	VERSIÓN	01
<p>NOMBRE DEL PACIENTE: _____</p> <p>DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ DE _____</p> <p>EDAD: _____ SEXO: _____</p> <p>NOMBRE DE LA EPS: _____</p> <p>CONTACTO DE ACOMPAÑANTE: _____</p> <p>NUMERO DE CELULAR: _____ FILIO: _____</p>				
<p>Declaro que he acordado a consulta el día _____ del año _____ con el profesional _____ quien prescribe la realización del procedimiento en mención. Una vez examinado(a) evaluado(a) y determinada mi condición clínica se realizó el procedimiento propuesto TOMA DE PARCIAL DE ORINA CON Sonda. Es el procedimiento a través del cual se toma una muestra de la uretra hacia la vejiga previa limpieza de la zona genital. Al tomar una muestra se toma con sonda directamente de la vejiga para ser estudiada, se pretende obtener un resultado más seguro, al disminuir la contaminación con bacterias que se encuentran normalmente en la mucosa genital, esta es un examen rápido no doloroso, que requiere de toda su colaboración para efectuarlo de manera ágil y en el tiempo estipulado.</p>				
<p>RIESGOS Y COMPLICACIONES</p> <p>Existen riesgos en el paso de sonda vesical intermitente para la toma de muestras, los cuales están relacionados con la incorrecta indicación y/o mala ejecución. En cualquier caso, existen algunas complicaciones que se pueden producir durante el desarrollo del procedimiento, y que el paciente tiene que ser consciente, tales como: infección urinaria leve o moderada con o sin complicación renal; infecciones con discomodidad. Algunas infecciones pueden aumentar sus síntomas transitoriamente. Existen irritaciones para la realización de dicho procedimiento tales como: Pacientes con traumas en región genital que dificultan visualizar claramente la uretra. Pacientes sometidos a reparación quirúrgica de la uretra y las estructuras circundantes y estróctos de la uretra.</p>				
<p>BENEFICIOS</p> <p>Existe un único beneficio asociado con la realización del procedimiento, el cual es la obtención de una muestra de orina estéril, lo que aumenta la veracidad de la muestra y facilita el diagnóstico.</p>				

Datos personales del paciente. (Nombre completo, sexo, edad, domicilio y teléfono).

Fecha, nombre y apellidos del médico que realice el procedimiento en el que se consiente.

Nombre del procedimiento que se vaya a realizar, con explicación breve y sencilla del objetivo del procedimiento, en qué consiste el mismo y la forma en que se va a llevar a cabo.

Descripción de los riesgos típicos del procedimiento. Descripción de los riesgos personalizados.

Incluir los beneficios de realizar dicho procedimiento

<p>De conformidad con la Ley 70 de 1991, en sus artículos 10 y 11, el Profesional _____ identificado con cédula de ciudadanía N° _____ de _____ Registro N° _____ profesional en _____</p>	<p>Firmas del profesional que informa y del paciente</p>
<p>Declaro que me ha explicado en forma clara, precisa, concisa y lenguaje sencillo todos los Riesgos y Complicaciones que se describen anteriormente en terminología técnica. También he sido informado los Beneficios en la realización de la misma. Manifiesto que he comprendido en forma satisfactoria la naturaleza y propósito del procedimiento a realizar, la técnica empleada, los riesgos y beneficios, así como la posibilidad de cancelarlo durante el procedimiento, si fuera necesario. Reconozco que se me ha dado la oportunidad de hacer toda clase de preguntas y observaciones respecto a mi enfermedad, al procedimiento a realizar y de aclarar todas mis dudas.</p> <p>Doy mi consentimiento informado para la realización del procedimiento mencionado durante la realización de la técnica conforme al plan terapéutico. Consentido también que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocación de este consentimiento informado y existir al profesional de mi atención.</p>	<p>Declaración del paciente de haber recibido información acerca de los extremos indicados en los apartados anteriores</p> <p>Manifestación del paciente de estar satisfecho con la información recibida y de haber obtenido respuesta satisfactoria sobre las dudas planteadas y sobre la posibilidad de revocar en cualquier momento el consentimiento informado.</p>
<p>Nombre del Paciente _____ de _____ N° de Documento de Identidad _____ de _____</p> <p>Firma del Paciente _____ Huella <input type="text"/></p> <p>Nombre del Testigo _____ de _____ N° de Documento de Identidad _____ de _____</p> <p>Firma del Testigo _____ Huella <input type="text"/></p>	<p>Firma del paciente quien conciente el procedimiento (nombre, cedula, huella)</p> <p>Apartado para el consentimiento a través de representante legal en caso de incapacidad del paciente.</p>
<p>Como profesional de la salud declaro que he informado al (a) paciente el propósito, los riesgos y los beneficios del procedimiento descrito, de sus alternativas, posibles complicaciones.</p> <p>Se hace entrega al (a) paciente por escrito de las recomendaciones domiciliarias y se explican verbalmente.</p> <p>Profesional Responsable _____ N° de Documento de Identidad _____ de _____ N° de R.P. _____</p>	<p>Declaración del profesional de que ha brindado la información completa y clara al usuario con firma, documento de identidad y registro.</p>

ASPECTOS IMPORTANTES

Menor de edad: En términos generales, es menor toda persona que cuya edad sea inferior a 18 años, sin embargo, dentro de este rango, existe una subclasificación que puede ser determinante para el consentimiento informado

Menor adulto: Todo niño o niña que se encuentra entre los 14 y los 18 años de edad (en un paciente menor adulto, el consentimiento informado debe ser firmado por éste y de forma sustitutiva por sus padres.

Infante: Todo niño o niña menor de 7 años.

Impúber: Todo niño o niña que se encuentre entre los 7 y los 14 años.

INCAPAZ: Persona con limitaciones de tipo psíquico, físico o por su edad, que le impiden tener un desempeño igual al de un sujeto regular, y por lo tanto son considerados por la Ley como Incapaces para llevar a cabo ciertos actos. Legalmente se clasifican en dos categorías:

Absolutos: Aquellos cuya limitación les impide llevar a cabo cualquier tipo de actuación, dentro del mundo jurídico, estos son:

1. Impúberes.
2. Sordomudo que no puede darse a entender por un lenguaje convencional de signos.
3. Demente.

Relativos: Aquellos cuya limitación les permite llevar a cabo ciertos actos determinados en la Ley, estos son:

1. Menores adultos.
2. Disipador en interdicción.

REPRESENTANTE LEGAL: Frente a la incapacidad existen una serie de sujetos que actúan en nombre de aquellos considerados incapaces estos pueden ser:

- Padres de familia: Los padres de la persona menor de 18 años.
- Tutor: Representa al menor de 18 años que no tiene padres.
- Curador: Para el resto de incapaces.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Voluntariedad: Los sujetos deben decidir libremente someterse a un tratamiento o participar en un estudio sin que haya persuasión, manipulación ni coerción. El carácter voluntario del consentimiento es vulnerado cuando es solicitado por personas en posición de autoridad o no se ofrece un tiempo suficiente al paciente para reflexionar, consultar o decidir.

Información: Debe ser comprensible y debe incluir el objetivo del tratamiento o del estudio, su procedimiento, los beneficios y riesgos potenciales y la posibilidad de rechazar el tratamiento o estudio una vez iniciado en cualquier momento, sin que ello le pueda perjudicar en otros tratamientos.

Comprensión: Es la capacidad de comprender que tiene el paciente que recibe la información

Coacción: Es un término empleado frecuentemente en Derecho y ciencia política que se refiere a la violencia o imposición de condiciones empleadas para obligar a un sujeto a realizar u omitir una determinada conducta.

Bioética: Es la rama de la ética que se dedica a proveer los principios de conducta humana de la vida; la ética está aplicada a la vida humana y no humana. En un sentido más amplio, sin embargo, la bioética no se limita al ámbito médico, sino que incluye todos los problemas éticos que tienen que ver con la vida en general.

Referencias

1. Ministerio de protección social: GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD” UNIDAD SECTORIAS. [internet] disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Garantizar%20la%20funcionalidad%20de%20os%20procedimientos%20de%20consentimiento%20informado.pdf>

Anexos

1. Pre test y post test

1. Definición: acto mediante el cual un individuo libre ejerce su autodeterminación al autorizar cualquier intervención médica para sí mismo, en forma de medidas preventivas, de tratamiento, de rehabilitación o de participación en una investigación. La anterior definición corresponde a:
 - a. Información en cantidad suficiente
 - b. Autonomía
 - c. Voluntariedad
 - d. Competencia
2. Cuales son los elementos del consentimiento informado
 - a. Autonomía, beneficencia y competencia
 - b. Voluntariedad, información suficiente y autonomía
 - c. Voluntariedad, información en cantidad suficiente y competencia
 - d. Todas las anteriores
3. Son acciones inseguras relacionadas con la funcionalidad de los consentimientos informados:
 - a. Profesional asistencial que usa un lenguaje inapropiado para dar información al paciente
 - b. Diligenciamiento incorrecto del consentimiento informado
 - c. Ausencia de firma del profesional en los formatos de consentimientos informados.
 - d. Todas son acciones inseguras relacionadas con la funcionalidad de los consentimientos informados
4. Como profesional de la salud, debo asegurarme de que el paciente comprenda la información suministrada, así como también, es mi deber aclarar y resolver todas las dudas que el paciente manifieste. **FALSO o VERDADERO**
 - a. Verdadero
 - b. Falso
5. Frente a la incapacidad de un paciente para llevar a cabo cualquier decisión legal sobre su salud, la persona que actúa en su nombre recibe el nombre de:
 - a. Acudiente legal
 - b. Padre de familia o familiar
 - c. Representante legal
 - d. Tutor con custodia y responsable de su cuidado

8.3.5.3. Tabulación y análisis del pre test y post test

8.3.5.3.1. Pre testes consentimientos informados

1. Definición: acto mediante el cual un individuo libre ejerce su autodeterminación al autorizar cualquier intervención médica para sí mismo, en forma de medidas preventivas, de tratamiento, de rehabilitación o de participación en una investigación. La anterior definición corresponde a:

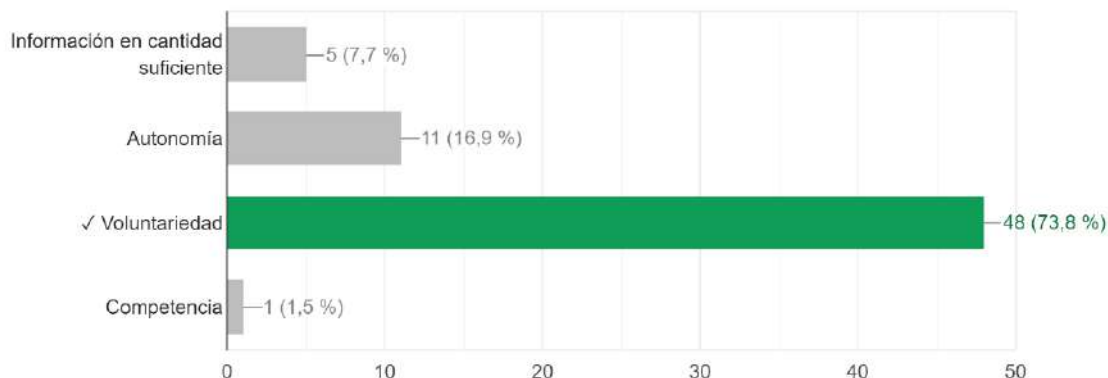


Figura 17. Tabulación pre test pregunta 1.

El 73,8% del personal participante que respondieron la pregunta 1 lo hicieron de manera correcta VOLUNTARIEDAD.

2. ¿Cuáles son los elementos del consentimiento informado?

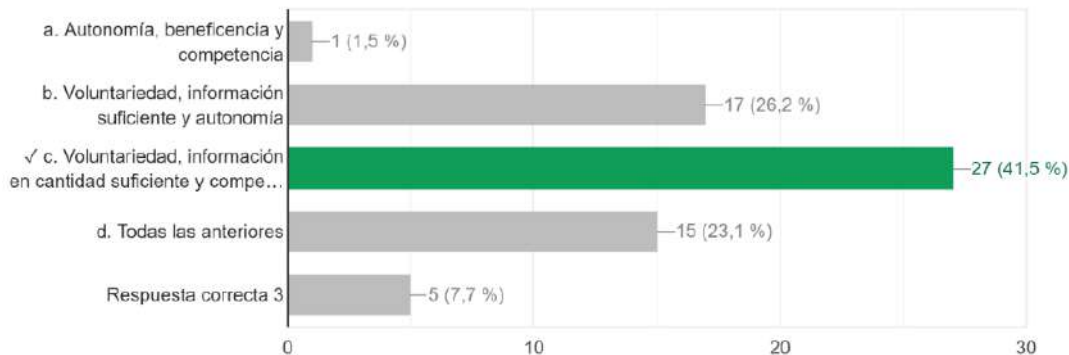


Figura 18. Tabulación pre test pregunta 2.

El 41,5% del personal participante que respondieron la pregunta 2 lo hicieron de manera correcta C. Voluntariedad información en cantidad suficiente y competencia.

3. Son acciones inseguras relacionadas con la funcionalidad de los consentimientos informados:

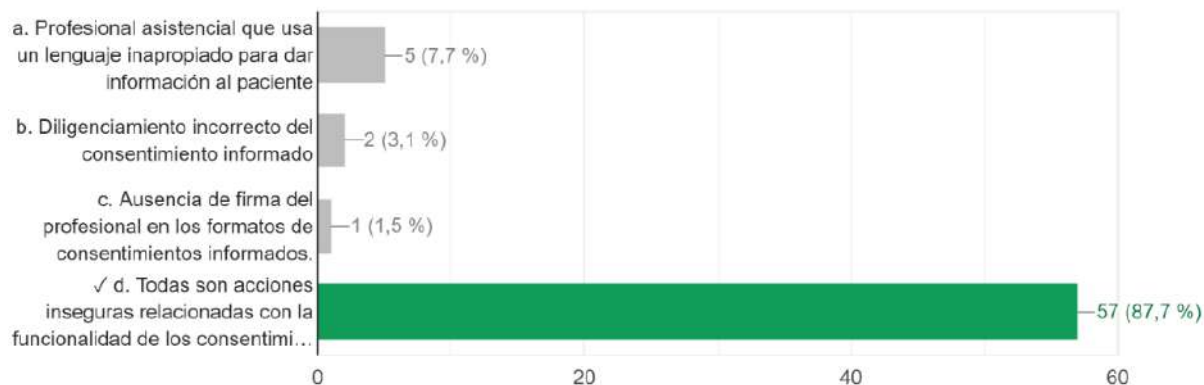


Figura 19. Tabulación pre test pregunta 3.

El 87,7% del personal participante que respondieron la pregunta 3 correctamente identificando adecuadamente las acciones inseguras relacionadas a la funcionalidad de los consentimientos.

4. Como profesional de la salud, debo asegurarme de que el paciente comprenda la información suministrada, así como también, es mi deber aclarar y resolver todas las dudas que el paciente manifieste. FALSO o VERDADERO

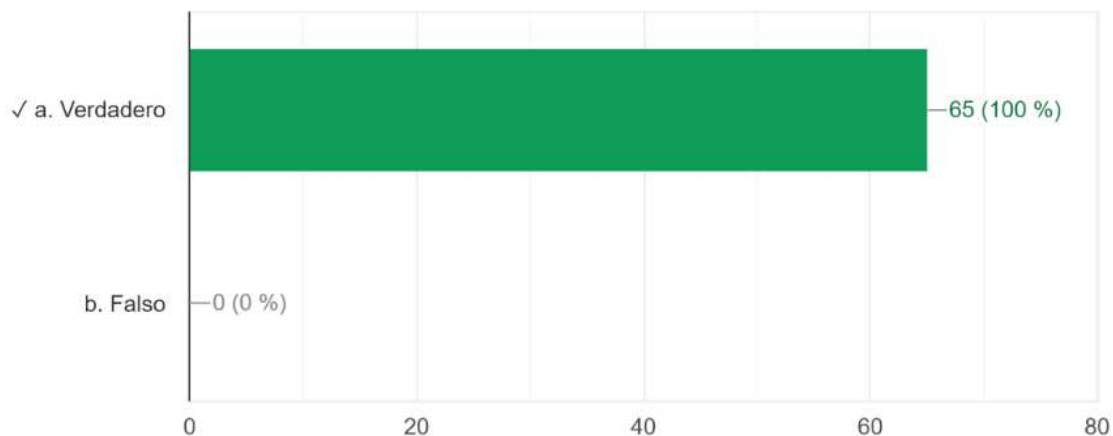


Figura 20. Tabulación del pre test pregunta 4.

El 100% del personal participante respondió la pregunta 4 correctamente, a. Verdadero.

5. Frente a la incapacidad de un paciente para llevar a cabo cualquier decisión legal sobre su salud, la persona que actúa en su nombre recibe el nombre de:

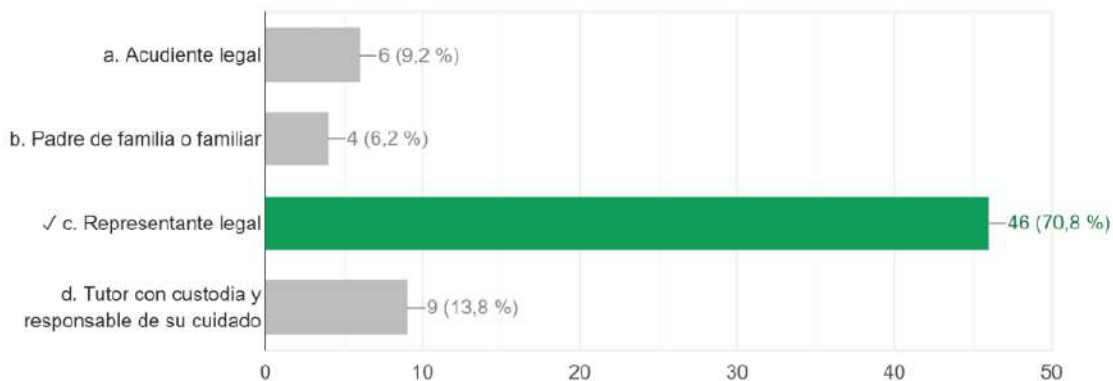


Figura 21. Tabulación del pre test pregunta 5.

El 70,8% del personal participante respondió la pregunta 5 lo hicieron de manera correcta: Representante legal

8.3.5.3.2. Post test consentimientos informados

1. Definición: acto mediante el cual un individuo libre ejerce su autodeterminación al autorizar cualquier intervención médica para sí mismo, en forma de medidas preventivas, de tratamiento, de rehabilitación o de participación en una investigación. La anterior definición corresponde a:

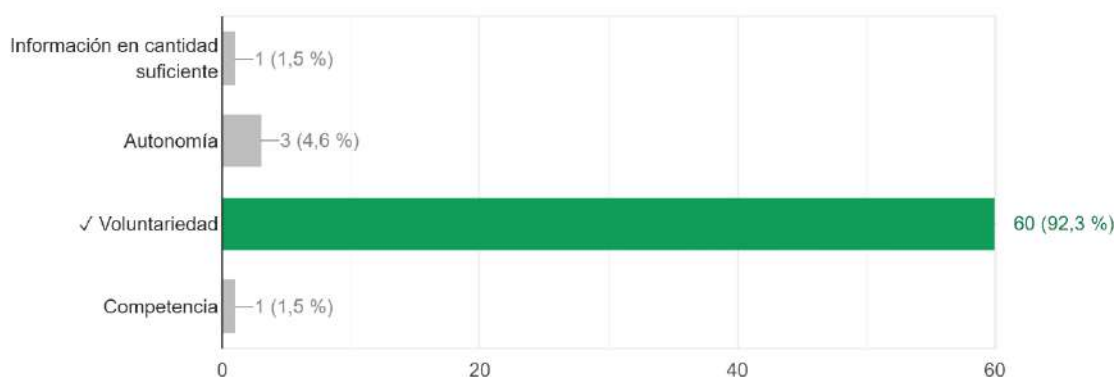


Figura 22. Tabulación del post test pregunta 1.

El 92,3% del personal participante que respondieron la pregunta 1 lo hicieron de manera correcta, evidenciando un fortalecimiento de los conocimientos post capacitación realizada.

2. ¿Cuáles son los elementos del consentimiento informado?

2. ¿Cuales son los elementos del consentimiento informado?

46 de 65 respuestas correctas

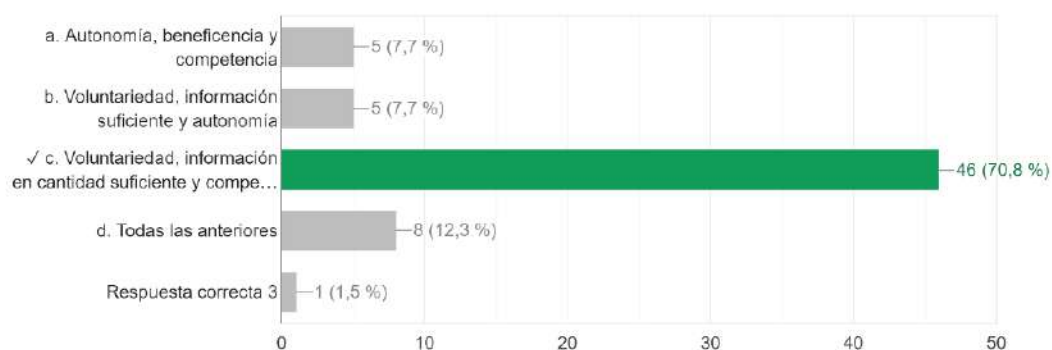


Figura 23. Tabulación del post test pregunta 2

El 70,8% del personal participante que respondieron la pregunta 2 lo hicieron de manera correcta, evidenciando un fortalecimiento de los conocimientos post capacitación realizada.

3. Son acciones inseguras relacionadas con la funcionalidad de los consentimientos informados:

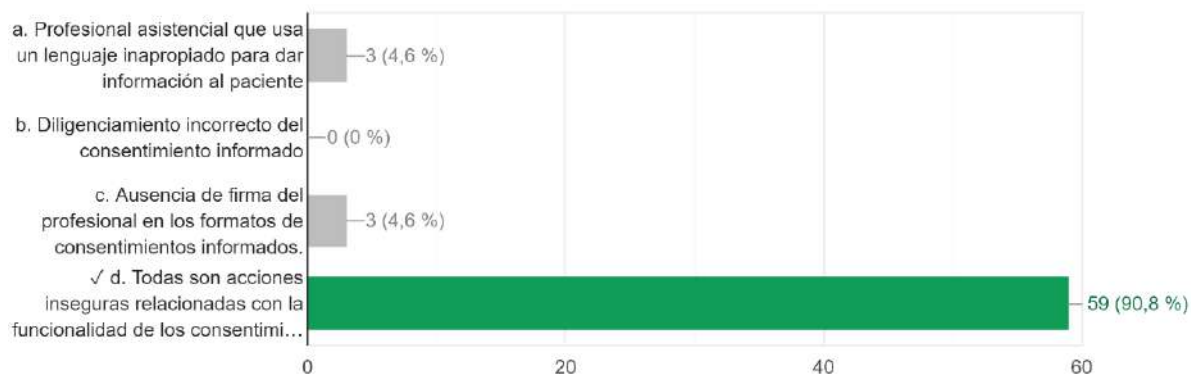


Figura 24. Tabulación del post test pregunta 3

El 90,8% del personal participante que respondieron la pregunta 3 lo hicieron de manera correcta, evidenciando un fortalecimiento de los conocimientos post capacitación realizada.

4. Como profesional de la salud, debo asegurarme de que el paciente comprenda la información suministrada, así como también, es mi deber aclarar y resolver todas las dudas que el paciente manifieste. FALSO o VERDADERO

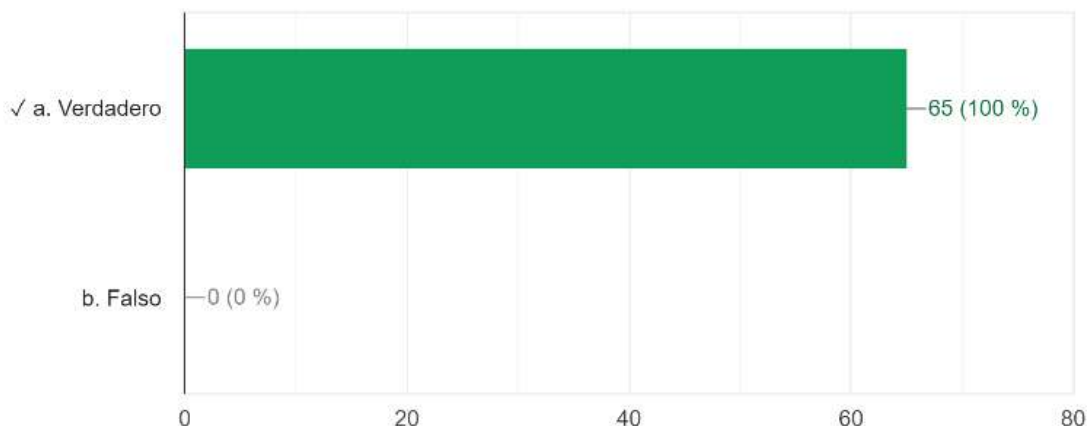


Figura 25. Tabulación del post test pregunta 4

El 100% del personal participante que respondieron la pregunta 1 lo hicieron de manera correcta, evidenciando un fortalecimiento de los conocimientos post capacitación realizada.

