

PROCESO: TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO (TAB).

PROCEDIMIENTO: Referencia y Traslado Asistencial Básico

OBJETIVO GENERAL: Referir de manera oportuna y eficiente a los usuarios que requieran de la prestación urgente de un servicio de mayor complejidad, para que obtengan la atención requerida y especializada para su condición.

DEFINICIONES O REFERENCIAS:

- **Accesibilidad:** Posibilidad que tiene el Usuario para utilizar los servicios de salud.
- **Aseguramiento de la calidad:** el conjunto de acciones que toman las empresas con el propósito de poder entregar a los consumidores bienes y servicios con el nivel de calidad esperada.
- **Ayudas diagnósticas:** son aquellos estudios complementarios que se realizan a la evaluación clínica de un paciente que permite al médico tratante confirmar un diagnóstico y/o realizar acciones terapéuticas.
- **Capitado:** es un método de financiamiento mediante el cual los proveedores de atención de salud reciben un pago predeterminado por cada paciente que se registra con ellos.
- **Consulta Externa:** es un servicio ambulatorio para pacientes con una cita asignada previamente que acceden a atenciones médicas para diferentes tipos de diagnósticos.
- **Continuidad:** Garantía que los usuarios reciben las intervenciones requeridas mediante la secuencia lógica y racional de actividades basadas en el conocimiento científico y sin interrupciones innecesarias.
- **Empresa Promotora de Servicios de Salud - EPS:** Entidades responsables de la afiliación y registro de los afiliados al sistema de la regularidad social en Colombia. Se encargan también del recaudo de las cotizaciones y su función básica es organizar y garantizar la prestación del plan obligatorio de salud.
- **Empresa Promotora de Servicio de Salud Subsidiado EPS-S: (antes ARS)** Son las entidades responsables de la afiliación y prestación del Plan obligatorio de salud del Régimen Subsidiado a los beneficiarios de este.
- **Entidades Responsables Pagos – ERP:** Se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales.
- **Guía de manejo:** Procedimiento a seguir durante una atención o procedimiento
- **Historia Clínica:** Relación ordenada de los antecedentes clínicos de un paciente y de otros datos obtenidos mediante interrogatorio, observación y otros exámenes complementarios con el fin de conseguir un diagnóstico correcto y determinar un tratamiento de la enfermedad que padece.
- **Inmunosuprimido:** Se dice que una persona es inmunodeprimida cuando se reduce su capacidad para combatir infecciones y otras enfermedades.
- **Observación:** Periodo de evaluación y seguimiento clínico en el servicio de urgencias por un lapso hasta de 6 horas donde se definen las conductas médicas.
- **Oportunidad:** Posibilidad que tiene el Usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.
- **Patología:** parte de la medicina que estudia las enfermedades' y 'conjunto de síntomas de una enfermedad'.
- **Pertinencia:** Garantía que los usuarios reciban los servicios que requieren.



DEFINICIONES O REFERENCIAS:

- **Plan de Beneficios en Salud - PBS:** es el conjunto de servicios para la atención en salud que todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene derecho.
- **Protocolo:** Documento escrito que estipula el manejo estandarizado de las patologías más comunes en consulta externa y otros servicios.
- **Referencia:** Es la solicitud de evaluación diagnóstica y/o tratamiento de un paciente derivado de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad, con la finalidad de asegurar la continuidad de la prestación de servicio.
- **Registro Clínico:** Son documentos de carácter institucional, correspondientes a todos los registros de la atención de los pacientes, efectuados por el equipo de salud, que deben mantenerse en la ficha clínica, ser efectuados con letra clara y legible.
- **Remisión:** es un documento soporte de la entrega de mercancías en el que se indican las cantidades que han salido de forma física del inventario y han sido entregadas al cliente, pero no han sido facturadas.
- **Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS:** es el conjunto de datos mínimos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control para el servicio. Estos datos identifican las actividades de salud que realizan las IPS o profesionales independientes de salud, siendo una de las fuentes principales de información, demanda y oferta de los servicios.
- **Satisfacción del Usuario:** Nivel del estado de ánimo del Usuario-Paciente y su familia al comparar la atención en salud con sus expectativas.
- **Seguridad:** Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodología que minimizan el riesgo de sufrir eventos adversos durante la atención.
- **Transporte asistencial básico:** Es el traslado de un paciente en un medio de transporte terrestre, marítimo y/o fluvial que debe contar con una dotación básica para dar atención oportuna y adecuada al paciente durante el desplazamiento.
- **TRIAGE:** Sistema de Selección y Clasificación de pacientes, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles que consiste en una valoración clínica breve para determinar la prioridad en que un paciente debe ser atendido.
- **Urgencia:** es una situación abrupta y repentina que afecta la salud y que pone en riesgo la vida del paciente.
- **Usuario:** Persona que requiere alguna atención en salud.

RESPONSABLE (S) DEL PROCEDIMIENTO:

- Subgerencia de Atención al Usuario,
- Líder Proceso.
- Enfermero Jefe de Hospitalización.

CONDICIONES:

- Usuario con necesidad de atención urgente por especialista u otro servicio de mayor complejidad, con los documentos de identificación y aseguramiento completos y actualizados.

MATERIALES NECESARIOS:

1. Equipo de cómputo con conexión a red local e Internet
2. Software asistencial
3. Equipos de telecomunicaciones
4. Equipos, suministros y medicamentos de Traslado Asistencial Básico.
5. Vehículo para Traslado Asistencial Básico
6. Bases de datos de aseguramiento actualizadas.
7. Formatos aplicables al procedimiento



PASOS ESTABLECIDOS EN EL PROCEDIMIENTO BAJO EL CICLO PHVA			
CICLO	ACTIVIDADES	TAREAS	REGISTROS
P	1. Identificación de usuario	1.1. El profesional responsable de la atención del usuario deberá tener presente lo definido en el manual de procesos y procedimientos y lo establecido en las políticas definidas en el presente procedimiento.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Historia Clínica ✓ Registro clínico
		1.2. Llame al usuario teniendo en cuenta lo definido en el Protocolo de Identificación del Usuario. Una vez haya constatado la identidad del usuario proceda a presentarse por su nombre y haga seguir al usuario.	
		1.3. Explique al usuario los procedimientos a ejecutar y proceda a abrir el registro clínico	
H	2. Ingreso	2.1. Reciba la solicitud del servicio de Urgencias e ingrese la información del usuario para el TRIAGE.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Historia Clínica ✓ Registro de TRIAGE ✓ Guía de Clasificación de Urgencias TRIAGE
		2.2. Clasifique el estado general del Usuario en el sitio destinado para el TRIAGE, mediante interrogatorio, toma de signos vitales y defina tipo de atención, establezca los niveles de gravedad según sea posible el tiempo de espera, o de atención inmediata, según Guía de TRIAGE, con fundamento en la seguridad del paciente. Ver Guía de Clasificación de Urgencias TRIAGE	
		Prioridad I o Triage I, Emergencia: Paciente que presenta una situación que amenaza la vida o pone en riesgo la pérdida de una o varias extremidades o de uno o varios órganos. Requiere atención médica inmediata.	
		Prioridad II o Triage II, Urgencia: Pacientes con cuadros clínicos agudos que presentan un riesgo de entrar en inestabilidad circulatoria, respiratoria, neurológica, y/o metabólica que requieren atención médica dentro de los primeros 30 minutos. Incluyen cuadros de dolor severo mayor o igual de 7 / 10. Ubicación en sala de observación.	
		Prioridad III o Triage III, Urgencia menor: Condiciones relacionadas con la edad del paciente, angustia, estado de salud de base (diabético, inmunosuprimidos, gestante), dolores agudos en escala de intensidad menor de 7/10, riesgo de deterioro potencial o de complicaciones, que se beneficiará de la atención médica prioritaria, con apoyo diagnóstico y/o terapéutico dentro de su consulta y atención inicial de urgencias.	
		Ubicación en sala de espera, observación ó Procedimientos menores según el caso. Puede recibir atención médica durante las siguientes 2 horas posteriores a su clasificación.	
		Prioridad IV o Triage IV, No urgente: Condiciones que pueden ser agudas, pero no comprometen el estado general del paciente y no representan un riesgo evidente; también condiciones que hacen parte de problemas crónicos sin evidencia de deterioro. La Atención puede ser postergada y el paciente referido a consulta externa una condición clínica, que puede recibir atención médica durante las siguientes 24 horas posteriores a su clasificación. Direccionamiento a consulta externa dentro de las 48 horas siguientes.	
		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. Direccionamiento a consulta externa dentro de las 72 horas siguientes.	