5. Frente a la incapacidad de un paciente para llevar a cabo cualquier decisión legal sobre su salud, la persona que actúa en su nombre recibe el nombre de:



Figura 26. Tabulación del post test pregunta 5

El 87,7% del personal participante que respondieron la pregunta 5 lo hicieron de manera correcta, evidenciando un fortalecimiento de los conocimientos post capacitación realizada.

Una vez aplicado a los participantes el pre test y post test se puede inferir que los conocimientos de los asistentes aumentaron significativamente en cada uno de los temas evaluados, lo cual permite deducir que el objetivo de la capacitación/socialización fue cumplido, demostrando que los participantes aumentaron sus conocimientos respecto a los consentimientos informados. Ver evidencia de pre y post test aplicados.


8.3.5.4. informe de capacitación

	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02

N° Acta	Lugar	Fecha	Hora
20	VIRTUAL VIA GOOGLEMEET	05/06/2023	9:00am 6: 30 am
Objetivo	Capacitar y socializar sobre la parametrización de consentimientos informados al personal administrativo y asistencial de la E.S.E Hospital Local Municipio de Los Patios		


CONVOCADOS/ ASISTENTES

Nombres Y Apellidos	Cargo – Dependencia	Asistió	
		Si	No
Yennifer Gabriela Bayona García	Profesional de apoyo de PYM	X	
Carlos Enrique Niño Pérez	Profesional de apoyo de PyMS	X	
Álvaro Enrique García Suarez	Médico de urgencias	X	
Luis Hernán Albarracín Jaime	Médico	X	
Keyla Estefanía García Bustos	Médico de urgencias	X	
Angela Junca Pabon	Odontóloga	X	
Dolimar Rodríguez Carvajal	Auxiliar de farmacia	X	
Karla Valentina Portilla Botello	Profesional de apoyo de calidad	X	
María Yamile Suárez Obando	Central de citas	X	
Doralba Liliانا Duarte Velasco	Asistencial	X	
Leiddy Alejandra Atuesta Escalante	Auxiliar de IAMI	X	
Andriws Germán Jiménez Contreras	Regente de farmacia	X	
Diana Karina López Niño	Auxiliar de enfermería	X	
Monica Vanessa Rincón Ortega	Enfermera profesional vigilancia en salud pública	X	
Angélica Liliانا Gelvez Martínez	Auxiliar enfermería	X	
Carmen Eliana Peñaranda Parra	Líder Odontología	X	
Maria Belén Contreras Jaimés	Líder central de citas	X	
José Leonardo Reyes Rincón	Médico consulta externa	X	
Yídiz Patricia Sáenz Ortega	Auxiliar de laboratorio clínico	X	
Brahyan Steven Monroy Estupiñán	Médico	X	
Denis Lorena Cordero Villamizar	Auxiliar de enfermería	X	

Página 1 de 68	Sede Correspondencia: Calle 7 # 9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
----------------	---	---

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>YANNI Corazón de Todos</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02

Álvaro Alfonso Rivera Mora	Médico urgencias	X	
Yenni Carolina Amaya Correa	Bacterióloga	X	
Yeimy Shirley Cárdenas Garavito	Auxiliar de enfermería	X	
Claudia Inés Sanjuán Mendoza	Enfermera servicio de urgencias	X	
Libia Paola Gelves Silva	Auxiliar de citas	X	
Deisy Yaneth Moreno Celis	Facturación	X	
Laura Natalia Solano Villamizar	Enfermera	X	
Karla Jarethcy Jaimes Torres	Enfermera de crónicos	X	
Javier Pereira Corredor	Médico urgencias	X	
Jaime Enrique Ureña Esteves	Médico urgencias	X	
Luz Marina Castellanos Arguello	Auxiliar de enfermería	X	
Leydy Johanna Contreras Carrillo	Facturación	X	
Annaish Avendaño Núñez	Central de citas	X	
Jaime Enrique Ureña Esteves	Médico urgencias	X	
Claudia Liliana Sierra Daza	Médico - urgencias	X	
Juan Felipe Cortes Sastoque	Medico urgencias	X	
Jennifer Celena Colmenares Suárez	Profesional de apoyo de calidad	X	
Yaneth Esmith Teran Quintero	Enfermera auxiliar	X	
Adriana Elieth Julio Basto	Administrativo	X	
Gibelly Kaina Villamizar Galvis	Auxiliar de enfermería	X	
Nubia Isabel Daza Rodríguez	Auxiliar	X	
Deisy Carolina Peñaranda Landinez	Auxiliar de enfermería	X	
Ana Josefa Laguado Bustos	Tecnóloga de Rayos X	X	
Jose Giovany Colorado Rivera	Triage	X	
Jenny Marcela Jaimes Torres	Auxiliar de enfermería	X	
Leydy Johanna Contreras Carrillo	Facturación	X	
Yeimy Shirley Cárdenas Garavito	Auxiliar de Enfermería	X	
Nelly Esperanza Prato Gonzalez	Bacterióloga	X	

Página 2 de 68	Sede Correspondencia: Calle 7 #.9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
-------------------	---	---

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>IAANNI Corazón de Todos</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES FT-CM-05 02
		CÓDIGO	
		VERSIÓN	

Daniela Pacheco Machado	Líder PYMS	X	
María Jose Ortega Infante	Profesional de apoyo PYMS	X	

AGENDA

1. Verificación del quórum.
2. Desarrollo de la reunión.
3. Establecimiento de compromisos, aclaraciones, tiempos, resultados
4. Proposiciones y varios
5. Cierre de la reunión

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Siendo las 09:00 am y hasta la 10:00 am del día 05 de junio de 2023 nos reunimos en modalidad virtual vía google meet para realizar la capacitaciones de los procesos prioritarios, donde asistieron personal de enfermería, auxiliar de enfermería, medicina, bacteriología, higienistas, odontólogos, conductores de ambulancia, nutricionista, psicólogos, personal de apoyo de áreas de; urgencias, sala de partos, internación, transporte asistencial, promoción y mantenimiento de la salud, consulta externa y algunos invitados necesarios de las tres sedes de la E.S.E. hospital Local Municipio de Los Patios, unidad básica patio centro, esta capacitación y socialización fue desarrollada por la líder de calidad (enfermera profesional, especialista en gerencia y auditoría de la calidad en salud), esto con el objetivo de realizar la capacitación de los procesos prioritarios de la E.S.E. Hospital local de Los Patios, así como para evaluar los conocimientos adquiridos por el personal asistente.

Se realiza verificación del quórum y es posible dar inicio a la capacitación, ver listado de asistencia y evidencias fotográficas.


El contenido de la capacitación y socialización es lo contenido en la parametrización de consentimientos informados que se llevara a cabo en la institución (ver documentos en Word y presentación en power point):

- Consentimientos informados diseñados y/o actualizados por grupos de atención de la ESE Hospital Local Municipio de Los Patios

Se aplica pre test on-line para verificar conocimientos previos, consistió en una encuesta estructurada sobre el tema de consentimientos informado.

DESARROLLO

En primera instancia se realiza la verificación del Quórum y esta

Página 3 de 68	Sede Correspondencia: Calle 7 #9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
----------------	--	---

	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02

aproximadamente el **90%** de los asistentes a la capacitación, en segunda instancia se inicia con orientaciones generales y se procede a realizar la capacitación:

- Parametrización de consentimientos informados

Para ello se utilizó una presentación en power point, así mismo el contenido se encuentra dentro del acta para su revisión.

Seguidamente se procedió a entregar el post test online a los participantes de la capacitación/socialización para que los asistentes lo puedan desarrollar y poder medir los conocimientos adquiridos, se evaluó el tema consentimientos informados.

En la siguiente tabla se presenta el número de convocados y asistentes a la capacitación:


NUMERO DE CONVOCADOS	NUMERO DE ASISTENTES
100	G65

ANALISIS DE LOS RESULTADOS DE LOS TEST APLICADOS:

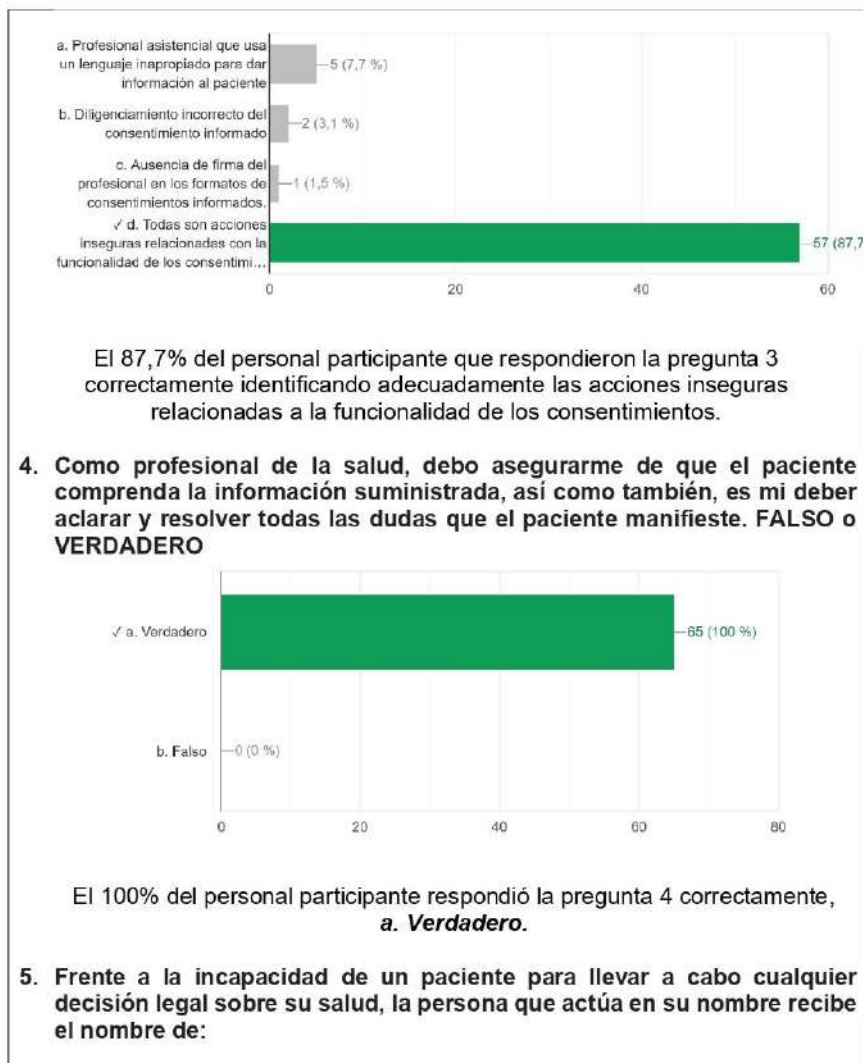
Una vez aplicado a los participantes el pre test y post test se puede inferir que los conocimientos de los asistentes aumentaron significativamente en cada uno de los temas evaluados, lo cual permite deducir que el objetivo de la capacitación/socialización fue cumplido, demostrando que los participantes aumentaron sus conocimientos respecto a los consentimientos informados. Ver evidencia de pre y post test aplicados.

ANALISIS DE PRE-TEST POR PREGUNTAS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

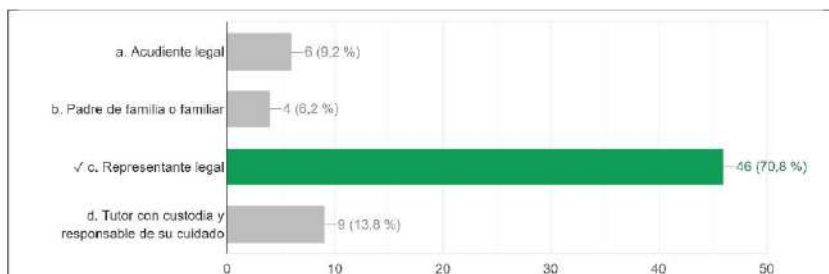
- Definición: acto mediante el cual un individuo libre ejerce su autodeterminación al autorizar cualquier intervención médica para sí mismo, en forma de medidas preventivas, de tratamiento, de rehabilitación o de participación en una investigación. La anterior definición corresponde a:**

Página 4 de 68	Sede Correspondencia: Calle 7 #.9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
-------------------	---	---

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>AMNII / Corazón de Todas</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02



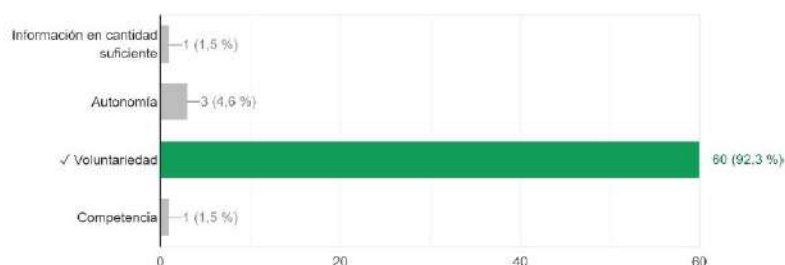
 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO IANVI <i>Corazón de Todas</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02



El 70,8% del personal participante respondió la pregunta 5 lo hicieron de manera correcta: **Representante legal**

ANÁLISIS DE POST-TEST POR PREGUNTAS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

- Definición:** acto mediante el cual un individuo libre ejerce su autodeterminación al autorizar cualquier intervención médica para sí mismo, en forma de medidas preventivas, de tratamiento, de rehabilitación o de participación en una investigación. La anterior definición corresponde a:

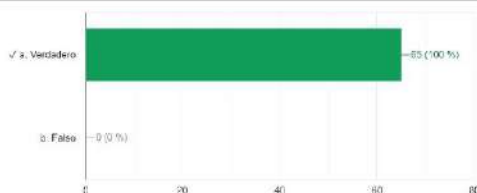


El 92,3% del personal participante que respondieron la pregunta 1 lo hicieron de manera correcta, evidenciando un fortalecimiento de los conocimientos post capacitación realizada.

- ¿Cuáles son los elementos del consentimiento informado?

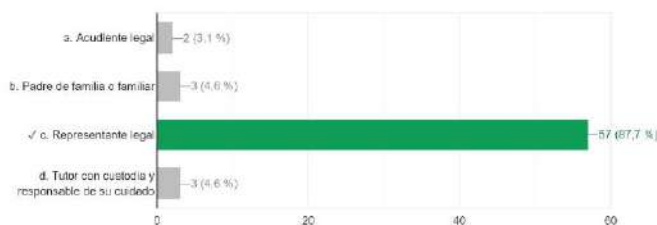


 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>AMN</i> <i>Corazón de Todos</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02



El 100% del personal participante que respondieron la pregunta 1 lo hicieron de manera correcta, evidenciando un fortalecimiento de los conocimientos post capacitación realizada.

5. Frente a la incapacidad de un paciente para llevar a cabo cualquier decisión legal sobre su salud, la persona que actúa en su nombre recibe el nombre de:



El 87,7% del personal participante que respondieron la pregunta 5 lo hicieron de manera correcta, evidenciando un fortalecimiento de los conocimientos post capacitación realizada.

ACTIVIDAD	COMPROMISOS	
	RESPONSABLE	FECHA
1. Realizar el acta de reunión de capacitación de personal	Líder de calidad	05/06/2023
2. Compulsar copias a planeación de la capacitación realizado.	Líder de calidad	06/06/2023

ANEXOS

1. Evidencia fotográfica
2. Listado de asistencia.
3. Pre-Test de evaluación




	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02

- | |
|--|
| 4. Pos-Test de evaluación
5. Diapositivas
6. Protocolos y rutas institucionales
7. Certificados de asistencia |
|--|

Responsable de la reunión:

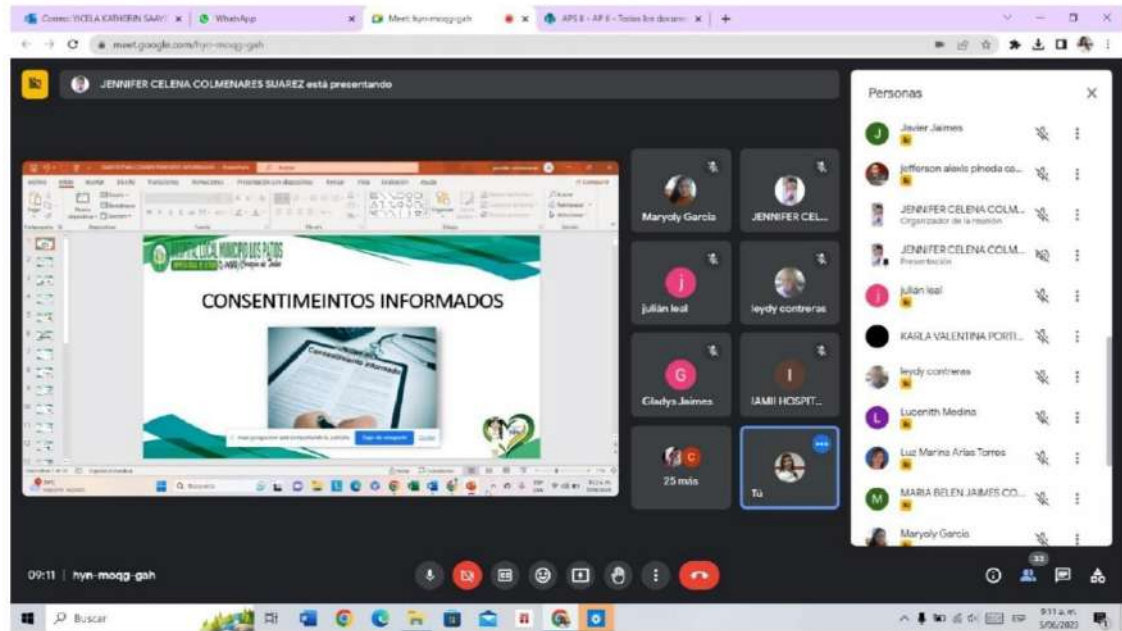
Firma:

Nombre: Yicela Saavedra Cardona
Cargo: Líder de calidad
Dependencia Calidad

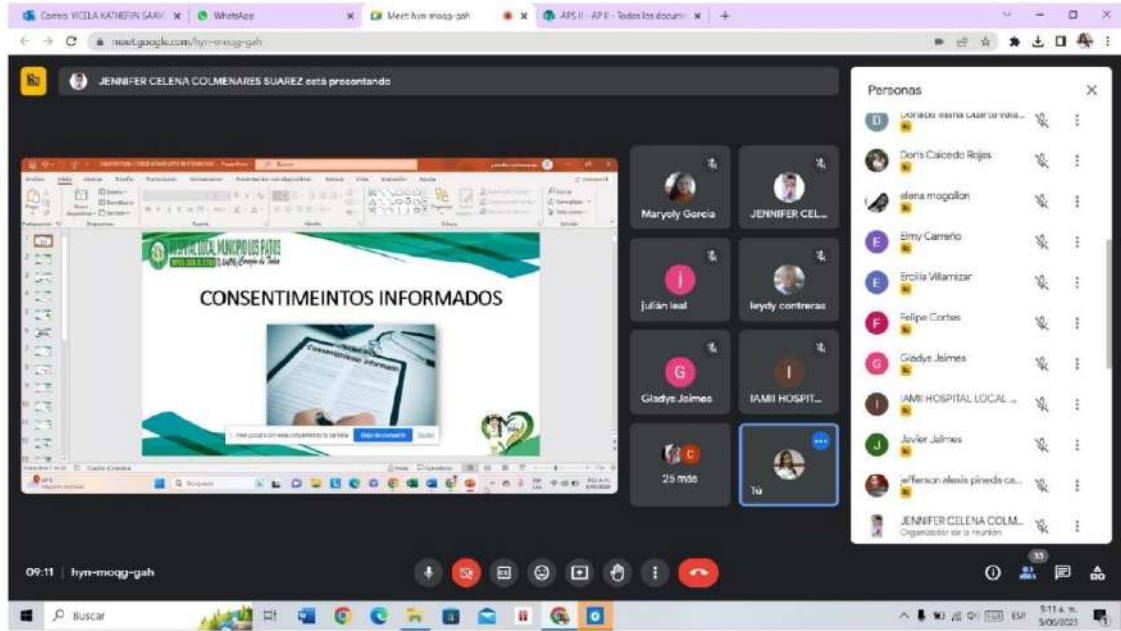
Página 10 de 68	Sede Correspondencia: Calle 7 #.9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
--------------------	---	---

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO IAMI <i>Corazón de Todas</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02

1. ANEXO EVIDENCIA FOTOGRAFICA (JORNADA DE LA MAÑANA)

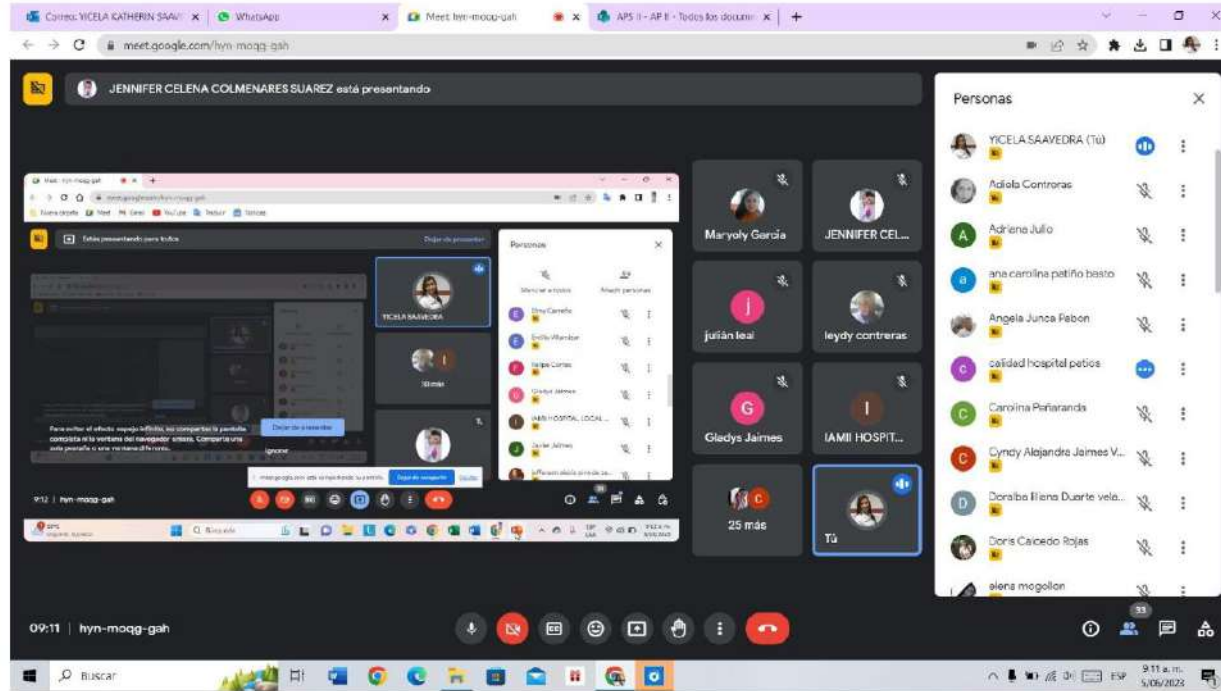


 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>YAMI/Conozca de Todas</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02



The screenshot shows a Zoom meeting interface. The main window displays a presentation slide with the title "CONSENTIMIENTOS INFORMADOS" and a logo for "HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS". The slide also features an image of a document and a heart icon. To the right of the presentation, there is a grid of participant video thumbnails. Below the thumbnails, a list of participants is visible, including names like Maryoly Garcia, JENNIFER CEL..., Julián Isal, leydy contreras, Gladys James, IAMI HOSPT..., and others. The meeting ID is "hym-moqg-gah" and the time is "09:11".

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>IAPM</i> <i>Corazón de Todos</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02

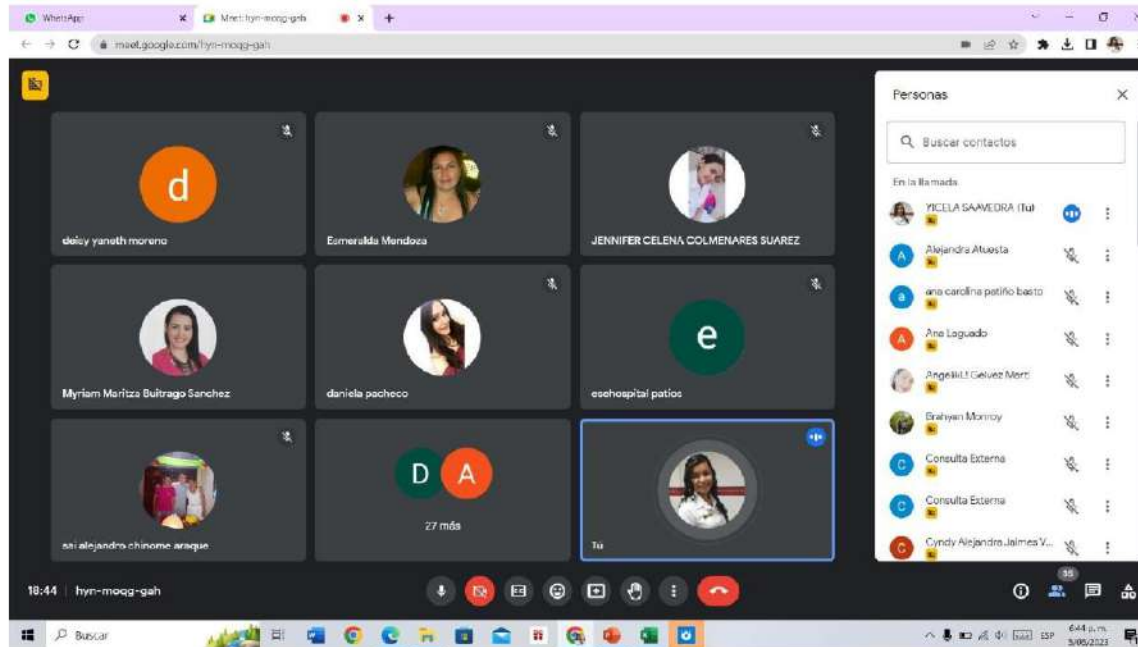


Página 13 de 68

Sede Correspondencia: Calle 7 #9-59, Urbanización Daniel Jordán
 PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co
 Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co
 Los Patios – Norte de Santander

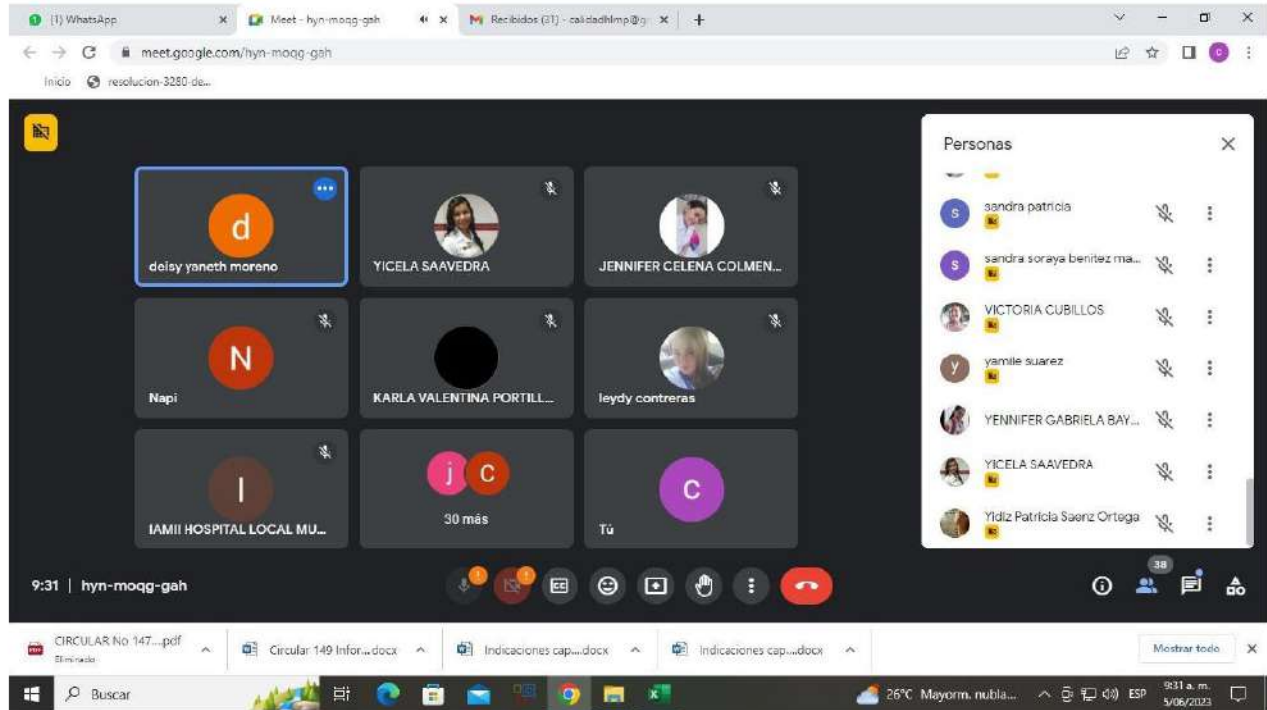


 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>AMMI Corazón de Todos</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02

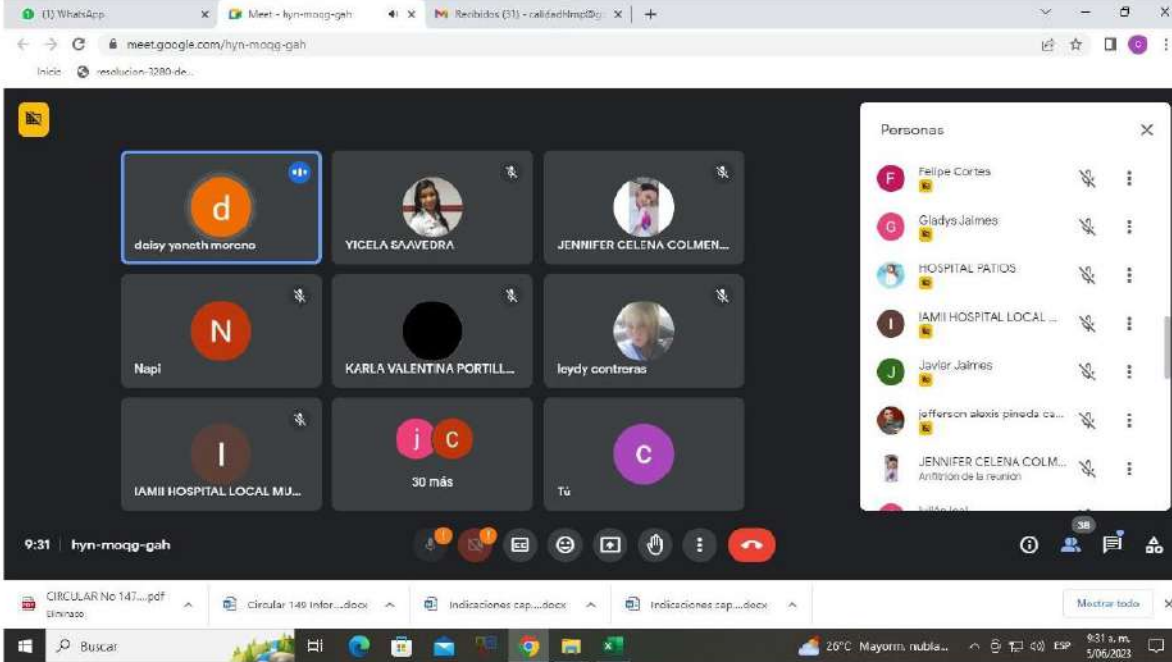


Página 14 de 68	Sede Correspondencia: Calle 7 #.9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
--------------------	---	---

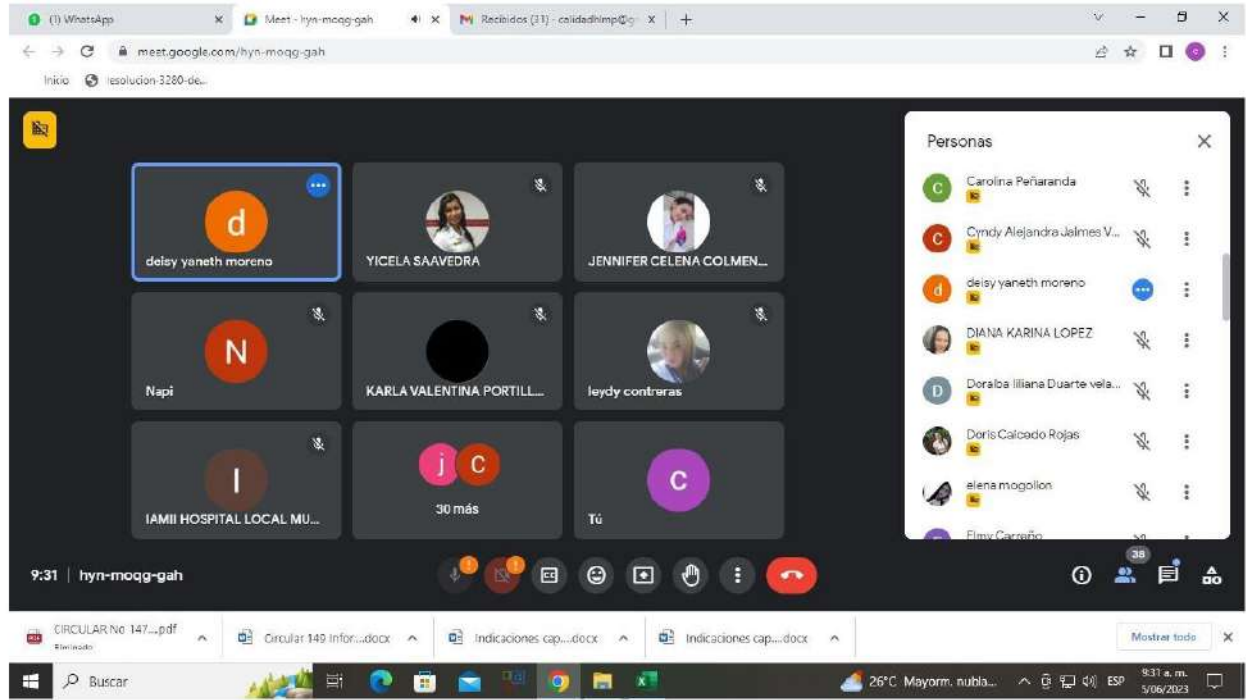
 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>IAMI Corazón de Todos</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02



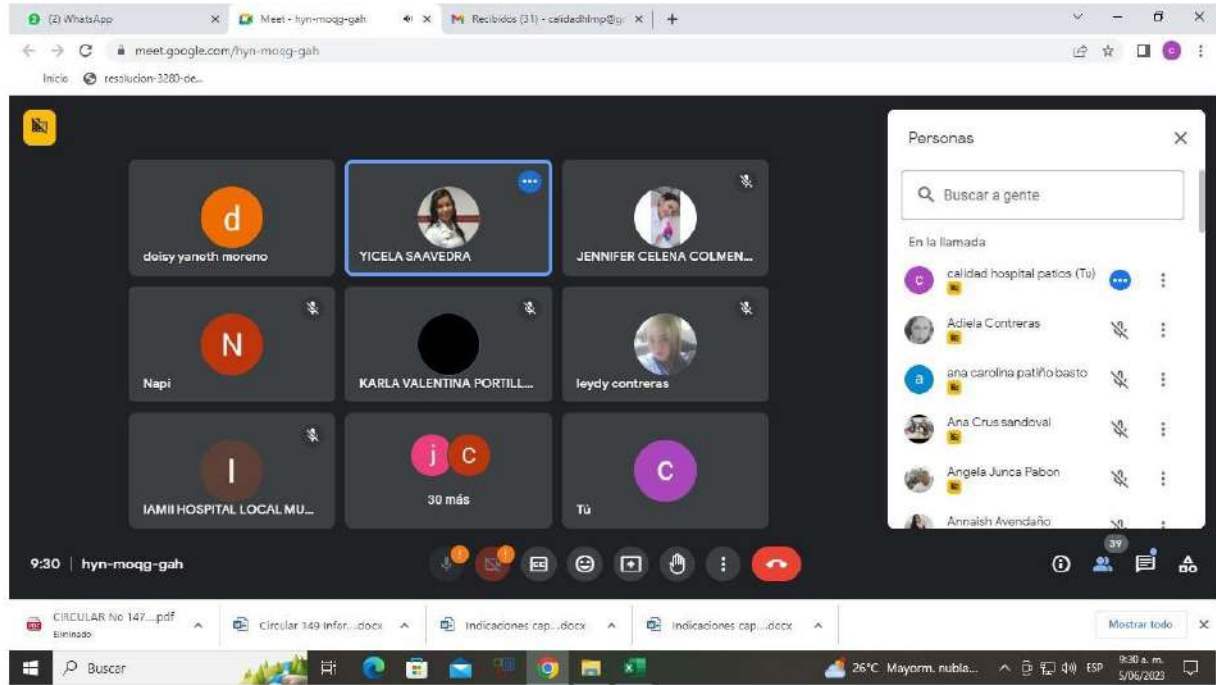
 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>IAMI / Corazón de Todos</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02



 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO IAMI <i>Corazón de Todos</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02



 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>IAPM/Corazón de Todos</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02



 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>ANI / Corazón de Todos</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02

2. ANEXO LISTA DE ASISTENCIA

6/8/23, 13:59

LISTADO DE ASISTENCIA: PARAMETRIZACIÓN CONSENTIMIENTOS INFORMADOS



HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO *ANI / Corazón de Todos*

LISTADO DE ASISTENCIA:

PARAMETRIZACIÓN CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

62 respuestas

[Publicar datos de análisis](#)



 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>40 años</i> <i>Corazón de Todos</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02


6/8/23, 13:59

LISTADO DE ASISTENCIA: PARAMETRIZACIÓN CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

NOMBRES
52 respuestas
Adriana elieth
JUAN FELIPE
Yidiz Patricia
Angela
Lucenth
Leydy johanna
Javier Eduardo
Maryuri Dayana
Carlos Enrique
ELMY YULAYKIS
Doris Elena
Doraiba Iliana
Julián David
LUZ MARINA
VICTORIA CAROLINA
Maria Del Pilar
Deisy carolina
María Yamile
María ercilia
Deisy Yaneth

<https://docs.google.com/forms/d/1zd799kKbDwvRbAUD1yutq9BI0IqmQZ2owiG1yAWIA/1s/newanalytics>

2/22

Página 22 de 68	Sede Correspondencia: Calle 7 #.9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
--------------------	---	---

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>JANI / Conquistar de Todas</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02


6/8/23, 13:59

LISTADO DE ASISTENCIA: PARAMETRIZACIÓN CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

PEÑARANDA PARRA
Claro Bohórquez
Iaguado Bustos
Pineda carvajal
Figueroa
BECERRA REYES
Jaimes velandia
Monroy Estupiñán
Prieto Rojas
Chinome араque
Patño basto
Cortés lopez
García Bustos
Hidalgo Villamizar
López Niño
Gélvez Martínez
ATUESTA ESCALANTE
Parada Castro
Cardenas Garavito
Colorado Rivera
Rondon Pinzon
García alvarez

<https://docs.google.com/forms/d/1zd796kKbCwvRvUD1yutqGDICqmOZ2iowGTjAWAq1s/viewanalytics>

6/22

Página 26 de 68	Sede Correspondencia: Calle 7 # 9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
--------------------	---	---

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>AMM/Corazón de Todos</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02


6/8/23, 13:59

LISTADO DE ASISTENCIA: PARAMETRIZACIÓN CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

60440706
60398980
1093765594
1005035562
60254576
1093743214
60293659
60444023
1090443669
1091810127
13479271
1098815982
60265180
1090526211
37294935
60359437
1093772065
60363605
1090377176
88238513

<https://docs.google.com/forms/d/1zd799k4bCwwRvUD1yutqGBICkrmQZ2iowrE1yAWA/1s/viewanalytics>

11/22

Página 30 de 68	Sede Correspondencia: Calle 7 #.9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
---------------------------	---	---

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO IAMI/Consejo de Todas	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02


6/9/23, 13:59

LISTADO DE ASISTENCIA PARAMETRIZACIÓN CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

CARGO
62 respuestas
Auxiliar de enfermería
Facturación
Médico
Apoyo PYMS
MEDICO URGENCIAS
Auxiliar de laboratorio clinico
Odontologa
Psicóloga PIC
Facturación
Aux. Administrativo
Trabajadora social
Apoyo PyMS
TRABAJADORA SOCIAL PIC
Auxiliar de odontologia
Urgencias
Odontólogo
Apoyo Administrativo
Líder IAMII
Auxiliar de enfermeria
Central de citas

<https://docs.google.com/forms/d/1zd79fkkbCwvRvUD1yutqGBICqM0Z2owiGTjAWA/1s/viewanalytics>

13/22

Página 31 de 68	Sede Correspondencia: Calle 7 #.9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
-----------------	---	---

	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02


6/6/23, 13:59

LISTADO DE ASISTENCIA: PARAMETRIZACIÓN CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

RIAMP
Bacteriologa
Enfermera VSP
Medico de Urgencias
Lider PYMS
Auxiliar de farmacia
Crecimiento y desarrollo
Odontologa
Auxiliar en salud oral
Auxiliar área de la salud
Higienista oral
Consulta externa

<https://docs.google.com/forms/d/1zd799kKbCwvRvUD1yutqGBiClqmOZZowG1yAWAj1s/viewanalytics>

15/22

Página 33 de 68	Sede Correspondencia: Calle 7 #.9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
---------------------------	---	---

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>AMM / Corazón de Todos</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02


6/9/23, 13:59

LISTADO DE ASISTENCIA: PARAMETRIZACIÓN CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

TELEFONO
62 respuestas
3108571033
3229477406
3108041248
3046537533
3204301927
3213749657
3105637346
3134711935
3204663015
3166960329
3004129521
3147562069
3006815092
3156539233
3262494018
3103378606
3223900594
3108321362
3214989632
3118845969

<https://docs.google.com/forms/d/1zd799KbCwvRvUD1yutqGBICkmiOZ2iowG1yAWA7s/viewanalytics>

16/22

Página 34 de 68	Sede Correspondencia: Calle 7 # 9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
--------------------	---	---

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>AMM/Corazon de Todos</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02


6/9/23, 13:50

LISTADO DE ASISTENCIA PARAMETRIZACIÓN CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

3002558644
3003051277
3115042812
3004200844
3008934397
3178089971
3138400810
3008317613
3175005587
3158750093
3208482357
3175744865
3023739921
3153717785
3229467476
3213225072
3174407455
3167453350
3134159393
3102211392
3208873001
3102959222

<https://docs.google.com/forms/d/1zd799HkKbCwvRvUD1yutqGBICkmOZ2jowrGTyAWAjfs/viewanalytics>

17/22

Página 35 de 68	Sede Correspondencia: Calle 7 #.9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
---------------------------	---	---

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>Con Amor/Corazón de Todos</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02


6/8/23, 13:59

LISTADO DE ASISTENCIA: PARAMETRIZACIÓN CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

3506296188
3103016535
3045897951
3125415375
3142967073
3112253101
3219721103
3223559839
5552170
3172466346
3102274659
3185214146
3118287496
3164361987
3142695580
3103049967
3125364003
3014789395
3219460663
3118335498

<https://docs.google.com/forms/d/1zd799k4bCwvRvUD1yutqGBiCiqmOZ2iowGTYAWA/1s/viewanalytics>

18/22

Página 36 de 68	Sede Correspondencia: Calle 7 #.9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
-----------------	---	---

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>AMM / Corazón de Todos</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02

6/6/23, 13:59

LISTADO DE ASISTENCIA: PARAMETRIZACIÓN CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

CORREO ELECTRONICO

52 respuestas

adjuba25@gmail.com

JFCORTES93@GMAIL.COM

yidizpasenz@gmail.com

angelajunca728@hotmail.com

Lucenth_08@hotmail.com

lejoconca@hotmail.com

jaimesjaviered@gmail.com

Maryurarias_15@outlook.com

carlosenriquenp@ufps.edu.co

EL.MY2365@GMAIL.COM

mogollondoriselena528@gmail.com

flak_duarte@hotmail.com

Juliandavid-95@hotmail.com

apoyohmp005@gmail.com

ing.victoria86@gmail.com

lamiihmp2023@gmail.com

Caro_6465@hotmail.com


yamilesuarezobando@hotmail.com

maervies@gmail.com

delsyyanethmoreno561@gmail.com

<https://docs.google.com/forms/d/1zd799kKbCwvRvUD1yutqGB/CqmOZ2owG1yAWAj1s/viewanalytics>

19/22

Página 37 de 68	Sede Correspondencia: Calle 7 #. 9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
--------------------	--	---

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>IAANI / Corazón de Todos</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02

6/8/23, 13:59

LISTADO DE ASISTENCIA PARAMETRIZACIÓN CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

andresy david1@gmail.com
maritzab.2007@hotmail.com
Jcastellanosg23@gmail.com
brillthal216@gmail.com
dorisceciliaquinteroajimes@gmail.com
leidyroa.huem@gmail.com
elenabotia@gmail.com
carito_0582@hotmail.com
Vigilanciahospital@gmail.com
Rociojv97@gmail.com
rhync1108@hotmail.fr
danielapachecom123@gmail.com
Adriflocon@hotmail.com
Lauranataliesv@ufps.edu.co
Yenita_8421@hotmail.com
Velezg1974@gmail.com
Kren.ci@hotmail.com
Infantenancy0@gmail.com
zulaycarvajal391@gmail.com
aldwitor@hotmail.com

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. [Notificar uso inadecuado](#) · [Términos del Servicio](#) · [Política de Privacidad](#)

Google Formularios

<https://docs.google.com/forms/d/1zd799KbCwwRvUD1yutq9BICk-mOZZiowG1yAWA/1s/viewandMics>

21/22

Página 39 de 68	Sede Correspondencia: Calle 7 #.9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
-----------------	---	---

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>IAPI</i> / <i>Corazon de Todas</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02

3. ANEXO EVIDENCIA PRE-TEST CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

6/9/23, 14:19

PRE-TEST: PARAMETRIZACIÓN CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

Nombre
65 respuestas
Adiela Maria Contreras
Lucenth Medina Suárez
Maria Belén Contreras Jaimés
Angela Junca Pabon
JUAN FELIPE CORTES SASTOQUE
Adriana elieth julio basto
Doralba Iliana duarte Velasco
Doris Elena mogollon
Karla Valentina Portilla Botello
LUZ MARINA ARIAS TORRES
Julián David Leal Martínez
Sandra Patricia Figueroa
Yennifer Gabriela Bayona Garcia
Carlos Enrique Niño Pérez
Jefferson alexis pineda carvajal
Bertha cecilia ogliastri duran
Meryuri Dayana Arias Martínez
Javier Eduardo Jaimés Rivera
Yidiz Patricia Sáenz Ortega
Cindy alejandra jaimés velandia

<https://docs.google.com/forms/d/1ghTxe65xQ8kK2brUKV6x9INEFqHJdDC-0EYC3vCo0/Viewware.lytics>

2/12

Página 40 de 68	Sede Correspondencia: Calle 7 #.9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552181 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
--------------------	---	---

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>Corazón de Todas</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02

6/6/23, 14:19

PRE TEST PARAMETRIZACIÓN CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

Maria Del Pilar Guzmán Guerrero
María cecilia Villamizar estupiñan
Deisy carolina peñaranda landinez
ELMY YULAYKIS CARREÑO ORTEGA
Leydy Johanna Contreras carrillo
María Yamile Suárez obando
Deisy Yaneth Moreno Celis
David Inocencio Claro Bohórquez
Ana Josefa Laguado Bustos
LUZ MARINA CASTELLANOS ARGUELLO
Brahyan monroy
Diana Karina López niño
Maria Mercedes Hidalgo Villamizar
Victoria Carolina cubillos
Doris cecilia Quintero Jaimés
Juan Cayetano Cortés López
Ana Carolina Patiño basto
Keyla Estefania Garcia Bustos
Sai Alejandro chinome araque
Luz Karime Parada Castro
Yeimy Shirley Cardenas Garavito
Jose Giovany Colorado Rivera

<https://docs.google.com/forms/d/1ghT0n65xQ9kKzjbrUKv6x9MEPqj4kdDC-OEYC3vC0dU/viewanalytics>

3/12

Página 41 de 68	Sede Correspondencia: Calle 7 #.9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552181 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
--------------------	---	---

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>IAANI</i> <i>Concilio de Todas</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02


6/8/23, 14:19

PRE TEST PARAMETRIZACIÓN CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

CARMEN ELIANA PEÑARANDA PARRA
Esther Yuseth Rondón Pinzón
yorgin alfonso becerra reyes
LEIDY ALEJANDRA ATUESTA ESCALANTE
Edith Yacira
Angélica Liliana Gelvez Martínez
Leidy Katherine Roa Gutiérrez
Aura Esmeralda Mendoza Rivera
Brilly thalia Ortega Ortiz
Jonathan Eduardo castellanos Giraldo
Myriam Maritza Bultrago Sanchez
Yenni Carolina amaya correa
Meryoly noema garcia alvarez
Erika rocio jauregui vega
Jaime Ureña Esteves
Adriana florez
Laura Natalia Solano Villamizar
Jenny marcela Jaimes torres
Karen Paola Conde
Jhoana velez
Zulay Carvajal
Nancy Patricia infante Osorio

<https://docs.google.com/forms/d/1gh10re65x09kKqjbrUKVbx9NvEPqHJdDC-OEYC3vCoQ/viewanalytics>

4/12

Página 42 de 68	Sede Correspondencia: Calle 7 #.9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
--------------------	---	---

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>LA AMN / Corazón de Todos</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02

6/6/23, 14:10

PRE TEST PARAMETRIZACIÓN CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

Correo electrónico

65 respuestas

contrerasadiela1@gmail.com

Lucenith_08@hotmail.com

Ntuansalome@gmail.com

angelajunca728@hotmail.com

JFCORTES93@GMAIL.COM

adjuba25@gmail.com

Flak_duarte@hotmail.com

mogollondoriselena528@gmail.com

karlavalentinapb@ufps.edu.co

apoyohmp005@gmail.com

Juliandavid-95@hotmail.com

sandrapatricia035@gmail.com

yennifergabrielabg@ufps.edu.co

carlozenriquenp@ufps.edu.co

jeffersonalexis9123@gmail.com

Nataliafelipe2817@gmail.com

maryuriarias_15@outlook.com


jaimesjaviered@gmail.com

yidizpasaenz@gmail.com

Facruracion@hospitaldelospatios.gov.co

<https://docs.google.com/forms/d/1gh1for66x20kKzb-UKVbxWVLEPajUdDC-OEYC3vCoU/viewanalytics>

6/12

Página 43 de 68	Sede Correspondencia: Calle 7 # 9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
-----------------	---	---

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>AMM/Corazon de Todos</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02

6/8/23, 14:19

PRE TEST PARAMETRIZACIÓN CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

Correo electrónico

55 respuestas

contrerasadiela1@gmail.com

Lucenth_08@hotmail.com

Ntuansalome@gmail.com

angelaJunca728@hotmail.com

JFCORTES93@GMAIL.COM

adjuba25@gmail.com

Flak_duarte@hotmail.com

mogollondoriselena528@gmail.com

karlavalentinapb@ufps.edu.co

apoyohImp005@gmail.com

Juliandavid-95@hotmail.com

sandrapatricia035@gmail.com

yennifergabrielabg@ufps.edu.co

carlosenriquenp@ufps.edu.co

jeffersonalexis9123@gmail.com

Nataliafelipe2817@gmail.com

maryurias_15@outlook.com


jalmesjaviered@gmail.com

yidizpasaenz@gmail.com

Facuracion@hospitaldelospatios.gov.co

<https://docs.google.com/forms/d/1ghTore65x29kKzjbrUKVxb9MEPqLUdDC-DEYC3vCo0/viewanalytics>

6/12

Página 44 de 68	Sede Correspondencia: Calle 7 #.9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
--------------------	---	---

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  <i>Corazón de Todos</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02


6/8/23, 14:16

PRE TEST. PARAMETRIZACIÓN CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

consultaexternahmp@gmail.com
rondonyuseth@gmail.com
yor_ber@yahoo.es
alejandraatuesta@hotmail.com
Prieto Rojas
gelveza29@gmail.com
leidyroa.huem@gmail.com
andresydauid1@gmail.com
brilthai216@gmail.com
jcastellanosg23@gmail.com
maritzab.2007@hotmail.com
carito_0582@hotmail.com
Maryoli_garcia29@hotmail.es
Rociojv97@gmail.com
rhyno1108@hotmail.fr
Adriflocon@hotmail.com
Lauranataliasv@ufps.edu.co
Yenita_8421@hotmail.com
Kren.cl@hotmail.com
Velezg1974@gmail.com
zulaycarvajal391@gmail.com
infantenancy0@gmail.com

<https://docs.google.com/forms/d/1gltf0e65x28KzjbrUKvbx8NE-PqH4dDC-OEY3vCo0/viewanalytics>

8/12

Página 45 de 68	Sede Correspondencia: Calle 7 #.9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
--------------------	---	---

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>AMM / Corazon de Todos</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02

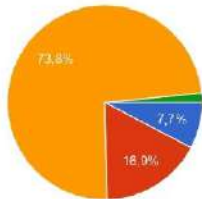
6/6/23, 14:19

PRE TEST. PARAMETRIZACIÓN CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

aldwitor@hotmail.com

1. Definición: acto mediante el cual un individuo libre ejerce su autodeterminación al autorizar cualquier intervención médica para sí mismo, en forma de medidas preventivas, de tratamiento, de rehabilitación o de participación en una investigación. La anterior definición corresponde a:

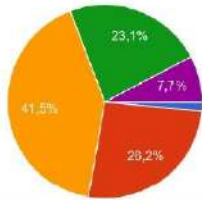
65 respuestas



- Información en cantidad suficiente
- Autonomía
- Voluntariedad
- Competencia

2. ¿Cuales son los elementos del consentimiento informado?