CICLO	ACTIVIDADES	TAREAS	REGISTROS
H	2. Ingreso	<p>2.3. Solicite documento de identidad y Verifique en las bases de datos pertinentes el estado actual de aseguramiento en el sistema general de seguridad social en salud, solicitando siempre documentación del usuario con original, documentación de acudientes cuando aplica (menor de edad, discapacitado, embarazada con compañero permanente).</p> <p>Siempre firmar la factura de ingreso al servicio de urgencias. Cuando el paciente no es capitado, se imprime el pantallazo del evento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Historia Clínica ✓ Factura ✓ Bases de datos
V	3. Atención	<p>3.1. El médico llama al usuario según clasificación del TRIAGE y orden asignado para la atención, cuando la Urgencia lo permita, el personal debe saludar al paciente y presentarse</p> <p>3.2. Brinde la atención de urgencias de acuerdo con las guías y protocolos de manejo adoptados por la institución y se decide un Plan de manejo y tratamiento.</p> <p>3.3. Elabore las órdenes médicas en el formato del mismo nombre e informe al usuario y su familia acerca de la patología, pronóstico, ayudas diagnósticas y tratamiento a seguir.</p> <p>3.4. Acorde con la evaluación inicial, determine oportunamente la necesidad del paciente para ser atendido en un nivel de mayor complejidad y así influir positivamente en su evolución y recuperación.</p> <p>3.5. Explique al paciente la necesidad de evaluación por especialista o realización de otros procedimientos de mayor complejidad y la importancia de hacer esto de carácter prioritario.</p> <p>3.6. Diligencie el formato de remisión, ya sea de forma manual o en el sistema informático, en el cual se apuntan los datos generales del paciente y los datos claves de la Historia Clínica, que justifican la solicitud de procedimientos o de interconsulta a especialistas. Debe ser firmada y sellada por el profesional que la solicita.</p> <p>3.7. Inicie cadena de llamadas a las diferentes instituciones de mayor complejidad o centros de regulación de pacientes, según la red de prestación del asegurador y registre la fecha, hora, funcionario que realiza la llamada, lugar al que se realiza, teléfono, persona que contesta, profesional que acepta al paciente y respuesta de la entidad.</p> <p>3.8. Al ser aceptado el paciente en alguna institución, se debe terminar de llenar los registros en la historia clínica, formato de remisión y dejar constancia del lugar y el nombre del profesional que lo acepta y registrar código de autorización en caso que lo haya. Entregar la documentación de referencia al equipo encargado del traslado del paciente.</p> <p>3.9. Realizar llamado rápido y oportuno al equipo de traslado asistencial básico en el cual está el conductor la enfermera disponible y en casos especiales el médico disponible.</p> <p>3.10. Cierre los registros y según historia clínica y hoja de cargos, se realiza la factura correspondiente antes de que el usuario egrese del servicio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Historia Clínica ✓ Órdenes médicas. ✓ Formato remisión <ul style="list-style-type: none"> ✓ Historia Clínica ✓ Formato Remisión <ul style="list-style-type: none"> ✓ <ul style="list-style-type: none"> ✓ Factura. ✓ Hoja de cargos