65 respuestas



- a. Autonomía, beneficencia y competencia
- b. Voluntariedad, información suficiente y autonomía
- c. Voluntariedad, información en cantidad suficiente y competencia
- d. Todas las anteriores
- Respuesta correcta 3

<https://docs.google.com/forms/d/1gh1on65xQ9KkzjBrUKvbx9lVEPglUjDD-DEYC3vCoU/viewanalytics>

9/12

Página 46 de 68	Sede Correspondencia: Calle 7 #.9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
-----------------	---	---

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>AMN/Corazón de Todos</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02

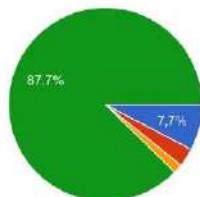
6/8/23, 14:19

PRE TEST PARAMETRIZACIÓN CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

3. Son acciones inseguras relacionadas con la funcionalidad de los consentimientos informados:

 Copiar

65 respuestas

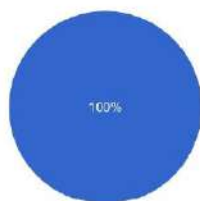


- a. Profesional asistencial que usa un lenguaje inapropiado para dar información al paciente
- b. Diligencia incorrecto del consentimiento informado
- c. Ausencia de firma del profesional en los formatos de consentimientos informados
- d. Todas son acciones inseguras relacionadas con la...

4. Como profesional de la salud, debo asegurarme de que el paciente comprenda la información suministrada, así como también, es mi deber aclarar y resolver todas las dudas que el paciente manifieste. **FALSO o VERDADERO**

 Copiar

65 respuestas



- a. Verdadero
- b. Falso

<https://docs.google.com/forms/d/1gh1oraE5xQ9kKzjUkVb9lVEPqjUdDC-OEYC3vC0G/viewanalytics>

10/12



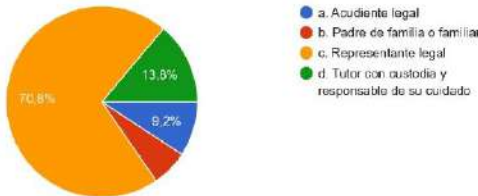
 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>¡VANI! Corazón de Todas</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02

6/8/23, 14:19

PRE TEST: PARAMETRIZACIÓN CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

5. Frente a la incapacidad de un paciente para llevar a cabo cualquier decisión legal sobre su salud, la persona que actúa en su nombre recibe el nombre de:

65 respuestas




Opción	Porcentaje
a. Acudiente legal	9.2%
b. Padre de familia o familiar	6.2%
c. Representante legal	70.8%
d. Tutor con custodia y responsable de su cuidado	13.8%

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. [Notificar uso inadecuado](#) - [Términos del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

Google Formularios

<https://docs.google.com/forms/d/1ghT0n65xQ9kKjbrUKVbx0tNEPqHJdDC-OEYC3rCo0/viewanalytics>

11/12

Página 48 de 68	Sede Correspondencia: Calle 7 #.9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
-----------------	---	---

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>AMM/Corazon de Todos</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02

4. ANEXO EVIDENCIA POS-TEST CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

01/02/23, 14:27 POST TEST: PARAMETRIZACIÓN CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

Nombre:
65 respuestas
Deisy Yaneth Moreno Celis
Angela Junca Pabon
María Belén Contreras Jaimés
JUAN FELIPE CORTES SASTOQUE
Lukenith Medina Suárez
Doris Calcedo Rojas
Adriana elieth julio basto
Doris Elena mogollon
Karla Valentina Portilla Botello
Doralba Iliana duarte Velasco
LUZ MARINA ARIAS TORRES
Carlos Enrique Niño Pérez
Julián Leal
Adiela María Contreras
Maryuri Dayana Arias Martínez
Javier Eduardo Jaimés Rivera
María Del Pilar Guzmán Guerrero
ELMY YULAYKIS CARREÑO ORTEGA
Deisy carolina peñaranda landinez
María Yamile Suárez obando

<https://docs.google.com/forms/d/1Aw31w81Ch9AAV0qub4gK5-vu0DeXTjprDf-fj/SV8/viewanalytics> 2/10



 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>1991</i> <i>Corazón de Todos</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02


6/6/23, 14:27

POST TEST. PARAMETRIZACION CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

CARMEN ELIANA PEÑARANDA PARRA
LEIDY ALEJANDRA ATUESTA ESCALANTE
Aura Esmeralda Mendoza Rivera
Brahyan Monroy Estupiñán
Brilly thalia Ortega Ortiz
Jonathan Eduardo castellanos Giraldo
Doris cecilia Quintero jaimes
Leidy Katherine roa Gutiérrez
Yenni Carolina amaya correa
Maryoly noema garcia alvarez
Myriam Maritza Bultrago Sanchez
Erika rocío jauregui vega
Jaime Ureña Esteves
Adriana del pilar florez contreras
Daniela Pacheco Machado
Laura Natalia Soleno Villamizar
Jenny Marcela Jaimes Torres
Karen Paola Conde
Jhoana velez
Zulay Carvajal
Nancy Patricia infante Osorio
Aldwing Omaña Ortiz

<https://docs.google.com/forms/d/1Aw31wI-ICH9AAV0Cub4gK5-vuL03eXF7jcrLr-HgSV6/viewanalytics>

4/10

Página 50 de 68	Sede Correspondencia: Calle 7 #.9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
---------------------------	---	---

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>AMMI</i> <i>Corazón de Todos</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02

6/8/23, 14:27

POST TEST: PARAMETRIZACION CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

Correo electrónico

55 respuestas

deisyannethmoreno561@gmail.com

angelaJunca728@hotmail.com

ntuensalome@gmail.com

JFCORTES93@GMAIL.COM

Lucenth_08@hotmail.com

Doriscaicedorojas.17@gmail.com

adjuba25@gmail.com

mogollondoriselena528@gmail.com

karlavalentinapb@ufps.edu.co

Flak_duarte@hotmail.com

apoyohlmp005@gmail.com

carlosenriquenpqfups.edu.co

Juliandavid-95@hotmail.com

contrasadiela1@gmail.com

maryurias_15@outlook.com

jaimesjaviered@gmail.com

lamiilmp2023@gmail.com


ELMY2365@GMAIL.COM

Caro_6465@hotmail.com

yamilesuarezobando@hotmail.com

<https://docs.google.com/forms/d/1Aw31wiHC9AAV6Cqub4gK5-vuD3eXF7jcrDf-fjgSV8/viewanalytics>

5/10

Página 51 de 68	Sede Correspondencia: Calle 7 #.9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
--------------------	---	---

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>Con AMN / Cereza de Todas</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02


6/023, 14:27

POST TEST. PARAMETRIZACION CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

consultaexternahimp@gmail.com
alejandraatuesta@hotmail.com
andresydauid1@gmail.com
brahyanm920@gmail.com
brillthal216@gmail.com
jcastellanosg23@gmail.com
dorisceciliaquinterojaimes@gmail.com
leidyroa.huem@gmail.com
carito_0582@hotmail.com
Maryoil_garcia29@hotmail.es
maritzab.2007@hotmail.com
Rociojv97@gmail.com
rhyno1108@hotmail.fr
Adriflocon@hotmail.com
Danielapachecom123@gmail.com
Lauranataliasv@ufps.edu.co
Yenita_8421@hotmail.com
Kren.cl@hotmail.com
Velezg1974@gmail.com
zulaycarvajal391@gmail.com
Infantency0@gmail.com
aldwitor@hotmail.com

<https://docs.google.com/forms/d/1Aw31wiHChBAVAV6qutHgK5-vu03eXFHjcrDF-tgjSV98/viewanalytics>

7/10

Página 52 de 68	Sede Correspondencia: Calle 7 #.9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
-----------------	---	---

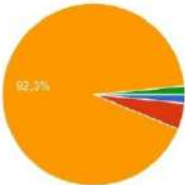
 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>¡JANI! Conquistar de Todas</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02

6/6/23, 14:27

POST TEST: PARAMETRIZACIÓN CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

1. Definición: acto mediante el cual un individuo libre ejerce su autodeterminación al autorizar cualquier intervención médica para sí mismo, en forma de medidas preventivas, de tratamiento, de rehabilitación o de participación en una investigación. La anterior definición corresponde a:

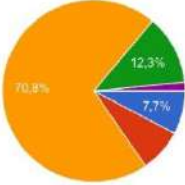
65 respuestas



Respuesta	Porcentaje
Información en cantidad suficiente	~1.0%
Autonomía	~1.0%
Voluntariedad	92.3%
Competencia	~1.0%

2. ¿Cuales son los elementos del consentimiento informado?

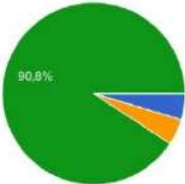
65 respuestas



Respuesta	Porcentaje
a. Autonomía, beneficencia y competencia	12.3%
b. Voluntariedad, información suficiente y autonomía	7.7%
c. Voluntariedad, información en cantidad suficiente y competencia	70.8%
d. Todas las anteriores	7.7%
Respuesta correcta 3	~1.5%

3. Son acciones inseguras relacionadas con la funcionalidad de los consentimientos informados:..

65 respuestas



Respuesta	Porcentaje
a. Profesional asistencial que usa un lenguaje inapropiado para dar información al paciente	~1.0%
b. Diligenciamiento incorrecto del consentimiento informado	~1.0%
c. Ausencia de firma del profesional en los formatos de consentimientos informados.	~1.0%
d. Todas son acciones inseguras relacionadas con la...	90.8%

<https://docs.google.com/forms/d/1Aw31w19Ch9AUVUqub4gK5-vu03eXF1jciDf-lp5V8/viewanalytics> 8/10



 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>AMM / Corazón de Todos</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02

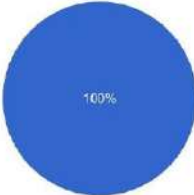
6/6/23, 14:27

POST TEST: PARAMETRIZACIÓN CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

📄 Copiar

4. Como profesional de la salud, debo asegurarme de que el paciente comprenda la información suministrada, así como también, es mi deber aclarar y resolver todas las dudas que el paciente manifieste. **FALSO o VERDADERO**

65 respuestas

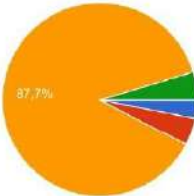


- a. Verdadero
- b. Falso

📄 Copiar

5. Frente a la incapacidad de un paciente para llevar a cabo cualquier decisión legal sobre su salud, la persona que actúa en su nombre recibe el nombre de:

65 respuestas



- a. Acudiente legal
- b. Padre de familia o familiar
- c. Representante legal
- d. Tutor con custodia y responsable de su cuidado


Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. [Notificar uso inadecuado](#) - [Términos del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

Google Formularios

✎

<https://docs.google.com/forms/c/1Aw31wI-ICb8AV0cuH4gK5-vuU3eXf1jcrDF-gj5V8/viewanalytics>

9/10

<p>Página 54 de 68</p>	<p>Sede Correspondencia: Calle 7 #.9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander</p>	
------------------------	--	---

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>IAVNI / Concepción de Todos</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02

5. ANEXO DIAPOSITIVAS



CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

1



DEFINICIONES

Voluntariedad Los sujetos deben decidir libremente, sin ser forzados o presionados, de no aceptar o de aceptar un procedimiento diagnóstico o terapéutico.	Comprensión El sujeto debe comprender por qué el paciente que recibe la información.	Bruticia El sujeto de la información debe ser capaz de comprender los riesgos y beneficios del mismo, sus alternativas disponibles, sus derechos y deberes de ser paciente y de ser humano.
Información Debe ser comprensible y debe incluir el objetivo del procedimiento o del estudio de investigación, sus beneficios y riesgos potenciales y la posibilidad de rechazar el tratamiento o retirar una información de cualquier momento.	Causas El sujeto debe comprender el procedimiento y conocer también que se refiere a la condición o diagnóstico de enfermedad, los riesgos y beneficios de cualquier procedimiento que implique un costo o beneficio, así como el procedimiento estándar.	

2



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Es una autorización dada por el paciente o su representante o familia, basada en el consentimiento informado de lo que implica, incluyendo la naturaleza del tratamiento, los riesgos y beneficios del mismo, sus alternativas disponibles. Quien da consentimiento de la atención mediante la firma de un documento.

3



ELEMENTOS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Voluntariedad El sujeto de la información debe ser capaz de comprender los riesgos y beneficios del mismo, sus alternativas disponibles, sus derechos y deberes de ser paciente y de ser humano.	Información suficiente La información debe ser comprensible y debe incluir el objetivo del procedimiento o del estudio de investigación, sus beneficios y riesgos potenciales y la posibilidad de rechazar el tratamiento o retirar una información de cualquier momento.	Información adecuada El sujeto debe comprender el procedimiento y conocer también que se refiere a la condición o diagnóstico de enfermedad, los riesgos y beneficios de cualquier procedimiento que implique un costo o beneficio, así como el procedimiento estándar.	Comprensión El sujeto debe comprender por qué el paciente que recibe la información.
--	---	---	--

4



ACCIONES INDEBIDAS MÁS FRECUENTES RELACIONADAS CON LA FUNDAMENTACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

- ✓ Profesional sanitario que no se haya capacitado para dar la información al paciente.
- ✓ Profesional sanitario que no se haya capacitado para dar la información al paciente.
- ✓ Profesional sanitario que no se haya capacitado para dar la información al paciente.
- ✓ Profesional sanitario que no se haya capacitado para dar la información al paciente.
- ✓ Profesional sanitario que no se haya capacitado para dar la información al paciente.
- ✓ Profesional sanitario que no se haya capacitado para dar la información al paciente.

5



GRUPOS DE ATENCIÓN HOSPITAL LOCAL DE LOS PATIOS

6

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  <i>Corazón de Todas</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02

7



8



9



10



11



12



 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>AMN/Corazón de Todos</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02

7



8

1. Grupo de atención inmediata

- SALA DE PARTOS
- TRANSPORTE ASISTENCIAL
- URGENCIAS



9



10



11

2. Grupo de consulta externa

- CITOLOGIA
- ODONTOLOGIA
- PLANIFICACION FAMILIAR
- PROCEDIMIENTOS
- VACUNACION



12



 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>LA AMI / Corazón de Todas</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO COMUNICACIONES
		CÓDIGO FT-CM-05
		VERSIÓN 02

 <p>13</p>	 <p>14</p>	 <p>15</p>
 <p>16</p>	 <p>17</p>	 <p>18</p>

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>LAAMI/Corazon de Todas</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02



22



23



24



25



26

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ANNO/Corazón de Todos	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02

Anexo 6. CONTENIDO CAPACITACIÓN CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Toda persona, aunque esté enferma, debe continuar siendo considerada en principio libre y competente para decidir sobre su integridad y sobre su futuro y, por lo tanto, debe poder intervenir en las decisiones clínicas que le implican; esto determina el poder aceptar o denegar lo que se le propone después de que se le ha brindado la información suficiente para ello.

Consentimiento informado se define como la aceptación libre por parte de un paciente de un acto diagnóstico o terapéutico después de haberle comunicado adecuadamente su situación clínica. Los requerimientos básicos necesarios para que sea válido son: libertad de decisión, competencia para decidir e información suficiente.

Es una autorización dada por el paciente sin ninguna coacción o fraude, basada en el entendimiento razonable de lo que sucederá, incluyendo la necesidad del tratamiento, los riesgos y beneficios del mismo, cualquier alternativa disponible. Quedando constancia de la anuencia mediante la firma de un documento.

ELEMENTOS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Voluntariedad: acto mediante el cual un individuo libre ejerce su autodeterminación al autorizar cualquier intervención médica para sí mismo, en forma de medidas preventivas, de tratamiento, de rehabilitación o de participación en una investigación.

Información en cantidad suficiente: solo la reflexión basada en la relación que se ha establecido con un paciente en particular nos permitirá establecer cuáles son las necesidades reales de conocimiento del paciente respecto a su patología. La comunicación de la verdad en medicina constituye un imperativo ético, pero la determinación de la oportunidad de su comunicación sigue siendo un juicio clínico. La información que debe darse a un paciente determinado ha de entenderse como un proceso evolutivo, no como un acto clínico aislado dándole al enfermo la opción de escoger. Esto deberá adaptarse a la situación particular de cada paciente.

Información con calidad suficiente: se considera que existen dos aspectos que pueden alterar la calidad de la información. La primera de carácter objetivo y se origina en el médico, la segunda es de carácter subjetivo y se origina en el paciente como receptor de la información. La información debe ser provista usando un lenguaje inteligible para el paciente, esto es de acuerdo a su nivel cultural y sus posibilidades de comprensión.

Competencia: según la teoría del consentimiento informado solo los pacientes competentes tienen el derecho ético y legal de aceptar o rechazar un procedimiento propuesto o sea de otorgar o no el consentimiento.

La competencia se define como "la capacidad del paciente para comprender la situación a la que se enfrenta, los valores que están en juego y los cursos de acción posibles con las consecuencias previsibles de cada uno de ellos, para a continuación tomar, expresar y defender una decisión que sea coherente con su propia escala de valores"

ACCIONES INSEGURAS MÁS FRECUENTES RELACIONADAS CON LA FUNCIONALIDAD DE LOS PROCEDIMIENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Página 61 de 68	Sede Correspondencia: Calle 7 #.9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
-----------------	---	---

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>IAANN</i> <i>Corazón de Todos</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02

- ✓ Profesional asistencial que usa un lenguaje inapropiado para dar la información al paciente.
- ✓ Profesionales poco comprometidos con la cultura del consentimiento informado
- ✓ Ausencia de registro en la historia clínica Paciente mal informado por parte del profesional quien da información incompleta o imprecisa.
- ✓ Diligenciamiento incorrecto del consentimiento informado
- ✓ Paciente informado inadecuadamente por otro profesional diferente a quien va a realizar el procedimiento asistencial.
- ✓ Ausencia de firma del profesional en los formatos de consentimiento informado. No verificación de los procedimientos de consentimiento informado

GRUPOS DE ATENCIÓN HOSPITAL LOCAL DE LOS PATIOS

- 📁 DISENTIMIENTOS
- 📁 GRUPO ATENCIÓN INMEDIATA
- 📁 GRUPO CONSULTA EXTERNA
- 📁 GRUPO HOSPITALIZACIÓN
- 📁 IMÁGENES DIAGNOSTICAS Y COMPLEMENTACIÓN TERAPEUTICA

Los consentimientos se encontrarán por grupo de atención según los servicios ofertados en la ESE Hospital Local Municipio de Los patios, más una carpeta donde se encontrarán los disentimientos ante la negación del paciente a la realización de cualquier procedimiento

1. Grupo de atención inmediata

- 📁 SALA DE PARTOS
- 📁 TRASPORTE ASISTENCIAL
- 📁 URGENCIAS

El grupo de atención inmediata se subdivide en 3 categorías de atención:


1. Sala de partos
2. Transporte asistencial
3. Urgencias

- 📁 FT-CA-13 CONSENTIMIENTO INFORMADO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO POR VÍA PARENTERAL
- 📁 FT-CA-21 CONSENTIMIENTO INFORMADO MONITOREO FETAL
- 📁 FT-RX-07 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE IMÁGENES Y AUTORIZACIÓN
- 📁 Pendiente... CONSENTIMIENTO INFORMADO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO POR VÍA NO PARENTERAL
- 📁 Pendiente... CONSENTIMIENTO INFORMADO AMNICIOTOMÍA
- 📁 Pendiente... CONSENTIMIENTO INFORMADO EPISIOTOMÍA Y EPISORRAFIA
- 📁 Pendiente... CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REMISIÓN

Subdivisión SALA DE PARTOS

- 📁 DISENTIMIENTO INFORMADO PARA REMISIÓN
- 📁 Pendiente... CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REMISIÓN
- 📁 Pendiente... CONSENTIMIENTO INFORMADO TRANSPORTE ASISTENCIAL

Subdivisión TRASPORTE ASISTENCIAL

Página 62 de 68	Sede Correspondencia: Calle 7 # 9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
-----------------	---	---

	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02

- FT-AI-15 CONSENTIMIENTO INFORMADO TORACOSTOMIA
- FT-AI-16 CONSENTIMIENTO INFORMADO ONCECTOMÍA
- FT-CA-13 CONSENTIMIENTO INFORMADO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO POR VÍA PARENTERAL
- FT-CA-13 CONSENTIMIENTO INFORMADO DE EXÁMENES MÉDICO LEGALES
- FT-CA-15 CONSENTIMIENTO INFORMADO SUTURAS
- FT-CA-17 CONSENTIMIENTO INFORMADO PASO DE SONDA NASOGÁSTRICA
- FT-CA-18 CONSENTIMIENTO INFORMADO CURACIONES
- FT-CA-19 CONSENTIMIENTO INFORMADO CATETERISMO VESICAL
- FT-CA-20 CONSENTIMIENTO INFORMADO TOMA PARCIAL DE ORINA CON SONDA
- FT-CA-23 CONSENTIMIENTO INFORMADO EKG
- FT-CE-06 CONSENTIMIENTO INFORMADO RETIRO DE PUNTOS
- FT-OS-01 CONSENTIMIENTO INFORMADO HIGIENE COMO 5
- Pendiente... CONSENTIMIENTO INFORMADO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO POR VÍA NO PARENTERAL
- Pendiente... CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EMISIÓN

Subdivisión **URGENCIAS**

2. Grupo de consulta externa

- CITOLOGÍA
- ODONTOLOGÍA
- PLANIFICACIÓN FAMILIAR
- PROCEDIMIENTOS
- VACUNACIÓN

El grupo de atención inmediata se subdivide en 5 categorías de atención: 1. Citología, 2. Odontología, 3. Planificación familiar, 4. Procedimientos, 5. Vacunación.

- FT-CA-24 CONSENTIMIENTO INFORMADO FROTIS DE FLUJO
- FT-CE-04 CONSENTIMIENTO INFORMADO CITOLOGÍA
- FT-CO-05 CONSENTIMIENTO INFORMADO DE OPERATORIA
- FT-CO-06 CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ENDODONCIA
- FT-CO-07 CONSENTIMIENTO INFORMADO EXODONCIA SIMPLE
- FT-CO-08 CONSENTIMIENTO INFORMADO HIGIENE ORAL
- FT-CO-11 CONSENTIMIENTO INFORMADO ANESTESIA LOCAL

Subdivisión **CITOLOGÍA**















Subdivisión **ODONTOLOGÍA**

- FT-CE-01 CONSENTIMIENTO INFORMADO INSERCIÓN DE IMPLANTE SUBDERMICO
- FT-CE-03 CONSENTIMIENTO INFORMADO INSERCIÓN DISPOSITIVO INTRAUTERINO
- FT-CE-07 CONSENTIMIENTO INFORMADO EXTRACCIÓN DE DIU
- FT-CE-08 CONSENTIMIENTO INFORMADO EXTRACCIÓN IMPLANTE SUBDERMICO
- FT-CA-16 CONSENTIMIENTO INFORMADO SUTURAS
- FT-CA-17 CONSENTIMIENTO INFORMADO PASO DE SONDA NASOGÁSTRICA
- FT-CA-18 CONSENTIMIENTO INFORMADO CURACIONES
- FT-CA-19 CONSENTIMIENTO INFORMADO CATETERISMO VESICAL
- FT-CA-20 CONSENTIMIENTO INFORMADO TOMA PARCIAL DE ORINA CON SONDA
- FT-CA-21 CONSENTIMIENTO INFORMADO MONITOREO FETAL
- FT-CA-23 CONSENTIMIENTO INFORMADO EKG
- FT-CE-06 CONSENTIMIENTO INFORMADO RETIRO DE PUNTOS

Subdivisión **PLANIFICACIÓN FAMILIAR**





















Subdivisión **PROCEDIMIENTOS**

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>IAWMI</i> <i>Corazón de Todas</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02

-  FT-VA-01 CONSENTIMIENTO INFORMADO VACUNACIÓN GESTANTES 
-  FT-VA-02 CONSENTIMIENTO INFORMADO VACUNACIÓN 2-4-6 MESES 
-  FT-VA-03 CONSENTIMIENTO INFORMADO VACUNACIÓN 12MESES 
-  FT-VA-04 CONSENTIMIENTO INFORMADO VACUNACIÓN 18MESES 
-  FT-VA-05 CONSENTIMIENTO INFORMADO VACUNACIÓN 5-9 AÑOS 
-  FT-VA-06 CONSENTIMIENTO INFORMADO VACUNACIÓN MUJERES 10-49 AÑOS 
-  FT-VA-07 CONSENTIMIENTO INFORMADO VACUNACIÓN ADULTOS 60 AÑOS 

Subdivisión **VACUNACIÓN**











3. Grupo hospitalización

-  FT-CA-13 CONSENTIMIENTO INFORMADO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO POR VÍA PARENTERAL 
-  FT-CA-17 CONSENTIMIENTO INFORMADO PASO DE SONDA NASOGASTRICA 
-  FT-CA-18 CONSENTIMIENTO INFORMADO CURACIONES 
-  FT-CA-19 CONSENTIMIENTO INFORMADO CATETERISMO VESICAL 
-  FT-CA-20 CONSENTIMIENTO INFORMADO TOMA PARCIAL DE ORINA CON SONDA 
-  FT-CA-21 CONSENTIMIENTO INFORMADO MONITOREO FETAL 
-  FT-CA-23 CONSENTIMIENTO INFORMADO EKG 
-  FT-CE-06 CONSENTIMIENTO INFORMADO RETIRO DE PUNTOS 
-  FT-VS-01 CONSENTIMIENTO INFORMADO HISOPADO COVID19 
-  Pendiente... CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REMISIÓN 

4. Grupo imágenes diagnósticas y complementación terapéutica

-  ECOGRAFIA 
-  FISIOTERAPIA 
-  LABORATORIO 
-  RX - RX PERIAPICAL 

El grupo de atención inmediata se subdivide en 4 categorías de atención: 1. Ecografía, 2. Fisioterapia, 3. Laboratorio, 4. Rx - Rx

-  FT-RX-06 CONSENTIMIENTO INFORMADO ECOGRAFÍA TRASVAGINAL 
-  Pendiente... ECOGRAFIA ABDOMINAL 
-  Pendiente... ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS 
-  Pendiente... ECOGRAFIA OBSTETRICA 
-  Pendiente... ECOGRAFIA PELVICA 

Subdivisión **ECOGRAFÍA**



	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02

- FT-CE-02 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TERMOterapia
 - FT-CE-05 CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TERAPIA RESPIRATORIA
 - Pendiente... CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELECTROTERAPIA
 - Pendiente... CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TERAPIA FISICA
 - FT-AD-02 CONSENTIMIENTO INFORMADO PRUEBA DIAGNÓSTICA O PRESUNTIVA DE VIH
 - FT-AD-03 CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TOMA DE MUESTRA
 - FT-CA-24 CONSENTIMIENTO INFORMADO FROTIS DE FLUJO
 - FT-VS-01 CONSENTIMIENTO INFORMADO HIBOPADO COVID19
 - Pendiente... CONSENTIMIENTO INFORMADO TOMA DE IMAGENES IONIZANTES
 - Pendiente... CONSENTIMIENTO INFORMADO TOMA DE RADIOGRAFIA PERIAPICAL
- Subdivisión **FISIOTERAPIA**


Subdivisión **LABORATORIO**

Subdivisión **PERIAPICAL** **RX-RX**

5. Grupo disentimientos

- FT-AI-17 DISENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS
- FT-AI-18 CONSENTIMIENTO INFORMADO DE SALIDA VOLUNTARIA
- FT-CA-12 DISENTIMIENTO DE NO REANIMACIÓN
- FT-CA-14 DISENTIMIENTO INFORMADO PARA REMISIÓN

INFORMACIÓN QUE DEBE CONTENER EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

	PROCESO	CALIDAD	CÓDIGO	FT-CA-20
	FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO TOMA PARCIAL DE ORINA CON SONDA	VERSIÓN	01

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ DE _____
 EDAD: _____ SEXO: _____
 NOMBRE DE LA EPS: _____
 CONTACTO DE ACCOMPañANTE: _____
 NÚMERO DE CELULAR: _____ FUGO: _____

Datos personales del paciente. (Nombre completo, sexo, edad, domicilio y teléfono).

Decido que he acudido a consulta el día _____ del mes _____ del año _____ con el profesional _____ quien prescribió la realización del procedimiento en mención. Una vez examinado(a) evaluado(a) y determinada mi condición clínica se realizará el procedimiento propuesto **TOMA DE PARCIAL DE ORINA CON SONDA**. Es el procedimiento a través del cual se presará una sonda por la Uretra hacia la vejiga previa limpieza de la zona genital. Al tomar una muestra de orina con sonda directamente de la vejiga para ser estudiada, se pretende obtener un resultado más seguro, al disminuir la contaminación con bacterias que se encuentran normalmente en la mucosa genital, esta es un examen molesto no doloroso, que requiere de toda su colaboración para efectuarlo de manera ágil y en el tiempo estipulado.

Fecha, nombre y apellidos del médico que realice el procedimiento en el que se consiente.

RIESGOS Y COMPLICACIONES

Existen riesgos en el paso de sonda vesical intermitente para la toma de muestras, los cuales están relacionados con la incorrecta indicación y su mala ejecución. En cualquier caso, existen algunas complicaciones que se pueden producir durante el desarrollo del procedimiento y que el paciente tiene que ser consciente, tales como: infección urinaria leve o moderada con o sin compromiso renal. Pacientes con incontinencia Urinaria crónica pueden aumentar sus síntomas transitoriamente. Existen limitaciones para la realización de dicho procedimiento tales como: Pacientes con lesiones en región genital que dificultan visualizar claramente la uretra. Pacientes sometidos a reparación quirúrgica de la uretra y las estructuras circundantes y estrechos de la uretra

realizar, con explicación breve y sencilla del objetivo del procedimiento, en qué consiste el mismo y la forma en que se va a llevar a cabo.

BENEFICIOS

Existe un único beneficio asociado con la realización del procedimiento, el cual es la obtención de una muestra de orina estéril, lo que aumenta la veracidad de la muestra y facilita el diagnóstico.

Descripción de los riesgos típicos del procedimiento. Descripción de los riesgos personalizados. Incluir los beneficios de realizar dicho procedimiento

De conformidad con la ley 23 de 1991, en sus artículos 15 y 16 el Profesional _____ identificado con cédula de ciudadanía N° _____ de _____ Registro N° _____ profesional en _____

Firmas del profesional que informa y del paciente

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>1 ANÍ / Corazón de Todas</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02

Declaro que me ha explicado en forma clara, precisa, concisa y lenguaje sencillo todos los Riesgos y Complicaciones que se describen anteriormente en terminología técnica. También me han advertido los Beneficios en la realización de la misma. Manifiesto que he comprendido en forma satisfactoria la naturaleza y propósito del procedimiento a realizar, la técnica empleada, los riesgos y beneficios, así como la posibilidad de cambio de esta, durante el procedimiento, si fuera necesario. Reconozco que se me ha dado la oportunidad de hacer toda clase de preguntas y observaciones respecto a mi enfermedad, al procedimiento a realizar y de aclarar todas mis dudas.

Doy mi consentimiento informado para la realización del procedimiento mencionado durante la realización de la técnica conforme al plan terapéutico. Consentido también que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocatoria de este consentimiento informado y eximir al profesional de mi atención.

Nombre del Paciente _____
 N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Paciente _____
 Huella

Nombre del Testigo _____
 N° de Documento de Identidad _____ de _____

Firma del Testigo _____
 Huella

Como profesional de la salud declaro que he informado al (la) paciente el propósito, los riesgos y los beneficios del procedimiento descrito, de sus alternativas, posibles complicaciones.

Se hace entrega al (la) paciente por escrito de las recomendaciones domiciliarias y se explican verbalmente.

Profesional Responsable _____
 N° de Documento de Identidad _____ de _____
 N° de R.P. _____

Declaración del paciente de haber recibido información acerca de los extremos indicados en los apartados anteriores

Manifestación del paciente de estar satisfecho con la información recibida y de haber obtenido respuesta satisfactoria sobre las dudas planteadas y sobre la posibilidad de revocar en cualquier momento el consentimiento informado.

Firma del paciente quien conciente el procedimiento (nombre, cedula, huella)

Apartado para el consentimiento a través de representante legal en caso de incapacidad del paciente.

Declaración del profesional de que ha brindado la información completa y clara al usuario con firma, documento de identidad y registro.

ASPECTOS IMPORTANTES

Menor de edad: En términos generales, es menor toda persona que cuya edad sea inferior a 18 años, sin embargo, dentro de este rango, existe una subclasificación que puede ser determinante para el consentimiento informado

Menor adulto: Todo niño o niña que se encuentra entre los 14 y los 18 años de edad (en un paciente menor adulto, el consentimiento informado debe ser firmado por éste y de forma sustitutiva por sus padres.

Infante: Todo niño o niña menor de 7 años.

Impúber: Todo niño o niña que se encuentre entre los 7 y los 14 años.

INCAPAZ: Persona con limitaciones de tipo psíquico, físico o por su edad, que le impiden tener un desempeño igual al de un sujeto regular, y por lo tanto son considerados por la Ley como Incapaces para llevar a cabo ciertos actos. Legalmente se clasifican en dos categorías:

Absolutos: Aquellos cuya limitación les impide llevar a cabo cualquier tipo de actuación, dentro del mundo jurídico, estos son:

1. Impúberes.
2. Sordomudo que no puede darse a entender por un lenguaje convencional de signos.



 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO IAPM Corazón de Todos	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02

3. Demente.

Relativos: Aquellos cuya limitación les permite llevar a cabo ciertos actos determinados en la Ley, estos son:

1. Menores adultos.
2. Disipador en interdicción.

REPRESENTANTE LEGAL: Frente a la incapacidad existen una serie de sujetos que actúan en nombre de aquellos considerados incapaces estos pueden ser:

- Padres de familia: Los padres de la persona menor de 18 años.
- Tutor: Representa al menor de 18 años que no tiene padres.
- Curador: Para el resto de incapaces.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Voluntariedad: Los sujetos deben decidir libremente someterse a un tratamiento o participar en un estudio sin que haya persuasión, manipulación ni coerción. El carácter voluntario del consentimiento es vulnerado cuando es solicitado por personas en posición de autoridad o no se ofrece un tiempo suficiente al paciente para reflexionar, consultar o decidir.

Información: Debe ser comprensible y debe incluir el objetivo del tratamiento o del estudio, su procedimiento, los beneficios y riesgos potenciales y la posibilidad de rechazar el tratamiento o estudio una vez iniciado en cualquier momento, sin que ello le pueda perjudicar en otros tratamientos.


Comprensión: Es la capacidad de comprender que tiene el paciente que recibe la información

Coacción: Es un término empleado frecuentemente en Derecho y ciencia política que se refiere a la violencia o imposición de condiciones empleadas para obligar a un sujeto a realizar u omitir una determinada conducta.

Bioética: Es la rama de la ética que se dedica a proveer los principios de conducta humana de la vida; la ética está aplicada a la vida humana y no humana. En un sentido más amplio, sin embargo, la bioética no se limita al ámbito médico, sino que incluye todos los problemas éticos que tienen que ver con la vida en general.

Referencias

1. Ministerio de protección social: GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD” UNIDAD SECTORIAS. [internet] disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Garantizar%20la%20funcionalidad%20de%20los%20procedimientos%20de%20consentimiento%20informado.pdf>

Página 67 de 68	Sede Correspondencia: Calle 7 #.9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
-----------------	---	---

8.3.6. Presentación de evidencia listas de asistencia

LISTADO DE ASISTENCIA	
Participantes	Correo electrónico
Adiela Maria Contreras	contrerasadiela1@gmail.com
Lucenith Medina Suárez	Lucenith_08@hotmail.com
María Belén Contreras Jaimes	Ntuansalome@gmail.com
Angela Junca Pabon	angelajunca728@hotmail.com
JUAN FELIPE CORTES SASTOQUE	JFCORTES93@GMAIL.COM
Adriana elieth julio basto	adjuba25@gmail.com
Doralba liliana duarte Velasco	Flak_duarte@hotmail.com
Doris Elena mogollon	mogollondoriselena528@gmail.com
Karla Valentina Portilla Botello	karlavalentinapb@ufps.edu.co
LUZ MARINA ARIAS TORRES	apoyohImp005@gmail.com
Julián David Leal Martínez	Juliandavid-95@hotmail.com
Sandra Patricia Figueroa	sandrapatricia035@gmail.com
Yennifer Gabriela Bayona García	yennifergabrielabg@ufps.edu.co
Carlos Enrique Niño Pérez	carlosenriquenp@ufps.edu.co
Jefferson alexis pineda carvajal	jeffersonalexis9123@gmail.com
Bertha cecilia ogliastri duran	Nataliafelipe2817@gmail.com
Maryuri Dayana Arias Martinez	maryuriarias_15@outlook.com
Javier Eduardo Jaimes Rivera	jaimesjaviered@gmail.com
Yidiz Patricia Sáenz Ortega	yidizpasaenz@gmail.com

Cindy Alejandra Jaimes Velandia	Facuracion@hospitaldelospatios.gov.co
Maria Del Pilar Guzmán Guerrero	lamiihmp2023@gmail.com
María Ercilia Villamizar Estupiñan	maervies@gmail.com
Deisy Carolina Peñaranda Landinez	Caro_6465@hotmail.com
ELMY YULAYKIS CARREÑO ORTEGA	ELMY2365@GMAIL.COM
Leydy Johanna Contreras Carrillo	lejoconca@hotmail.com
María Yamile Suárez Obando	yamilesuarezobando@hotmail.com
Deisy Yaneth Moreno Celis	deisyyanethmoreno561@gmail.com
David Inocencio Claro Bohórquez	davidjesuscb@gmail.com
Ana Josefa Laguado Bustos	ana_laguado@hotmail.com
LUZ MARINA CASTELLANOS ARGUELLO	luzcastellanos.huem@gmail.com
Brahyan Monroy	brahyanm920@gmail.com
Diana Karina López Niño	dianakarinalopeznino49@gmail.com
Maria Mercedes Hidalgo Villamizar	mariamer70@hotmail.com
Victoria Carolina Cubillos	ing.victoria86@gmail.com
Doris Cecilia Quintero Jaimes	dorisceciliaquinterojaimes@gmail.com
Juan Cayetano Cortés López	j.corteslopez@hotmail.com
Ana Carolina Patiño Basto	bastocarolina.23@gmail.com

Keyla Estefania García Bustos	kegarciab91@gmail.com
Sai Alejandro chinome araque	Saibact@hotmail.com
Luz Karime Parada Castro	paradakarime1@gmail.com
Yeimy Shirley Cardenas Garavito	yeimycardenas1524@gmail.com
Jose Giovany Colorado Rivera	josecoloradogr@gmail.com
CARMEN ELIANA PEÑARANDA PARRA	consultaexternahmp@gmail.com
Esther Yuseth Rondón Pinzón	rondonyuseth@gmail.com
yorgin alfonso becerra reyes	yor_ber@yahoo.es
LEIDDY ALEJANDRA ATUESTA ESCALANTE	alejandraatuesta@hotmail.com
Edith Yadira	Prieto Rojas
Angélica Liliana Gelvez Martínez	gelveza29@gmail.com
Leidy Katherine Roa Gutiérrez	leidyroa.huem@gmail.com
Aura Esmeralda Mendoza Rivera	andresy david1@gmail.com
Brilly thalia Ortega Ortiz	brillthal216@gmail.com
Jonathan Eduardo castellanos Giraldo	jcastellanosg23@gmail.com
Myriam Maritza Buitrago Sanchez	maritzab.2007@hotmail.com
Yenni Carolina amaya correa	carito_0582@hotmail.com

8.3.7. Presentación de evidencia fotográfica

Capacitación consentimientos informados (Mañana)

The image shows a screenshot of a Google Meet session. The browser address bar indicates the meeting URL is `meet.google.com/hyn-moqg-gah`. The meeting title is "Capacitación consentimientos informados (Mañana)".

The main interface displays a grid of participants:

- deisy yaneth moreno (Avatar: 'd')
- YICELA SAAVEDRA (Avatar: Photo of a woman)
- JENNIFER CELENA COLMEN... (Avatar: Photo of a woman)
- Napi (Avatar: 'N')
- KARLA VALENTINA PORTILL... (Avatar: Black circle)
- leydy contreras (Avatar: Photo of a woman)
- IAMII HOSPITAL LOCAL MU... (Avatar: 'I')
- 30 más (Avatar: 'j' and 'C')
- Tú (Avatar: 'C')

The bottom control bar shows the time as 9:30 and the meeting ID as hyn-moqg-gah. The sidebar on the right, titled "Personas", contains a search bar "Buscar a gente" and a list of participants in the call:

- calidad hospital patios (Tú)
- Adiela Contreras
- ana carolina patño basto
- Ana Crus sandoval
- Angela Junca Pabon
- Annaish Avendaño

The Windows taskbar at the bottom shows several open documents, including "CIRCULAR No 147....pdf" and "Circular 149 Infor....docx". The system tray shows the date and time as 9:30 a. m. on 5/06/2023, and the weather as 26°C in Mayorm. nubla...

Figura 27. Evidencia capacitación via google meet.

Capacitación consentimientos informados (tarde)

The screenshot shows a Google Meet interface during a training session. The main content is a presentation slide from 'HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS' with the subtitle 'EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO' and 'JANNI Conciencia de Todos'. The slide title is 'REPRESENTANTE LEGAL' and it discusses legal representatives for incapacitated individuals. It lists three categories: 'Padres de familia' (Los padres de la persona menor de 18 años.), 'Tutor' (Representa al menor de 18 años que no tiene padres.), and 'Curador' (Para el resto de incapaces.). The slide also includes a 'Compartir' button and a 'Copiar' button.

The Meet interface shows the presenter 'JENNIFER CELENA COLMENARES SUAREZ está presentando'. A list of participants is visible on the right, including Myriam Maritza Buitrago, Paola Uribe, Sai Alejandro Chinome Ara, Sandra Patricia, Teresa Jerez, Thalia Ortiz, Victoria Cubillos, Yaneth Esmith Teran, Yoimy Cardenas, and Yuseth Rondon. The bottom of the screen shows the Windows taskbar with the time 6:58 p. m. on 5/05/2023.

Figura 28. Evidencia capacitación via google meet.

9. Conclusiones

Durante la ejecución del plan operativo dentro del marco del proyecto de extensión modalidad pasantías, se logró el cumplimiento del 100% de los objetivos planteados para el desarrollo del mismo en el Hospital Local del Municipio de Los Patios, durante un periodo de 10 semanas iniciadas el desde el 27 de marzo, al 07 de junio del 2023.

En este sentido me permito realizar las siguientes conclusiones en base a lo realizado y observado durante este periodo:

- El SGC de urgencias requiere de mucha intervención dado que según los resultados expuestos en el diagnostico situacional, hay incongruencias en los datos relacionados en la institución, y la mayoría de los documentos existentes en la institución están desactualizados o no existen.

En relación con la resolución 3100 de 2019 por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, en el artículo 11.6 grupo de atención inmediata, en el estándar de procesos prioritarios en complejidad baja donde se encuentran los criterios aplicables con los que debe contar la institución los cuales al ser revisados en el Hospital Local Municipio de Los Patios de acuerdo a la documentación proporcionada por la institución se concluye que requiere de más atención dado que hay muchos procesos que se incluye la norma que no tienen soporte documental en la institución.

Al finalizar la ejecución de este proyecto, bajo la modalidad de pasantía se concluye que el mismo logró el fortalecimiento del sistema de gestión de calidad del Hospital Local Municipio

de Los Patios mediante la actualización y diseño documental de los procesos prioritarios del servicio de urgencias según la normatividad vigente para un centro de salud de baja complejidad como lo es el Hospital Local de Los Patios.

Así mismo, el diseño y actualización documental del servicio de urgencias, además de fortalecer el sistema de gestión de calidad permitirá, a la ESE Hospital Local Municipio de Los Patios brindar una atención más segura mediante la estandarización de los cuidados y lineamientos institucionales por los cuales todo el personal de salud contratado deberá guiar su actuar durante la prestación de servicios dentro de la institución.

La ESE Hospital Local Municipio de Los Patios es un buen lugar para el desarrollo profesional de los estudiantes, en este caso en particular de enfermería, ya que, allí se pueden poner en práctica los conocimientos adquiridos y facilita la adquisición de muchos otros, supremamente importantes para el desarrollo profesional.

10. Recomendaciones

Una vez culminada la etapa de ejecución del presente proyecto, es posible realizar las siguientes observaciones:

Es necesario que el Hospital Local Municipio de Los Patios continúe con el fortalecimiento activo del sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias, así como de los demás servicios ofertados por la institución articulando el trabajo de todo el personal de salud hacia el logro de los objetivos institucionales.

Aunque se avanzó significativamente en el sistema de gestión documental del servicio de urgencias, es conveniente que en la ESE se sigan desarrollando estas acciones, ya que, mediante el diagnóstico situacional realizado dentro del marco de este proyecto se pudo evidenciar la amplia necesidad de intervención que requiere dicho sistema, y oportunidad de que otros compañeros y/o colegas lleguen a culminar la tarea que se inició durante el primer semestre del año 2023.

Al Hospital Local Municipio de Los Patios se recomienda, en este proceso relacionado con la calidad incluir a los usuarios, mediante un seguimiento de la percepción de los mismos respecto a la atención recibida dentro de la institución, para implementar acciones de mejora en este sentido y poder abordar la calidad de manera integral.

11. ANEXOS

11.1. Acta de inicio


	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		CÓDIGO	FO-DE-01
			VERSIÓN	05
	ACTA DE REUNIÓN		FECHA	27/03/2023
			PÁGINA	1 de 4
ELABORÓ		REVISÓ	APROBÓ	
Líder Dirección Estratégico		Líder de Calidad	Líder de Calidad	

1. INFORMACION GENERAL											
FECHA ELABORACIÓN			HORA INICIO			HORA FINAL			LUGAR DE LA REUNION		
DD	MM	AA	9:15	AM	PM	9:40	AM	PM	Aula docencia servicio del Hospital Local del municipio de Los Patios		
27	03	22		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
ASUNTO				REUNION DE INDUCCION A PASANTIA							
PROCESO Y/O SISTEMA DE GESTIÓN RESPONSABLE				Extensión							

2. ORDEN DEL DIA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación en la IPS ante el representante del convenio docencia servicio de la institución, por parte del docente de a UFPS responsable de supervisar la pasantía, durante el I semestre académico de 2023. 2. Informar al representante del convenio docencia servicio y jefe supervisor del área de calidad de la institución, las actividades a realizar durante la pasantía, sobre las actividades propuestas en el anteproyecto a ser realizado por la pasante, en el I semestre de 2023. 3. Se presenta el nombre del proyecto planteado por la estudiante Jennifer Celena Colmenares Suarez código 1801022: "FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA ESE HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE LOS PATIOS EN EL PRIMER SEMESTRE DEL 2023" 4. Indicaciones del representante de relación docencia servicio de la institución y coordinadora de calidad.

3. TEMAS TRATADOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación de la estudiante Jennifer Celena Colmenares Suarez código 1801022 y de la directora de la pasantía Diane Sofia González Escobar ante el representante del convenio docencia servicio y la enfermera profesional líder del área de calidad de la institución. 2. Descripción de las condiciones de desarrollo de la pasantía orientada al "FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA ESE HOSPITAL LOCAL DEL MUNICIPIO DE LOS PATIOS EN EL PRIMER SEMESTRE DEL 2023" documento que se entrega como soporte del acta. <ul style="list-style-type: none"> -Tiempo de duración de la pasantía: fecha del 27 de marzo del 2023 al 7 de junio de 2023. -Horarios de 7 a 1 pm los lunes, jueves y viernes, los martes en el horario de 1 a 6 pm y los miércoles de 7 a 2pm, cumpliendo con 30 horas semanales. -Elaboración de informes semanales de cumplimiento de actividades propuestas. -Sentido de pertenencia institucional. -Presentación personal y porte de uniforme: durante el desarrollo de la pasantía debe portar el uniforme de la UFPS, con elementos de protocolos institucionales y de acuerdo las normas de la entidad, además de porte de elementos institucionales. 3. El representante de docencia servicio, Dr. Juan Antonio Palma da algunas indicaciones para el desarrollo de la pasantía entre las cuales resalta, la trascendencia del aporte por parte de la estudiante con el desarrollo del proyecto, así como la oportunidad de aprendizaje y fortalecimiento profesional que representa para ella la interacción con el equipo de salud y los usuarios. Recalca la importancia del sentido de pertenencia institucional, así como la vocación de servicio, la amabilidad y respeto con el equipo de trabajo y los usuarios. Recalca el compromiso y la realización de las actividades con calidad, que el proyecto a ejecutar se identifique por la pertinencia, impacto y calidad. 4. La líder del área de calidad, la enfermera profesional Yicela Saavedra Cardona, da la bienvenida y manifiesta su disponibilidad para el acompañamiento y atención de inquietudes de la estudiante, así mismo recalca que ella será la encargada de revisar y dar visto bueno a las actividades realizadas en el marco del proyecto modalidad pasantía dentro de la institución. Por último, realiza recomendaciones respecto a la presentación personal y porte de uniforme: durante el desarrollo de la pasantía se debe portar el uniforme de la UFPS, con elementos de protección personal por protocolo y de acuerdo a las normas de la entidad, Recalca la importancia del trato y


** Copia No Controlada**

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		CÓDIGO	FO-DE-01
			VERSIÓN	05
	ACTA DE REUNIÓN		FECHA	27/03/2023
			PÁGINA	2 de 4
ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ		
Líder Dirección Estratégico	Líder de Calidad	Líder de Calidad		

- actitud hacia el equipo de salud, personal de la institución y usuarios; así mismo, hizo especial énfasis en que el Hospital es una Institución Amiga de la Mujer y la Infancia Integral que se caracteriza por la prestación de servicios de salud de primer nivel con calidad, humanización y seguridad.
5. Finalización de la reunión con el compromiso de entrega del Acta y documento de proyecto de pasantía en medio digital.

4. COMPROMISOS ADQUIRIDOS		
COMPROMISOS ADQUIRIDOS	FECHA DE CUMPLIMIENTO (DD/MM/AA)	RESPONSABLE
Durante el desarrollo de la pasantía el estudiante debe portar el uniforme de enfermería de la UFPS, con elementos de protocolos de bioseguridad y elementos de representación de enfermería.	27/03/2023 07/06/2023	Jennifer Celena Colmenares Suarez Estudiante de enfermería
Las jornadas serán en horarios de: -Lunes, jueves y viernes de 7:00 am a 1:00 pm -Martes de 1:00 pm a 6:00 pm -Miércoles de 7:00 am a 2:00pm	27/03/2023 07/06/2023	Jennifer Celena Colmenares Suarez Estudiante de enfermería
Diligenciar forma de asistencia a pasantias por parte de la estudiante de enfermería y líder de calidad siendo este el supervisor inmediato en el área asignada.	27/03/2023 07/06/2023	Jennifer Celena Colmenares Suarez Estudiante de enfermería Yicela Saavedra Enfermera profesional, líder de calidad.
Tiempo de duración de la pasantía, será de 10 semanas contadas a partir del 27 de marzo del 2023 de lunes a viernes hasta completar el desarrollo de 300 horas de presencialidad, el día 07 de junio de 2023.	27/03/2023 07/06/2023	Jennifer Celena Colmenares Suarez Estudiante de enfermería
Diagnóstico del estado situacional del sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias en relación con el listado maestro y la normativa vigente de habilitación de servicios de salud 31000 de 2019	27/03/2023 31/03/2023	Jennifer Celena Colmenares Suarez Estudiante de enfermería
Realizar el análisis de los resultados arrojados en el diagnóstico del sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias	27/03/2023 07/04/2023	Jennifer Celena Colmenares Suarez Estudiante de enfermería

**** Copia No Controlada ****

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		CÓDIGO	FO-DE-01
			VERSIÓN	05
	ACTA DE REUNIÓN		FECHA	27/03/2023
			PÁGINA	3 de 4
ELABORÓ	REVISÓ	APROBO		
Líder Direcciónamiento Estratégico	Líder de Calidad	Líder de Calidad		

4. COMPROMISOS ADQUIRIDOS

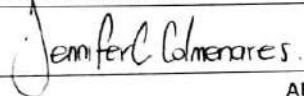

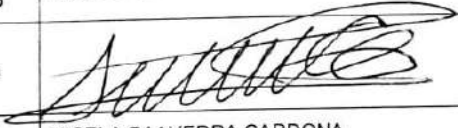

COMPROMISOS ADQUIRIDOS	FECHA DE CUMPLIMIENTO (DD/MM/AA)	RESPONSABLE
Concertar con la líder del área de calidad la metodología de trabajo con la finalidad de definir la metodología de trabajo, alcances y resultados esperados en el sistema de gestión de calidad del servicio de urgencias al finalizar la pasantía.	03/04/2023 07/04/2023	Jennifer Celena Colmenares Suarez Estudiante de enfermería
Realizar una revisión bibliográfica, científica y documental para la actualización de documentos del SGC del área de urgencias que lo requieran.	03/04/2023 31/05/2023	Jennifer Celena Colmenares Suarez Estudiante de enfermería
Coordinar lo pertinente al diseño de manuales, procedimientos, formatos y directrices del SGC del servicio de urgencias.	03/04/2023 31/05/2023	Jennifer Celena Colmenares Suarez Estudiante de enfermería
Realizar envío a líder del área de calidad los documentos actualizados y diseñado para su validación interna y respectivos ajustes.	31/05/2023 06/06/2023	Jennifer Celena Colmenares Suarez Estudiante de enfermería
Entrega formal de los documentos elaborados (protocolos, guías, manuales y formatos) al servicio de urgencias con el fin de facilitar el acceso de todo el personal a los mismos.	31/05/2023 06/06/2023	Jennifer Celena Colmenares Suarez Estudiante de enfermería
Realizar una priorización para las educaciones en base a las necesidades del servicio de urgencias y a los requerimientos de la líder del área de calidad.	08/05/2023 12/05/2023	Jennifer Celena Colmenares Suarez Estudiante de enfermería
Socialización de los documentos actualizados y/o diseñados ante el personal del servicio de urgencias.	15/05/2023 31/05/2023	Jennifer Celena Colmenares Suarez Estudiante de enfermería
Realizar y entregar a líder del área de calidad un informe de educaciones dirigidas al personal.	31/05/2023 04/06/2023	Jennifer Celena Colmenares Suarez Estudiante de enfermería
Sustentación del proyecto realizado ante el personal pertinente de la institución ESE Hospital del Municipio de Los Patios.	5/06/2023 7/06/2023	Jennifer Celena Colmenares Suarez Estudiante de enfermería

5. RESULTADOS Y CONCLUSIONES

1. Iniciación de la pasantía de la estudiante Jennifer Celena Colmenares Suarez
2. Definición de las condiciones para el desarrollo de las intervenciones definidas en proyecto de pasantía a ejecutar.
3. Recomendaciones institucionales para la permanencia y desarrollo de las actividades por parte de la estudiante.
4. Revisión y aprobación previa por parte de la coordinación de calidad de documentos, pruebas, intervenciones educativas, auditorias, etc. a implementar en el marco de la pasantía.
5. Entrega del acta y del proyecto de pasantía a Relación Docencia servicio en medio digital.

** Copia No Controlada**

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		CÓDIGO	FO-DE-01
			VERSIÓN	05
	ACTA DE REUNIÓN		FECHA	27/03/2023
			PÁGINA	4 de 4
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ
Lider Direccionamiento Estratégico		Lider de Calidad		Lider de Calidad

6. FIRMAS DE RESPONSABLES	
ELABORADO POR	
Nombre	JENNIFER CELENA COLMENARES SUAREZ
Cargo	Estudiante de pasantía
Firma	
APROBADO POR	
Nombre	DIANNE SOFIA GONZALEZ ESCOBAR
Cargo	Directora de pasantia
Firma	
Nombre	JUAN ANTONIO PALMA ACOSTA
Cargo	Representante docencia servicio Hospital Local de Los Patios
Firma	
Nombre	YICELA SAAVEDRA CARDONA
Cargo	Lider del área de calidad del Hospital Local de Los Patios
Firma	

** Copia No Controlada**

11.2. Asistencias a la pasantía



UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER
PROGRAMA DE ENFERMERIA
ASISTENCIA -PASANTIAS



NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Jennifer Celenia Colmenares Sarta CÓDIGO 1801022
INSTITUCION: Hospital local de los Patios SERVICIO: Urgencias - Calidad

FECHA	HORARIO	ACTICIDAD PROGRAMADA	ACTIVIDAD REALIZADA	OBSERVACIONES	FIRMA COORDINADOR O ENCARGADO SERVICIO
27-03-23	9:15 am 1:30 pm	Reunión de inducción a la pasantía	Reunión de inducción y reconocimiento de la institución		
28-03-23	1:00 pm 6:00 pm	Actualización de consentimientos informados	Revisión y actualización de consentimientos informados HIP		
29-03-23	7:00 am 1:00 pm	Actualización y revisión de protocolos consentimientos informados	Reunión y actualización de consentimientos informados, capacitación		
30-03-23	7:00 am 2:00 pm	Actualización y diseño de consentimientos informados	Actualización, diseño de consentimientos informados, diseño relación consentimiento		
31-03-23	7:00 am 1:00 pm	Actualización, diseño y creación de consentimiento informado según relación	diseño y actualización de consentimientos del servicio de urgencias		
03-04-23	7:00 am				



UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER
PROGRAMA DE ENFERMERIA
ASISTENCIA -PASANTIAS






NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Jennifer Helena Calmenares Suarez CÓDIGO _____

INSTITUCION: _____ SERVICIO: _____

FECHA	HORARIO	ACTICIDAD PROGRAMADA	ACTIVIDAD REALIZADA	OBSERVACIONES	FIRMA COORDINADOR O ENCARGADO SERVICIO
03-04-23.	7:00 am. 6:00 pm	Creación de consentimientos informados, revisión de procedimientos del servicio.	Creación de consentimientos; identificación de procedimientos a actualizar y diseñar.	_____	<i>[Signature]</i>
04-04-23.	11:00 am 6:00 pm	Actualización de consentimientos informados y diseño de los mismos.	Diseño y actualización de consentimientos, informados y procedimientos.	_____	<i>[Signature]</i>
05-05-23.	_____	_____	_____	No se asiste al sitio de practica por cumplimiento de las horas semanales.	AutORIZADO por la Jefe Diame Sofia y Jefe del Servicio Tereb Suarez. <i>[Signature]</i>


 NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Jennifer Celena Colmenares Suarez CÓDIGO 1801022

 INSTITUCION: Hospital local del Municipio de bs Patios SERVICIO: Caldad - Urgencias

FECHA	HORARIO	ACTIVIDAD PROGRAMADA	ACTIVIDAD REALIZADA	OBSERVACIONES	FIRMA COORDINADOR O ENCARGADO SERVICIO
10-04-23	7:00 am 2:00 pm	Revisión de procedimientos prioritarios según 3100 de 2014. Realización de procedimientos servicio de urgencias.	Revisión de procedimientos prioritarios según resolución 2014 de 2014. Realización procedimientos en el cuidado de heridas institucional.	_____	
11-04-23	1:00 pm 2:00 pm	Diseño de procedimientos institucionales ER6, curaciones.	Diseño de procedimientos institucionales ER6 - curaciones.	_____	
12-04-23	12:00 pm 6:00 pm	Diseño de procedimientos institucionales.	Diseño de procedimientos institucionales.	_____	
13-04-23	7:00 am 1:00 pm.	Diseño de procedimientos institucionales del servicio de urgencias.	Diseño de procedimientos institucionales del servicio de urgencias.	_____	
14-04-23	7:00 am 1:14 pm.	Diseño de procedimientos institucionales del servicio de urgencias ejecución del plan operativo.	Diseño de procedimientos institucionales del servicio de urg. ejecución del plan operativo.	_____	








NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Jennifer Celena Colmenares S. CÓDIGO 1901022
INSTITUCION: ESE Hospital Local del Municipio de los Patios SERVICIO: Area de Calidad-Urgencias

FECHA	HORARIO	ACTIVIDAD PROGRAMADA	ACTIVIDAD REALIZADA	OBSERVACIONES	FIRMA COORDINADOR O ENCARGADO SERVICIO
17-04-23	7:00 am. 1:00 pm.	Procedimientos del area de urgencias. Veno puncion. Retiro de puntos. Enemas.	Diseño de 3 procedimientos y servicio de urgencias 1. Veno puncion 2. Retiro de puntos 3. Enemas	—	
18-04-23	1:00 pm. 6:00 pm.	Diseño de procedimientos del servicio de urgencias	Diseño de procedimientos del servicio de urgencias.	—	
19-04-23	7:00 am. 2:00 pm	Diseño de procedimientos del servicio de urgencias	diseño de procedimientos servicios de urgencias.	—	
20-04-23	7:00 am 1:00 pm	Diseño de procedimientos del servicio de urgencias Digitalización de formatos	Diseño de procedimientos del servicio de urgencias. Digitalización de formatos.	—	

21 (P)








NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Jennifer Celeny Colmenarez J. CÓDIGO 1801022
 INSTITUCION: ESF Hospital local del Municipio de los Patios SERVICIO: Calidad - Urgencia?

FECHA	HORARIO	ACTIVIDAD PROGRAMADA	ACTIVIDAD REALIZADA	OBSERVACIONES	FIRMA COORDINADOR O ENCARGADO SERVICIO
24-04-23	7:00 am. 1:00 pm.	Diseño de procedimientos del servicio de urgencias. Digitalización de formatos.	Diseño de procedimientos del servicio de urgencias. Digitalización de formatos.	6hr	
25-04-23	—	—	—	no se asiste a practica, autorizado por la jefe del servicio.	
26-04-23	7:00 am. 6:00 pm.	Diseño de procedimientos del servicio de urgencias. control de líquidos	Diseño de procedimientos del servicio de urgencias. trabajo en avances del proyecto.	11hr	
27-04-23	7:00 am. 2:00 pm.	Trabajo en el avance del proyecto. Entrega de certificados	Trabajo en el avance del proyecto. Entrega de certificados	7hrs	
28-04-23	12:00 pm 6:00 pm.	Diseño de procedimientos del servicio de urgencias. Actualización de procedimientos.	Diseño de procedimientos del servicio de urgencias. Actualización de procedimientos.	6hr.	







 NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Jennifer Celena Colmenares S CÓDIGO 1801022

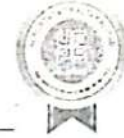
 INSTITUCION: Hospital local Municipio de los Rios SERVICIO: Calidad - Urgencias

FECHA	HORARIO	ACTIVIDAD PROGRAMADA	ACTIVIDAD REALIZADA	OBSERVACIONES	FIRMA COORDINADOR O ENCARGADO SERVICIO
02-05-23	1:00 pm. 6:00 pm.	Diseño y actualización de procedimientos del servicio de urgencias.	diseño y actualización de procedimientos del servicio de urgencias	_____	
03-05-23	7:00 am. 4:00 pm. (7 am - 16:00)	Concertación actividades de educación Diseño y actualización de procedimientos del servicio de urgencias	Diseño y actualización de procedimientos del servicio de urgencias	_____	
04-05-23	7:00 am. 6:00 pm.	Diseño y actualización de procedimientos del servicio de urgencias.	Diseño y actualización de procedimientos del servicio de urgencias	_____	
05-05-23	1:00 pm 6:00 pm	Diseño y actualización de procedimientos del servicio de urgencias.	Diseño y actualización de procedimientos del servicio de urgencias.	_____	
					






 NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Jennifer Celena Colmenarez S. CÓDIGO 1201022.

 INSTITUCION: Hospital Local Municipio de los Patios SERVICIO: Calidad - Urgencias.

FECHA	HORARIO	ACTIVIDAD PROGRAMADA	ACTIVIDAD REALIZADA	OBSERVACIONES	FIRMA COORDINADOR O ENCARGADO SERVICIO
08-05-23	7:00 a.m. 2:00 p.m.	Diseño y actualización de procedimientos del servicio de urgencias.	Diseño y actualización de procedimientos del servicio de urgencias.	_____	
09-05-23	1:00 p.m. 6:00 p.m.	diseño y actualización de procedimientos del servicio de urgencias.	Diseño y actualización de procedimientos del servicio de urgencias.	_____	
10-05-23	7:30 a.m. 2:00 p.m.	Diseño y actualización de procedimientos del servicio de urgencias.	Diseño y actualización de procedimientos del servicio de urgencias.	_____	
11-05-23	7:00 a.m. 1:30 p.m.	Diseño y actualización de procedimientos del servicio de urgencias.	Diseño y actualización de procedimientos del servicio de urgencias.	_____	
12-05-23	1:20 p.m. 6:00 p.m.	Diseño y actualización de procedimientos del servicio de urgencias.	Diseño y actualización de procedimientos del servicio de urgencias.	_____	






 NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Jennifer Colena Colmenarez CÓDIGO 1801022

 INSTITUCION: Hospital local Municipio de los Patios SERVICIO: Urgencias - Calidad.

FECHA	HORARIO	ACTIVIDAD PROGRAMADA	ACTIVIDAD REALIZADA	OBSERVACIONES	FIRMA COORDINADOR O ENCARGADO SERVICIO
15-05-23	7:00 am. 2:00 pm.	Diseño y actualización de procedimientos del servicio de urgencias.	Diseño y actualización de procedimientos del servicio de urgencias.	_____	
16-05-23	7:00 am. 6:00 pm.	Diseño de Política de confidencialidad, formato de confidencialidad.	Diseño de Política de confidencialidad, formato de confidencialidad.	_____	
17-05-23	7:00 am. 2:00 pm.	Diseño del plan de contingencia de residuos hospitalarios, actualización de política de calidad.	Diseño del Plan de contingencia de residuos hospitalarios, diseño de política de calidad.	_____	
18-05-23	7:00 am.	Diseño del plan de contingencia de residuos hospitalarios, actualización de política de calidad.	realización del plan de contingencia de residuos hospitalarios.	_____	



 NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Jennifer Celeni Calmesires Suarez CÓDIGO 1801022

 INSTITUCION: Hospital local Municipio de los Patos SERVICIO: Urgencias -Cubidad

FECHA	HORARIO	ACTIVIDAD PROGRAMADA	ACTIVIDAD REALIZADA	OBSERVACIONES	FIRMA COORDINADOR O ENCARGADO SERVICIO
23-05-23	7:00 am 2:00 pm.	Diseño de procedimientos del Servicio de urgencias. Avance del proyecto	Diseño de procedimientos del servicio de urgencias. Avance del Proyecto	_____	
24-05-23	7:00 am 2:30 pm.	Diseño de procedimientos del servicio de urgencias	Diseño de procedimientos, protocolos del servicio de urgencias	_____	
25-05-23	7:00 am 6:00 pm.	Diseño y actualización de manuales, procedimientos y protocolos del servicio de urgencias.	Diseño y actualización de manuales, procedimientos del servicio de urgencias.	_____	
26-05-23	12:00 pm. 6:00 pm.	Ajustes a la política de calidad institucional.	Ajustes a la política de calidad institucional.	_____	


 NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Jennifer Celena Palmenarez S. CÓDIGO 1201022

 INSTITUCION: Hospital Local Municipio de los Patos SERVICIO: Urgencias - Ciudad

FECHA	HORARIO	ACTIVIDAD PROGRAMADA	ACTIVIDAD REALIZADA	OBSERVACIONES	FIRMA COORDINADOR O ENCARGADO SERVICIO
29-05-23	7:00 am. 2:00 pm	Parametrización consentimientos informados por carpetas, diseño de consentimientos.	Parametrización de consentimientos informados por carpetas, diseño de consentimientos.	—	
30-05-23	7:00 am. 2:00 pm.	Preparar educación al personal sobre consentimientos informados, diseño consentimiento informado a través de muestra.	Preparar educación al personal sobre consentimientos informados, diseño consentimiento informado a través de muestra.	—	
31-05-23	7:00 am. 6:00 pm	Preparar educación al personal consentimientos informados, pretest y postest.	Preparar educación al personal sobre consentimientos informados pre test y postest.	—	
01-06-23	7:00 am 6:00 pm.	Acta de de priorización PAMEC		—	




NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Jennifer Colmenarez Suarez CÓDIGO 1201022

INSTITUCION: Hospital Local Municipio de los Patios SERVICIO: Urgencias - Calidad

FECHA	HORARIO	ACTIVIDAD PROGRAMADA	ACTIVIDAD REALIZADA	OBSERVACIONES	FIRMA COORDINADOR O ENCARGADO SERVICIO
05-06-2023	7:00 am 7:00 pm	Educación al personal consentimientos in farmados.	Educación al personal de salud del Hospital Local Municipal de los Patios consentimientos in farmados.	_____	
06-06-23	7:30 am. 3:00 pm	Sustentación Proyecto en la institución	Sustentación Proyecto, en la institución ante representantes.	_____	

11.3. Paz y salvo

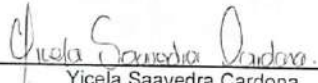
	FORMATO PAZ Y SALVO	Código	FO-DC-25/V0
		Página	1

PAZ Y SALVO

HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO DE LOS PATIOS URGENCIAS - CALIDAD

Hace constar que el estudiante **Jennifer Celena Colmenares Suarez** identificado con el código **1801022**, estudiante del programa de enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander, no tiene deudas de documentos, equipos y materiales a la fecha; razón por la cual se encuentra a paz y salvo con la institución y/o servicio.

Dado en la ciudad de Cúcuta a los 6 días de mes de junio del año 2023 por solicitud del interesado.


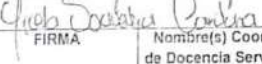



 Yicela Saavedra Cardona
 Líder de calidad

Elaboró		Revisó		Aprobó	
LUZ MARINA BAUTISTA RODRÍGUEZ		MÓNICA PEÑALOZA GARCÍA		MARÍA MERCEDES RAMÍREZ ORDOÑEZ	
Fecha	27-I-2010	Fecha	2-II-2010	Fecha	12-II-2010

11.4. Acta de sustentación en la institución.

 Universidad Francisco de Paula Santander	FORMATO ACTA DE SUSTENTACIÓN PASANTIA	Código	FAS-PAS-02PF
		Página	1

ACTA DE SUSTENTACIÓN PRÁCTICA PASANTIA

Nombre de la IPS	E.S.E Hospital Local Municipio de Los Patios							
Fecha	06 de junio de 2023							
Hora de Inicio	9:30-10:00 a.m.							
TIPO DE PASANTIA	PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES		SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CALIDAD		HUMANIZACIÓN Y ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA		PROCESOS ASISTENCIALES ESPECÍFICOS PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
		X	X			X		X
Nombre(s) estudiante (s) que realiza pasantía	CODIGO		Referente Institucional del Proceso			Cargo		
Jennifer Celena Colmenares	1801022		Yicela Saavedra Cárdenas			Lider de calidad		
Nombre(s) Representante de la IPS				FIRMA				
Liliana Elena Rodriguez Peláez								
Yicela Saavedra Cárdenas								
Nombre(s) Docente de Pasantía	FIRMA		Nombre(s) Coordinador de Docencia Servicios IPS		FIRMA			
Dianne Sofia Gonzalez Escobar			Juan Antonio Palma Acosta					

El estudiante pasante del programa de enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander, realizó sustentación formal los resultados de las actividades realizadas en la pasantía en la E.S.E Hospital Local Municipio de Los Patios desarrollada en el área de calidad – servicio de urgencias. Actividad que se realizó durante el período desde el 27 de marzo hasta el período del 6 de junio del semestre académico I, del año 2023. Para un total de 300 Horas presenciales en la IPS.

Se deja constancia que el pasante en el marco de la actividad de entrega desarrollo los siguientes aspectos:

Elaboró		Revisó		Aprobó	
Gloria Omaira Bautista Espinel		En trámite		En trámite	
Fecha	16/10/2017	Fecha	PENDIENTE	Fecha	PENDIENTE

 Universidad Francisco de Paula Santander	FORMATO ACTA DE SUSTENTACIÓN PASANTIA	Código	FAS-PAS-02PF
		Página	2

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	SI	NO	NA
1. Presentación del plan de trabajo concertado con la entidad y supervisado por el docente tutor.	✓		
2. Presentación del plan operativo priorizado y supervisado por el referente institucional.	✓		
3. Presentación de informe de actividades ejecutadas por objetivos con cumplimiento de metas e indicadores, de acuerdo al plan operativo.	✓		
4. Presentación de cronograma de trabajo y ejecución del mismo de acuerdo a las fechas establecidas de ejecución.	✓		
5. Entrega de documentos y/o formatos desarrollados durante las pasantía en el formato exigido por la IPS – Muestra evidencias de ejecución y actas de entrega.	✓		
6. Entrega de paz y salvos.	✓		
7. Entrega de informes semanales y avance al Jurado de la pasantía.	✓		
Observaciones IPS (Recomendaciones de la entidad, sobre la actividad desarrollada, incluidas posibilidades de continuidad en procesos que la IPS, tenga previstos)	Observaciones UFPS (Recomendaciones del programa sobre la actividad desarrollada, incluidas posibilidades de continuidad en procesos que la UFPS, tenga previstos)		

Elaboró		Revisó		Aprobó	
Gloria Omaira Bautista Espinel		En trámite		En trámite	
Fecha	16/10/2017	Fecha	PENDIENTE	Fecha	PENDIENTE

11.5. Gestión documental que no hizo parte del plan operativo

11.5.1. Circulas 149 Información comités vigencia 2023

	CIRCULAR	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-03
		VERSIÓN	02

CIRCULAR No 149 de 2023

PARA: Integrantes de comités asistenciales y equipo multidisciplinario PAMEC.

DE: Liliana Elena Rodríguez Peláez – Gerente

ASUNTO: Notificar a los integrantes de los comités asistenciales sobre los comités asistenciales de la institución e integrantes del equipo de trabajo PAMEC vigencia 2023.


FECHA: 05/06/2023

Cordial saludo,

Por medio del presente me permito notificar a los líderes de áreas, servicios y programas de la E.S.E. Hospital local municipio de Los Patios la conformación de los comités asistenciales de la institución, el cronograma anual de sesión para todos los comités asistenciales de la institución, la conformación del equipo de trabajo PAMEC 2023. Esto con el objetivo que garantizar la participación activa de cada uno de los líderes en los comités según corresponda.

Se les recuerda que los secretarios técnicos son los responsables de ejecutar cada comité, así mismo deben elaborar el acta de la reunión que cumpla con las siguientes características:

- a) Debe llevar número de acta (deben solicitarlo a la secretaria del área de gerencia).
- b) Deben diligenciar el acta en el formato actualizado y llenar todos los campos (objetivo, lugar, fecha, etc....)
- c) Deben describir en el contenido el acta el tema tratado, desarrollo, conclusiones y compromisos (en cada comité verificar si se cumplieron los compromisos).
- d) Incluir evidencia fotográfica
- e) Anexar el listado de asistencia original firmado.
- f) El acta con todos sus soportes y anexos debe estar en formato PDF.
- g) Enviar al área de calidad, planeación y control interno el acta dentro de los 5 días calendario siguientes.

Página 1 de 18	Sede Correspondencia: Calle 7 #.9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
-------------------	---	---


 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>IANI / Corazón de Todos</i>	CIRCULAR	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-03
		VERSIÓN	02

Correos de envió:

- calidad@hospitaldelospatios.gov.co
- planeación@hospitaldelospatios.gov.co
- controlinterno@hospitaldelospatios.gov.co

A continuación, se les socializa lo siguiente:

1. Líderes de las áreas, servicios y programas
2. Periodicidad con la que debe sesionar cada comité asistencial según resolución.
3. Cronograma anual para sesionar comités asistenciales vigencia 2023.
4. Conformación de los comités asistenciales.

Página 2 de 18	Sede Correspondencia: Calle 7 #9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
-------------------	--	---

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  <i>Corazón de Todos</i>	CIRCULAR	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-03
		VERSIÓN	02

1. LIDERES DE SERVICIOS, AREAS Y PROGRAMAS


MACROPROCESOS	LIDERES GENERALES	N°	PROCESO	cod	LIDERES
PROCESOS ESTRATEGICOS	Lider de Planeación	1	Direccionamiento estratégico	DE	Juan Antonio Palma Acosta
		2	Gestión de Tecnologías de Información	TI	Nohelia Vanessa Ortega Alvarez
		3	Atención y servicio al ciudadano	AC	Yelitza Angelica Caia Loaiza
		4	Gestión Humana	GH	Paula Andrea Castellanos
PROCESOS DE APOYO	Subdirector Administrativo	5	Seguridad y Salud en el Trabajo	SS	Jesus Elecer Angarita Calderon Tatiana Perez
		6	Comunicación	CM	Gonzalo Alberto Serrano
		7	Gestión Financiera	GF	Juan Carlos Fonseca Duarte
		8	Facturación	FA	Yorgin Alfonso Becerra Reyes
		9	Carlera	FC	Trinidad Patiño
		10	Auditora Cuentas	AG	Daniel Giovanni Gutiérrez - Doris Caicedo
		11	Costos	CT	Ivan Ramiro Ortega Alvarez
		12	Gestión Jurídica	GJ	Juan Manuel Ortiz Trigos Luis Fernando Cristiancho Acero
		13	Gestión Documental	GD	Jenifer Galviz Meza - Luz Marina Anas
		14	Gestión de Ambiente y Recursos Físicos	GR	Jesus Alexander Villaba Abuesta
		15	Gestión Ambiental	AB	Gregorio Angarita
		16	Almacén	AA	Sandra Yaneth Gomez Eslava
		PROCESOS MISIONALES	Lider de Calidad	17	Gestión Contractual
18	Consulta Externa (enfermería y medicina general)			CE	Carmen Eliana Peñaranda Parra
19	Vacunación			VA	Estefany Jimenez Vega
20	Odontología			CO	Carmen Eliana Peñaranda Parra
21	Psicología			PS	Luis Alberto Paez Lizarazo
22	Nutrición			UN	Adiela Maria Contreras Martínez
23	Promoción y Mantenimiento de la Salud			PP	Daniela Pacheco Machado
24	Rutas Integrales de atención			RI	
25	Salud Pública			SP	Monica Vanessa Rincon Ortega
26	Vigilancia Epidemiologica			VS	
27	Atencion Inmediata			AI	
28	Urgencias			UR	Claudia Ines San Juan Mendoza
29	Internación			IN	
30	Esterilización			ES	
31	Apoyo Diagnostico y complementación terapéutica			AD	
32	Fisioterapia			TF	Ana Milena Diaz Anas
33	Laboratorio clínico	AL	Maria Mercedes Hidalgo		
34	Servicio Farmaceutico	SF	German Jimenez Contreras		
35	Imágenes diagnósticas	RX	Ana Josefa Laguado Bustos		
36	Docencia	DO	Juan Antonio Palma Acosta		
PROCESOS DE EVALUACIÓN Y MEJORA INSTITUCIONALES	Control Interno	37	Evaluación y Mejora Institucional	EM	Martha Liliana Gomez Correa
PROCESOS TRANSVERSALES	Lider de Calidad	38	Calidad	CA	Yicela Saavedra Cardona
		39	IAMMI	IA	Maria del Pilar Guzmán Guerrero
		40	Seguridad del paciente	SE	Sandra Patricia Figueroa



 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  <i>Consejos de Todos</i>	CIRCULAR	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-03
		VERSIÓN	02

2. PERIODICIDAD CON LA QUE DEBE SESIONAR CADA COMITÉ ASISTENCIAL

NOMBRE DEL COMITÉ	SECRETARIO TECNICO/RESPONSABLE	PERIODICIDAD DE LAS SESIONES
COMITÉ DE ETICA HOSPITALARIA	LIDER SIAU-ANGELICA CAITA	MENSUAL
COMITÉ DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIA	LIDER VIGILANCIA -VANESSA RINCON ORTEGA	MENSUAL
COMITÉ DE FARMACIA Y TERAPEUTICA	LIDER FARMACIA- GERMAN JIMENEZ	MENSUAL
COMITÉ DE FARMACOVIGILANCIA	LIDER FARMACIA- GERMAN JIMENEZ	MENSUAL
COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA (COVE)	LIDER VIGILANCIA -VANESSA RINCON ORTEGA	MENSUAL
COMITÉ DOENCIA SERVICIO	LIDER DOENCIA SERVICIO-JUAN ANTONIO PALMA	TRIMESTRAL
COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS	LIDER DE GLOSAS -DANIEL GUTIERREZ (DORIS CAICEDO ROJAS)	MENSUAL
COMITÉ DE URGENCIAS	JEFE DE URGENCIAS- CLAUDIA SAN JUAN	MENSUAL
COMITÉ DE CALIDAD	LIDER CALIDAD-YICELA SAAVEDRA CARDONA	BIMESTRAL
COMITÉ DE GESTION AMBIENTAL Y RESIDUOS HOSPITALARIOS	LIDER PGRIH- GREGORIO ANTOLINEZ	MENSUAL
COMITÉ IAMH	LIDER IAMHORA PILARGUZMAN GUERRERO)	MENSUAL
COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	LIDER SEGURIDAD PACIENTE-SANDRA FIGUEROA	MENSUAL
COMITÉ TECNIVIGILANCIA	INGENERO BIOMEDICO-RENNY MALDONADO	BIMESTRAL
COMITÉ ALIANZA DE USUARIOS	LIDER SIAU-ANGELICA CAITA	TRIMESTRAL
COMITÉ HOSPITALARIO DE EMERGENCIAS	LIDER SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO-JESUS ANGARITA CALDERON	MENSUAL

Página 4 de 18	Sede Correspondencia: Calle 7 #9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
----------------	--	---

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>IANI / Corazón de Todas</i>	CIRCULAR	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-03
		VERSIÓN	02

3. CRONOGRAMA ANUAL COMITES ASISTENCIALES

CRONOGRAMA ANUAL COMITES ASISTENCIALES											
MES	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
DIA	23	30	27	25	29	27	31	28	26	30	28

Comité extraordinario mes de junio sesionara mes de mayo el día martes 13 de junio del 2023 iniciando a las 07:00am (ver agenda en este oficio)


COMITÉS QUE SESIONAN A LOS PRIMEROS 5 DIAS DE CADA MES (MES VENCIDO)

- ✓ Comité de ética hospitalaria
- ✓ Comité de seguridad del paciente
- ✓ Comité cove
- ✓ Comité urgencias

COMITÉS QUE SESIONAN EL ULTIMO JUEVES DEL MES


- ✓ Comité calidad
- ✓ Comité PAMEC
- ✓ Comité ruta de violencia sexual
- ✓ Comité ambiental
- ✓ Comité farmacia
- ✓ Comité farmacovigilancia
- ✓ Comité tecnovigilancia
- ✓ Comité IAMI
- ✓ Comité ambiental
- ✓ Comité infecciones hospitalarias

4. CONFORMACION DE COMITES

Página 5 de 18	Sede Correspondencia: Calle 7 #.9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
-------------------	---	---

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>ANI/Corazón de Todos</i>	CIRCULAR	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-03
		VERSIÓN	02

COMITÉS QUE SESIONAN EL ULTIMO JUEVES DEL MES

Página 6 de 18	Sede Correspondencia: Calle 7 # 9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
-------------------	---	---

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>IAFMI / Corazón de Todos</i>	CIRCULAR	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-03
		VERSIÓN	02

COMITÉS QUE SESIONAN EL ULTIMO JUEVES DEL MES (JORNADA DE LA MAÑANA)										
COMITÉS	CALIDAD 7:00 AM	PAMEC 07:30 AM	RUTA DE VIOLENCIA SEXUAL 08:00 AM	AMBIENTAL 8:30 AM	FARMACIA 09:00AM	FARMACOVIGILANCIA 09:30AM	TECNO VIGILANCIA 10:00 AM	IAMII 10:30 AM	HOSPITALAR DE EMERGENCIAS 11:00 AM	INFECCIONES HOSPITALAR IAS 11:30 AM
Liliana Elena Rodríguez Peláez-Gerente	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Juan Carlos Fonseca Duarte-subdirector administrativo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Yicela Saavedra Cardona-Líder calidad	X	X	X				X	X	X	X
Juan Antonio Palma-Líder planeación	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Claudia San Juan-Enfermera profesional	X	X	X		X	X	X	X	X	X



 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>IAFMI</i> <i>Conexión de Todos</i>	CIRCULAR	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-03
		VERSIÓN	02

Medico profesional de urgencias	X	X	X		X			X	X	X
Sandra Figueroa-Líder seguridad del paciente.		X				X	X		X	X
Sandra Gómez Líder almacén		X							X	
Jesus Angarita Calderon-Líder seguridad y salud en el trabajo.		X		X					X	X
Andriws German Jimenes Contreras-Líder farmacia		X			X	X	X			
Daniel Gutiérrez-Auditor médico.		X		X		X	X			

Página 8 de 18	Sede Correspondencia: Calle 7 # 9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
----------------	---	---

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>AMM</i> <i>Corazón de Todos</i>	CIRCULAR	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-03
		VERSIÓN	02


Ing. Yorgin Becerra-Líder facturación.	X	X		X					
Angelica Caita Loaiza Líder SIAU	X	X	X	X				X	X
Jesús Villalba Atuesta-Líder mantenimiento.		X		X					
José Gregorio Antolinez-Líder Gestión ambiental.		X		X					
Nohelia Ortega - Planeación.		X							X
Analice de Sousa-Líder UBA		X							
Dra María Mercedes Hidalgo-		X		X				X	X


 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO IAPM / Corazón de Todos</small>	CIRCULAR	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-03
		VERSIÓN	02

Líder Laboratorio.									
Daniela Pacheco- Líder PYM		X							
Mónica Vanessa Rincón - Líder vigilancia en salud pública.		X	X						X
Ing. Renny Maldonado- Ingeniero Biomédico		X				X			X
Olidena Mendoza- Representante sede Once de noviembre		X	X					X	
Doris Caicedo- Glosas		X							X


 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small>  <i>Corazón de Todos</i>	CIRCULAR	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-03
		VERSIÓN	02


Nutricionista - Dra Adielia Contreras		X						X		
Líder promoción y mantenimie nto- Daniela Pacheco		X						X		
Control interno-Dra. Martha Liliana Gómez Correa		X							X	
Líder IPS Satélite Eliana Peñaranda	X	X						X	X	X
Pilar Guzmán Líder IAMII								X		
Un representant e de la comunidad								X		
Líder PIC- Salud publica			X							X

Página 12 de 18	Sede Correspondencia: Calle 7 #.9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
--------------------	---	---


 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>IAPI/Consejo de Todos</i>	CIRCULAR	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-03
		VERSIÓN	02

COMITÉS QUE SESIONAN EL ULTIMO JUEVES DEL MES (JORNADA DE LA TARDE)	
COMITE	HISTORIAS CLINICAS
	04:00 PM
Liliana Elena Rodríguez Peláez-Gerente	X
Juan Carlos Fonseca Duarte-subdirector administrativo	X
Yicela Saavedra Cardona-Líder calidad	X
Juan Antonio Palma-Líder planeación	
Claudia San Juan- Enfermera profesional	X
Sandra Figueroa-Líder seguridad del paciente	
Medico profesional de urgencias	X
Jesús Angarita Calderón-Líder seguridad y salud en el trabajo.	
Daniel Gutiérrez-Auditor medico.	X
Ing. Yorgin Becerra-Líder facturación.	X
Angelica Caíta Loaiza Líder SIAU	
Katherina Monterrosa-Líder mantenimiento.	
José Gregorio Antolínez-Líder Gestión ambiental.	
Sandra Gómez -Líder almacén	
Nohella Ortega -Planeación.	
Alberto Serrano- Líder comunicaciones	
Eliana Peñaranda-odontología	
Ana Laguado- Líder Rx	
Dra María Mercedes Hidalgo-Líder Laboratorio.	
Mónica Vanessa Rincón - Líder vigilancia en salud pública.	
Olidena Mendoza-Representante sede Once de noviembre	
Doris Caicedo-Glosas	X
Luis Paez-Psicologo	
Martha Mendoza-Líder control interno	
Líder PIC-Salud pública	
Mónica Vanessa Rincón - Líder vigilancia en salud pública.	

Página 13 de 18	Sede Correspondencia: Calle 7 #.9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
--------------------	---	---


 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>LA PAZI / Corazón de Todos</i>	CIRCULAR	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-03
		VERSIÓN	02


Dos representantes de la alianza de usuarios	
Un representante de la institución educativa	
Un representante de los estudiantes	
Coordinadores de prácticas de cada programa-cuando sea necesario.	
Auxiliar de enfermería de apoyo administrativo	

Página 14 de 18	Sede Correspondencia: Calle 7 # 9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
-----------------	---	---


 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>IA/NI/Corazón de Todos</i>	CIRCULAR	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-03
		VERSIÓN	02

COMITÉS QUE SESIONAN LOS PRIMEROS 5 DIAS DEL MES VENCIDO

Página 15 de 18	Sede Correspondencia: Calle 7 #.9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
--------------------	---	---

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO I.A.N.N.I. <i>Corazón de Todas</i>	CIRCULAR	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-03
		VERSIÓN	02


COMITÉS QUE SESIONAN LOS PRIMEROS 5 DIAS DEL MES VENCIDO (JORNADA DE LA MAÑANA)			
COMITE	Urgencias	SEGURIDAD DEL PACIENTE	COVE
	08:0 AM	08:30 AM	09:00 PM
Liliana Elena Rodríguez Peláez- Gerente	X	X	X
Juan Carlos Fonseca Duarte- subdirector administrativo	X	X	X
Yicela Saavedra Cardona-Líder calidad		X	X
Juan Antonio Palma-Líder planeación	X	X	X
Claudia San Juan- Enfermera profesional	X	X	X
Sandra Figueroa-Líder seguridad del paciente		X	
Medico profesional de urgencias	X	X	X
Jesús Angarita Calderón-Líder seguridad y salud en el trabajo.	X	X	X
Andriws German Jimenes Contreras-Líder farmacia		X	
Daniel Gutiérrez-Auditor médico.		X	
Ing. Yorgin Becerra-Líder facturación.			X
Angelica Caita Loaiza Líder SIAU			
Katherina Monterrosa-Líder mantenimiento.			X
José Gregorio Antolínez- Líder Gestión ambiental.			X
Sandra Gómez -Líder almacén			
Nohelia Ortega -Planeación.			
Alberto Serrano- Líder comunicaciones			
Eliana Peñaranda-odontología			
Ana Laguado- Líder Rx			
Dra María Mercedes Hidalgo-Líder Laboratorio.			
Mónica Vanessa Rincón - Líder vigilancia en salud pública.			X
Olidena Mendoza-Representante sede			
Once de noviembre			
Doris Caicedo-Glosas			
Luis Páez- Psicólogo			X
Martha Mendoza-Líder control interno			
Líder PIC-Salud pública			

Página 16 de 18	Sede Correspondencia: Calle 7 #.9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
-----------------	---	---

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>IANI/Consigna de Todos</i>	CIRCULAR	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-03
		VERSIÓN	02

Mónica Vanessa Rincón - Líder vigilancia en salud pública.			
Dos representantes de la alianza de usuarios			
Un representante de la institución educativa			
Un representante de los estudiantes			
Coordinadores de prácticas de cada programa-cuando sea necesario.			
Auxiliar de enfermería de apoyo administrativo			

COMITÉS QUE SESIONAN LOS PRIMEROS 5 DIAS DEL MES VENCIDO (TARDE)			
COMITE	DOCENCIA SERVICIO	ETICA HOSPITALARIA	ALIANZA DE USUARIOS
	02:30PM	03:00 PM	03:30 PM
Liliana Elena Rodríguez Peláez- Gerente	X	X	X
Juan Carlos Fonseca Duarte- subdirector administrativo	X	X	X
Yicela Saavedra Cardona-Líder calidad		X	X
Juan Antonio Palma-Líder planeación	X		
Claudia San Juan- Enfermera profesional		X	
Sandra Figueroa-Líder seguridad del paciente			
Medico profesional de urgencias		X	
Jesús Angarita Calderón-Líder seguridad y salud en el trabajo.			
Daniel Gutiérrez-Auditor médico.		X	X
Ing. Yorgin Becerra-Líder facturación.			
Angelica Caiza Loaiza Líder SIAU		X	X
Katherina Monterrosa-Líder mantenimiento.			
José Gregorio Antolínez - Líder Gestión ambiental.			
Sandra Gómez -Líder almacén			
Nohelia Ortega -Planeación.			
Alberto Serrano- Líder comunicaciones			
Eliana Peñaranda-odontología		X	X

Página 17 de 18	Sede Correspondencia: Calle 7 #.9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
-----------------	---	---

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>ANI/Corazón de Todos</i>	CIRCULAR	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-03
		VERSIÓN	02

Ana Laguado- Líder Rx			
Dra María Mercedes Hidalgo-Líder Laboratorio.			
Mónica Vanessa Rincón - Líder vigilancia en salud pública.			
Olidena Mendoza-Representante sede Once de noviembre			
Doris Caicedo-Glosas		X	X
Luis Paez-Psicologo		X	
Martha Mendoza-Líder control interno Líder PIC-Salud publica			
Mónica Vanessa Rincón - Líder vigilancia en salud publica.			
Dos representantes de la alianza de usuarios	X	X	
Un representante de la institución educativa	X		
Un representante de los estudiantes			
Coordinadores de prácticas de cada programa-cuando sea necesario.	X		
Auxiliar de enfermería de apoyo administrativo	X		

Agradezco la atención prestada


Atentamente,

LILIANA ELENA RODRIGUEZ PELAEZ
GERENTE

Proyecto: Yicela Saavedra Cardona

Revisó: Líder calidad

Aprobó: Liliانا Elena Rodríguez Peláez

Página 18 de 18	Sede Correspondencia: Calle 7 #.9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
-----------------	---	---


11.5.2. Acta de priorización PAMEC

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>IAANI Corazón de Todas</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02

N° Acta	Lugar	Fecha	Hora
18	Sala de Juntas de la E.S.E. Hospital local de Los Patios.	30/05/2023	11:00 am
Objetivo	Realizar la definición de la medición inicial del desempeño de la calidad observada según los estándares de acreditación del PAMEC de la E.S.E. Hospital local del municipio de Los Patios en el año 2023.		

CONVOCADOS/ ASISTENTES

Nombres Y Apellidos	Cargo – Dependencia	Asistió	
		Si	No
Juan Carlos Fonseca	Gerente o subdirector administrativo.	x	
Yicela Saavedra Cardona	Líder de calidad	x	
Angélica Caita	Líder oficina SIAU	x	
Eliana Peñaranda	Líder IPS satélites.	x	
Cristhian Cristancho	Apoyo calidad	x	
José Gregorio Antolínez	Líder ambiental	x	
Albero Serrano	Líder sistemas	x	
German Jiménez	Líder farmacia	x	
Daniela Pacheco Machado	Líder PyMS	x	
Paula Andrea Castellanos	Talento humano	x	
Luis Alberto Páez Lizarazo	Psicólogo	x	
Adiela María Contreras	Nutricionista	x	
Sandra Figueroa	Líder seguridad del paciente	x	
Reny Maldonado	Biomédico	x	
Eliana Peñaranda Parra	Líder odontología	x	
Jesús Villalba	Mantenimiento	x	
Paula Andrea Castellanos	Talento humano	x	
María Belen Contreras Jaimes	Líder de citas	x	
María Mercedes Villamizar	bacterióloga	x	
Jennifer Galvis	Auxiliar administrativo	x	
Angelica Caita Loaiza	SIAU – Trabajadora social	x	

Página 1 de 14	Sede Correspondencia: Calle 7 #.9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
-------------------	---	---

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>IAANI / Conozca de Todos</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02

Gonzalo Alberto Serrano	Ingeniero de sistemas	x	
Claudia Inés Sanjuán	Enfermera profesional – urgencias	x	
Jesús Eliecer Angarita	Líder seguridad y salud en el trabajo	x	
Yorgin Alfonso Becerra	Ingeniero de sistemas	x	
Cindy Alejandra Jaimes	Auxiliar administrativo	x	
Otros asistentes	Listado de asistencia	x	

AGENDA

1. Verificación del quórum.
2. Desarrollo de la reunión.
3. Establecimiento de compromisos, aclaraciones, tiempos, resultados
4. Proposiciones y varios
5. Cierre de la reunión

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Siendo el día 30 de Mayo del año 2023, a las 11:00 am, en la sala de juntas de la E.S.E. Hospital local del municipio de Los Patios, nos reunimos con los líderes y equipos de trabajo del PAMEC 2023, con el objetivo realizar la definición de la medición inicial del desempeño de la calidad observada según los estándares de acreditación del PAMEC de la E.S.E. Hospital local del municipio de Los Patios en el año 2023, para poder dar inicio a la reunión se verifica quórum y si esta presentes los convocados, se procede a la presentación de los participantes.

Seguidamente se dan las instrucciones de la forma como se llevará a cabo la reunión y las reglas de trabajo. Todos refieren entender y estar de acuerdo, se procede a socializar mediante una presentación en el programa matriz de Excel, se socializan formatos propios del PAMEC.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

Nos reunimos con los líderes de los equipos del PAMEC 2023 y sus integrantes con el objetivo de realizar e iniciar el proceso de medición inicial del desempeño de la calidad observada según los estándares de acreditación del PAMEC de la E.S.E. Hospital local del municipio de Los Patios. Cada uno de los líderes estaba con su equipo de trabajo de PAMEC donde se explico y se capacito al personal sobre como se iba a desarrollar el instrumento de auditoría, el formato de informe de auditoría y la recolección de los soportes de dicha auditoría, durante esta reunión se aclaran todas las dudas e inquietudes del personal sobre como se va




 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>100 AÑOS</i> <i>Corazones de Todos</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02

a realizar el proceso de medición inicial del desempeño por procesos. Se procede a establecer las reglas y condiciones para la definición de la calidad observada determinando los siguientes puntos a tener en cuenta durante la ejecución del proceso:

- ✓ Los formatos que se van a utilizar para esta etapa, ya están estandarizados y codificados, siendo estos los únicos que se van a emplear para este fin.
- ✓ Serán entregados en medio magnético en formato PDF.
- ✓ También serán entregados en medio físico con firma original a la líder de calidad.
- ✓ El envío va ser al correo calidad@hospitaldelospatios.gov.co con fecha máxima 07 de junio de 2023.
- ✓ El área de calidad estará dispuesta a asesorar a los equipos de trabajo PAMEC de ser necesario o por solicitud de los mismos en momentos y fechas acordadas de forma consensuada.
- ✓ El área de calidad realizara la revisión de toda la documentación y soportes entregados por los equipos, así mismo consolidara la información en los formatos establecidos para ello.

PROCESOS PRIORIZADOS

PRIORIZACION DE PROCESOS								
CODIGO DEL ESTANDAR PRIORIZADO	NUMERAL CONSECUTIVO	GRUPO DE ESTANDARES	PROCESO	Documentos priorizados y elaborados vigencia 2021	PROCESO	Documentos priorizados vigencia 2022	PROCESO	Documentos priorizados vigencia 2023
AsSP1	1-75	ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL	SEGURIDAD DEL PACIENTE	Cartilla de seguridad del paciente (Eventos adversos enfocados al usuario)	SEGURIDAD DEL PACIENTE	Realizar una campaña de promoción de la cultura de seguridad del paciente en el cliente interno y externo de la ESE Hospital Local del Municipio de los Patios	SEGURIDAD DEL PACIENTE	Realizar una campaña de promoción de la cultura de reporte oportuno de eventos adversos, incidentes y fallas en la atención en salud

Página 3 de 14	Sede Correspondencia: Calle 7 # 9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
----------------	---	---


 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>MAMI/Corazón de Todos</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS		PROCESO	COMUNICACIONES
			CÓDIGO	FT-CM-05
			VERSIÓN	02

AsAC3	1-75	ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL	N/A	N/A	ATENCION Y SERVICIO AL CIUDADANO	Crear un mapa de atención integral a los usuarios donde se describe el ciclo de atención del usuario desde su ingreso hasta su egreso, especificando la atención desde el área administrativa al área asistencial.	ATENCION Y SERVICIO AL CIUDADANO	Crear una cartilla sobre derechos y deberes exclusiva para niñas, niños, adolescentes y jóvenes en condición de discapacidad, como estrategia de eliminación de barreras en el acceso a los servicios de salud de la E.S.E. HLMP y sus IPS satélites.
AsAC4	1-75	ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL	N/A	N/A	ATENCION Y SERVICIO AL CIUDADANO	Realizar una campaña educativa en la sede principal y las dos IPS satélite dirigida al personal de agendamiento de citas sobre eliminación de barreras en el acceso a los servicios de salud.	N/A	N/A
AsAG7	1-75	ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL	N/A	N/A	ATENCION Y SERVICIO AL CIUDADANO	Crear un rotafolio educativo sobre condiciones para la atención y prestación de cualquiera de los servicios de la institución que incluya el rotafolio de servicios.	N/A	N/A
AsAC8	1-75	ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL	N/A	N/A	ATENCION Y SERVICIO AL CIUDADANO	Actualizar el protocolo de asignación de citas de acuerdo a las necesidades de la institución y/o usuarios para garantizar el acceso a los servicios y promover la disminución de las barreras de acceso.	ATENCION Y SERVICIO AL CIUDADANO	Socializar el protocolo de asignación de citas de acuerdo a las necesidades de la institución y/o usuarios para garantizar el acceso a los servicios y promover la disminución de las barreras de acceso.
AsREG1	1-75	ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL	N/A	N/A	ATENCION Y SERVICIO AL CIUDADANO	Actualizar el procedimiento de asignación de citas que oriente, registro, admisión y preparación del usuario en el proceso de	ATENCION Y SERVICIO AL CIUDADANO	Socializar el procedimiento de asignación de citas que oriente, registro, admisión y preparación del usuario en el proceso de atención en salud.




 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>AMN</i> <i>Corazón de Todos</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES	
		CÓDIGO		FT-CM-05
		VERSIÓN		02

						atención en salud		
AsPL11	1-75	ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL	N/A	N/A	PYP	Realizar socialización y evaluación del impacto de la política de humanización del servicio documentada y actualizada en la ESE.	N/A	N/A
AsPL3	1-75	ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL	N/A	N/A	N/A	N/A	ODONTOLOGIA	Diseñar un documento infografía de educación en salud para el fomento de las actividades de educación en salud dirigidas a todos los usuarios.
AsPL6	1-75	ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL	N/A	N/A	N/A	N/A	LABORATORIO	Implementar la conexión del software de laboratorio a la historia clínica, para que quede evidencia de la revisión y la evolución del paciente una vez el médico cuenta con los exámenes de apoyo diagnóstico. Diseñar un protocolo de notificación de exámenes críticos que van a ser notificados y el mecanismo con el cual se hará dicha notificación.
AsPL9	1-75	ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL	N/A	N/A	N/A	N/A	PYMS	Realizar campañas dirigidas a los usuarios sobre promoción y prevención de enfermedades de interés en salud pública y pautas de autocuidado.
AsSIR16	1-75	ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL	N/A	N/A	N/A	N/A	ASISTENCIAL	Elaborar un documento que proyecte la E.S.E. HLMP hacia la acreditación.

Página 5 de 14	Sede Correspondencia: Calle 7 #.9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
-------------------	---	---

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>MANI/Corazón de Todos</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS		PROCESO	COMUNICACIONES
			CÓDIGO	FT-CM-05
			VERSIÓN	02

DIR6	76-88	DIRECCIONAMIENT O	DIRECCIONAMIENT O	Priorizar correctivos frente a las desviaciones encontradas en el procedimiento de asesoría y educación continuada a la junta directiva.	DIRECCIONAMIENT O	Actualizar política de prestación de servicios con el acto administrativo de adopción y socializar a todo el personal.	DIRECCIONAMIENT O ESTRATEGICO	Incluir en el procedimiento de elaboración y seguimiento del plan de desarrollo la disponibilidad de recursos para su ejecución en vigencia actual y futuras.
GER3	89-103	GERENCIA	DIRECCIONAMIENT O ESTRATEGICO	Priorizar en la vigencia acciones de evaluación y mejora en el sistema de gestión del riesgo.	DIRECCIONAMIENT O ESTRATEGICO	Socializar el modelo de atención en salud al cliente interno de la institución a través de la intranet.	N/A	N/A
GER7	89-104	GERENCIA	N/A	N/A	N/A	N/A	DIRECCIONAMIENT O ESTRATEGICO	Documentar procedimiento para el desarrollo, seguimiento y evaluación de los planes operativos por procesos.
GER10	89-105	GERENCIA	N/A	N/A	N/A	N/A	DIRECCIONAMIENT O ESTRATEGICO	Crear y despegar políticas internas desde la alta gerencia que defina normas de buen comportamiento de los trabajadores, de los pacientes, sus familias y/o responsables. Documentar procedimientos que permita la evaluación de los casos y establecimiento de acciones de mejoramiento ante comportamientos agresivos y abusivos del cliente interno y externo.
TH4	104-120	GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	TALENTO HUMANO	Se realizó actualización del MA-GH-02 Manual de Inducción y Reinducción FT-GH-01 Ruta de inducción y reinducción FT-CM-05 ACTA DE INDUCCION FT-GH-02 Evaluación de la inducción y reinducción	TALENTO HUMANO	Realizar actualización y socialización con el cliente interno y externo del video institucional a través de la página web. Crear Realizar un formato de ruta de inducción al personal. Realizar implementación	N/A	N/A

Página 6 de 14	Sede Correspondencia: Calle 7 # 9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
----------------	---	---

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>30 AÑOS Corazón de Todos</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02

GAF8	121-131	GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	N/A	N/A	GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	Diseñar campaña informativa sobre la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, difundirlas a través de la página web o redes sociales con el fin de concientizar a las personas que el exceso de tabaco es perjudicial para la salud.	N/A	N/A
GAF122	121-131	GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	N/A	N/A	N/A	N/A	GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	Realizar una campaña de recuperación del ambiente físico "sembraron árboles y plantas ornamentales" en la sede principal de la E.S.E. HLMP dirigida a los colaboradores.
GAF126	121-131							

Así mismo, se explicaron los estándares de acreditación del PAMEC, de acuerdo al manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia en su versión 3.1 del ministerio de salud, en el cual se contemplan ocho (8) estándares siendo estos:

Contenidos de los estándares de acreditación

- Grupo de estándares del proceso de atención al cliente asistencial
- Grupo de estándares de direccionamiento
- Grupo de estándares de gerencia
- Grupo de estándares de gerencia del talento humano
- Grupo de estándares de gerencia del ambiente físico
- Grupo de estándares de gestión de tecnología
- Grupo de estándares de gerencia de la información
- Grupo de estándares de mejoramiento de la calidad

Se anexa el documento en línea del manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario en Colombia (pdf).
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/manual-acreditacion-salud-ambulatorio.pdf>

Página 8 de 14	Sede Correspondencia: Calle 7 #.9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
-------------------	---	---

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>IAANI Consejo de Todos</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02


También se explicaron los términos de:

- ✓ **Auditoria:** Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.
- ✓ **Control de calidad:** Conjunto de medidas diseñadas para asegurar y verificar la calidad de los productos y servicios, en las diferentes fases de los procesos de atención en salud, mediante el análisis de la estructura, el proceso y los resultados, que rinde cuentas a las partes interesadas.
- ✓ **Control de calidad Interno:** Conjunto de procedimientos aplicados, en el marco de un proceso sistemático, para el control constante de las operaciones y los resultados a fin de decidir si son suficientemente válidos, confiables y fiables para su divulgación. En este control de calidad se comprueba ante todo la veracidad y precisión de los resultados.

VERIFICACION DE COMPROMISOS:

Finalmente se verifican los compromisos adquiridos en la reunión anterior y se evidencia que todos los equipos de trabajo cumplieron en forma oportuna con todas las actividades y productos.

COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA
1. Diligenciar según las indicaciones dadas el proceso de auditoria interna de cada uno de los estándares de acreditación seleccionados.	Todos los equipos/grupos de trabajo PAMEC.	Plazo máximo agosto 31.
2. Solicitar apoyo y/o asistencia técnica al líder de calidad según necesidad.	Todos los equipos/grupos de trabajo.	Según necesidad. Según cronograma que emitirá el área de calidad.
3. Enviar los instrumentos de auditoria utilizados, listas de chequeo, informe de auditoria completo en los formatos estandarizados para ello.	Todos los equipos/grupos de trabajo.	Plazo máximo agosto 31.
4. Asistir a la próxima reunión de equipos de trabajo PAMEC programada por el AREA de calidad.	Todos los equipos/grupos de trabajo.	Fecha que programe el área de calidad.

Página 9 de 14	Sede Correspondencia: Calle 7 #9-59, Urbanización Daniel Jordán PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co Los Patios – Norte de Santander	
----------------	--	---

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</small> <i>MANI/Corazón de Todas</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02

ANEXOS

- 1.Listas de asistencia
- 2.Evidencia fotográfica.
- 3.Matriz Excel.

Responsable de la reunión:

Firma:

Nombre: Yicela Saavedra Cardona
 Cargo: Líder calidad
 Dependencia: Gestión de la calidad

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>AMM</i> <i>Corazón de Todos</i>	ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02


Anexo 1. EVIDENCIA FOTOGRAFICA



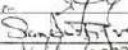
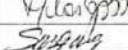
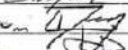
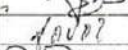
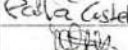
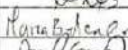
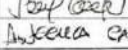




	ASISTENCIA ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES	
		CÓDIGO		FT-CM-05
		VERSIÓN		02

Anexo 1. EVIDENCIA FOTOGRAFICA


Listado de asistencia

	LISTADO DE ASISTENCIA A REUNIONES	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-11
		VERSIÓN	02


Organiza: Caldel Tema: Comité Parac. C.Hatun ciudad (ciudad de salud) Fecha: 30/05/2023
 Lugar: Est H.M.P. Hora: 11:00 am


No.	Nombre	Cargo	Correo / Teléfono	Firma
1	Yvonne Constanza Cardenas	Caldel	caldel@hospitaldelospatios.gov.co	
2	Daniela Pacheco Morales	Udy. PQA	Pacheco@hospitaldelospatios.gov.co	
3	Los Albedos Tiza Lizcano	Psicóloga	Psicologia@hospitaldelospatios.gov.co	
4	Helicia Elvira Contreras	U. Atención	helicia@hospitaldelospatios.gov.co	
5	Sandra Tijera	Asesora	sandra@hospitaldelospatios.gov.co	
6	María del Pilar Guzmán	Udy. T.A.H.	Tamara@hospitaldelospatios.gov.co	
7	Sandra Yoneth Gomez	L. Atención	atencion@hospitaldelospatios.gov.co	
8	Romy Maldonado	E. Asesoría	biomed@hospitaldelospatios.gov.co	
9	Eliana Pizarro	Udy. Adm.	consultas@hospitaldelospatios.gov.co	
10	Jesús F. Villalba	M.T.T.O	marite@hospitaldelospatios.gov.co	
11	Paola Andrea Castellanos	Apoyo TI	3178783330	
12	María del Rosario Contreras	Udy. Atención	atencion@hospitaldelospatios.gov.co	
13	María Belén Contreras	Udy. Atención	atencion@hospitaldelospatios.gov.co	
14	Genifer Colina Mesa	Asesoría	genifer@hospitaldelospatios.gov.co	
15	ANGÉLICA CARRERA	T. S. SIA	sia@hospitaldelospatios.gov.co	

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO MIAMI <i>Cuidamos de Todos</i>	ASISTENCIA ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO MIAMI <i>Cuidamos de Todos</i>	LISTADO DE ASISTENCIA A REUNIONES	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-11
		VERSIÓN	02

Organiza: <i>Ciudad</i>		Tema: <i>Asistencia técnica AMEC 2023 - Proceso de</i>		Fecha: <i>04/05/2023</i>
Lugar: <i>C.S.E. HUPP.</i>		Extensión-medición de la calidad observada		Hora: <i>09:00 am - 5 pm</i>
No.	Nombre	Cargo	Correo / Teléfono	Firma
1	<i>Le Marina Aro Torres</i>	<i>Asesor</i>	<i>arago@impccsa@gmail.com</i>	<i>[Firma]</i>
2	<i>Victoria Bonilla Cardona</i>	<i>Calidad</i>	<i>calidad@hospitaldelospatios.gov.co</i>	
3	<i>Cindy Alejandra Jaimes Lebal</i>	<i>As. Adm</i>	<i>facturacion@hospitaldelospatios.gov.co</i>	<i>Cindy Jaimes</i>
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>IAANI / Corazón de Todos</i>	ASISTENCIA ACTA DE REUNIONES INTERNAS	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-05
		VERSIÓN	02


 HOSPITAL LOCAL MUNICIPIO LOS PATIOS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <i>IAANI / Corazón de Todos</i>	LISTADO DE ASISTENCIA A REUNIONES	PROCESO	COMUNICACIONES
		CÓDIGO	FT-CM-11
		VERSIÓN	02

Organiza: Caldad Tema: Comite Rama (Industria caldad conect) Fecha: 30/01/2023
 Lugar: E.S.E. HAMP Hora: 11:00 am.

No.	Nombre	Cargo	Correo / Teléfono	Firma
1	Cristian Cristoforo Perez	Contabilidad	3184113891	<i>[Firma]</i>
2	Gonzalo Alberto Serrano R.	Systems	3102173113	<i>[Firma]</i>
3	Clavdia Ines Saquén P.	Ext. Vigencia	3046519241	<i>[Firma]</i>
4	Jesús Eliécer Angarita	Lider SOP	3117838663	<i>[Firma]</i>
5	Yorgin Alfonso Becerra R.	179-810100	facturacion hospital de los patios	<i>[Firma]</i>
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				


Página 1 de 2

Sede Correspondencia: Calle 7 # 9-59, Urbanización Daniel Jordán
 PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.hospitaldelospatios.gov.co
 Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co
 Los Patios - Norte de Santander



Página 14 de 14

Sede Correspondencia: Calle 7 # 9-59, Urbanización Daniel Jordán
 PBX: 5552170 5552161 - Página Web: www.esehospitaldelospatios.gov.co
 Servicio al Ciudadano: asistente.gerencia@hospitaldelospatios.gov.co
 Los Patios - Norte de Santander



11.7 Presupuesto

Tabla 13.

Presupuesto

Descripción del Recurso	UNIDAD DE MEDIDA	Cantidad		Valor Unitario	Costo Total (\$)		Universidad	
		Planeado	Ejecutado		Planeado	Ejecutado	Planead o	Ejecutad o
RECURSO HUMANO								
DOCENTE DIRECTOR DEL PROYECTO	HORA	20		\$ 45.000	\$ 900.000	\$ 0		
ESTUDIANTE EN FORMACIÓN	HORA	300		\$ 20.000	\$ 6.000.000	\$ 0		
PERSONAL DE SALUD DE LA INSTITUCIÓN	HORA	10		\$ 30.000	\$ 300.000	\$ 0		
OTROS:					\$ 0	\$ 0		
RECURSOS MATERIALES								
PAPELERIA - UTILES DE OFICINA (SOBRES, CARPETAS, LAPCEROS, LAPICES...)	UNIDAD	10		\$ 5.000	\$ 50.000	\$ 0		
IMPRESOS- FOTOCOPIAS	UNIDAD	500		\$ 200	\$ 100.000	\$ 0		
ALIMENTOS BEBIDAS	UNIDAD	50		\$ 5.000	\$ 250.000	\$ 0		
ALIMENTOS REFRIGERIOS	UNIDAD	100		\$ 5.000	\$ 500.000	\$ 0		
EQUIPOS Y HERRAMIENTAS								
ALQUILER DE VIDEO BEEN	HORA	5		\$ 15.000	\$ 75.000	\$ 0		
ALQUILER DE PC	HORA	200		\$ 10.000	\$ 2.000.000	\$ 0		

COONSUMO DE INTERNET	HORA	200		\$ 2.000	\$ 400.000	\$ 0		
OTROS RECURSOS								
TRANSPORTE	UNIDAD	192		\$ 2.400	\$ 460.800	\$ 0		
IMPREVISTOS	UNIDAD	1		\$ 50.000	\$ 50.000	\$ 0		
				TOTAL	\$ 11.125.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0

BIBLIOGRAFÍA

1. Gens B, x000E, Montserrat, et al. ¿Cómo cumplimos los estándares de calidad de la atención urgente? Aten. Primaria. 41(1):45-7. [internet]. [consultado el 09 de febrero de 2023]
2. Minsalud. Orientaciones técnicas para la gestión de los resultados del monitoreo de la calidad. [internet]. [consultado el 09 de febrero de 2023] disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/orientacion-es-tecnicas-gestion-resultados-monitoreo-calidad.pdf>
3. Bautista-Rodríguez LM. La calidad en salud un concepto histórico vigente. Rev. cien. Ciudad [internet]. 2016 [internet]. [Consultado 09 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/731>
4. Ministerio de salud y protección social. Sistema obligatorio de Garantía de calidad en salud (SOGCS) Decreto 780 de 2016. [internet]. [Consultado 09 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-obligatorio-garantia-calidad-SOGC.aspx>
5. Hospital Local Municipio Los Patios. Plataforma estratégica [internet]. [consultado el 09 de febrero de 2023] disponible en: <https://hospitaldelospatios.gov.co/assets/files/planeacion/plan-gestion2020.pdf>
6. LEY 100 DE 1993 [en línea] [consultado el 09 de febrero de 2023]. Disponible en: http://ley100.com/portal/attachments/103_ley100.pdf
7. Laguna U. Alfredo V, Obregón R. Elia, Quijada F. Ruth V. Universidad del pacifico. “propuesta de mejora del proceso de atención en el servicio de emergencia del instituto nacional de ciencias neurológicas”. 2019 [internet]. [Consultado 09 de febrero de 2023].

8. Hospital local de Los Patios. Plan de gestión 2020-2024. [internet]. [Consultado 09 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://hospitaldelospatios.gov.co/assets/files/planeacion/plan-gestion2020.pdf>
9. Pedraza, N., Lavín, J., Gonzáles, A., & Bernal, I. (2014). Factores determinantes en la calidad del servicio sanitario en México: Caso ABC. *Entramado*, 10(2), 76-89. [Consultado 09 de febrero de 2023].
10. Hevia Elizabeth, Guach E. Jorge, Sanchez S. Zayda. Gestión de calidad en la atención de urgencias médicas desde la ciencia y la innovación en Holguín. Universidad del Holguín. [citado el 14 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5891/589165783003/html/>
11. Montero-Reyes Y, Véliz-Martínez P, Jorna-Calixto A. Calidad de la atención en servicio de urgencias del Policlínico Emilia de Córdoba y Rubio. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias* [Internet]. 2020 [citado 09 Feb 2023]; Disponible en: <https://revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/695>
12. Laguna U. Alfredo V, Obregón R. Elia, Quijada F. Ruth V. Universidad del pacifico. “propuesta de mejora del proceso de atención en el servicio de emergencia del instituto nacional de ciencias neurológicas”. 2019 [internet]. [Consultado 09 de febrero de 2023]. Disponible en: [file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Alfredo_Tesis_Maestria_2019%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Alfredo_Tesis_Maestria_2019%20(1).pdf)
13. Ballén R. Andrés G, Castillo G. Natalia, Guzmán A. Alejandra, Tovar T. Luis A. PROPUESTA DE MEJORAMIENTO EN EL PROCESO DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA E.S.E HOSPITAL DE CHIQUINQUIRÁ. 2021 Bogotá. [internet]. [Consultado 09 de febrero de 2023]. Disponible en:

<https://repository.usergioarboleda.edu.co/bitstream/handle/11232/1783/Propuesta%20de%20mejoramiento%20en%20el%20proceso%20de%20atencion%20en%20el%20servicio%20de%20urgencias.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- 14.** Bohórquez, A. (2017). Desarrollo de una propuesta de mejoramiento continuo para el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de la Samaritana (HUS), con la aplicación de la metodología Lean Healthcare. (Tesis), Universidad Libre de Colombia, Facultad de Ingeniería, Bogotá. [Consultado 09 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/198448393.pdf>
- 15.** Celis, K., & Farias, C. (2018). Determinación e implementación de indicadores de calidad para mejorar la atención en el Área de Emergencias de una Clínica. (Tesis), Universidad de Piura, Facultad de Ingeniería, Piura.
- 16.** Páez A. P. (2021). Actualización del Sistema de Gestión Documental del Servicio de Radiología e Implementación de un Plan de Mejoramiento sobre Formatos de Calidad de la Clínica Nuestra Señora de Torcoroma de Ocaña – Norte de Santander, en el Año 2021 [Internet] [Consultado 09 de febrero de 2023]. Disponible en: [Ppaeza.pdf \(unad.edu.co\)](#)
- 17.** Granda Carvajal, PA. Calidad de la atención en salud, una mirada desde la teoría de sistemas. revisión de la literatura. Facultad de Medicina Universidad CES. Departamento de Postgrados en Salud Pública. Grupo de Investigación en Tecnologías en Salud Línea de investigación: Evaluación de Programas e Intervenciones en Salud. Medellín [internet]. [Consultado 09 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/44429/Ppaeza.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

18. Martínez-Martínez L, Avalo-Olguín M, Quintero-Crispín AL. Calidad de los servicios de enfermería: ¿utopía o realidad? Revista Desarrollo Científico en Enfermería 2001; 9(3):68-75. [internet]. [Consultado 09 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidado-humanizado-de-enfermeria-utopia-o-realidad/>
19. Conexión ESAN. Los diferentes conceptos de calidad en salud [internet]. [Consultado 09 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.esan.edu.pe/conexion-esan/los-diferentes-conceptos-de-calidad-en-salud>
20. Ministerio de Salud. (2017). Manual de Procesos y Procedimientos. Hospital de Vitarte, Servicio de Emergencia, Lima. [internet]. [Consultado 09 de febrero de 2023]. Disponible en: <http://www.hospitalvitarte.gob.pe/portal/data/transparencia/2017/R22100.pdf>
21. Gestión Institucional. [Internet] Hospital Local del Municipio de Los Patios. 2022. [Consultado febrero de 2023] Disponible en: <https://www.hospitaldelospatios.gov.co/home>
22. Núñez, J. Cuidados de Enfermería. Manejo y Seguridad del Paciente. [Internet]. [consultado 4 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.monografias.com/trabajos93/cuidados-enfermeria-cultura-yseguridad-del-paciente/cuidados-enfermeria-cultura-y-seguridad-delpaciente.shtml>
23. ¿QUÉ ES UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD? – EQS. [Internet]. 2018 [citado el 3 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://eqssa.com/sistema-gestion-la-calidad/>
24. Chua, Richard C. H., De Feo, Joseph A., Gryna, Frank M. y Pantoja Magaña, José. Método Juran. Análisis y planeación de la calidad. McGraw Hill, 2007. [citado el 3 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://adrian-osorio-herramientas-calidad.weebly.com/uploads/3/9/7/4/39745228/juran-crosby.pdf>

25. Experto GestioPolis.com. ¿Qué hizo Joseph M. Juran por la gestión de la calidad? [Internet]. GestioPolis. [gestiopolis.com](https://www.gestiopolis.com); 2001 [citado el 3 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.gestiopolis.com/que-hizo-joseph-m-juran-por-la-gestion-de-la-calidad/>
26. Chacón A., Rungel K. S. Artículo de Revisión. Teorías, Modelos y Sistemas de Gestión de Calidad. [Internet]. [citado el 7 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.revistaespacios.com/a18v39n50/a18v39n50p14.pdf>
27. Guías e instrumentos para evaluar la calidad de la atención. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social Organización Panamericana de la Salud. Santo Domingo, D. N. [Internet]. [citado el 7 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.paho.org/dor/dmdocuments/guia_instrumentos_calidad_atencion.pdf