CICLO	ACTIVIDADES	TAREAS	REGISTROS
A	4. Egreso	4.1. Prepare y suba al usuario y a su acompañante a la ambulancia, para ser trasladados de manera adecuada y sin contratiempos, registrando en el cuaderno de remisiones, los datos requeridos para llevar control mensual de estas.	✓ Libro de Remisiones
		4.2. Salga de manera rápida pero cuidadosa hacia el centro de remisión donde fue aceptado el usuario, teniendo en cuenta las condiciones del paciente.	✓ Historia Clínica
		4.3. Al llegar a la institución de referencia, busque al equipo que aceptó al paciente y haga la entrega del caso haciendo un breve reporte verbal con los datos relevantes, entregue la documentación y haga firmar las constancias de recibido requeridas. Explique al paciente y su familia los procedimientos a ejecutar.	
		4.4. Valide la comprensión de toda la información y si se requiere, asegure el entendimiento de la misma.	

CONTROL DE ACTIVIDADES, PRODUCTOS E INSUMOS

Puntos de Control	Que se Controla	Como se Controla	Quien lo Controla
Registro de TRIAGE	Diligenciamiento completo, variables de identificación	Con las Auditorias a las Historias Clínicas de los pacientes	Auditor de calidad. Subgerente Atención al Usuario
Historia Clínica			Médico y Líder del proceso
Formato de Remisión		Con la revisión para que se elabora como es debido	Líder del proceso. Subgerente Atención al Usuario
Libro de Remisiones		Proceso de Auditorias y que se esté llevando al orden del día	Líder del proceso Subgerente administrativo
Registro de Facturación	Diligenciamiento completo, variables de identificación, coherencia con los servicios prestados	Revisión de los RIPS y la Facturación	Líder del proceso Subgerente administrativo

REGISTROS Y MANEJO DE LA INFORMACIÓN

Código del Documento	Nombre del Documento	Responsable de los Documentos	Lugar de Almacenamiento (Protección)	Recuperación del Documento	Tiempo de Retención
2360 - 16	Historia Clínica	Personal Archivo Clínico Personal Asistencial y Enfermero Jefe	Archivo de Gestión del área de hospitalización y de historias clínicas	En las carpeta de las series documentales y en medio magnético programas de XENCO	Según lo establecido en las TDR 20 años
2330 - 32	Base de datos usuarios				
2360 - 27	Registro de TRIAGE				
2220 - 06	Factura				
2220 - 06	Órdenes de Servicio				
2360 - 27	Guía de Clasificación de Urgencias TRIAGE				
2360 - 27	Registro clínico				



Código del Documento	Nombre del Documento	Responsable de los Documentos	Lugar de Almacenamiento (Protección)	Recuperación del Documento	Tiempo de Retención
2360 - 27	Formato de Remisión	Personal Archivo Clínico Personal Asistencial y Enfermero Jefe	Archivo de Gestión del área de hospitalización y de historias clínicas	En las carpeta de las series documentales y en medio magnético programas de XENCO	Según lo establecido en las TDR 20 años
2360 - 27	Libro de Remisiones				
2360 - 27	Hoja de cargos				

CUADRO DE CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción Cambios
1.0 - 2021	24/03/2021	Creación de Documento

PRODUCTO O RESULTADOS ESPERADOS:

- 1) Usuario con atención priorizada en forma oportuna y pertinente.
- 2) Usuarios clasificados como no urgentes, orientados a consulta externa.
- 3) Usuario con información clara sobre la clasificación asignada según su estado de salud y el tiempo de espera para su atención.
- 4) Usuario satisfecho con la atención prestada durante el procedimiento de TRIAGE
- 5) Registro de TRIAGE diligenciado completamente
- 6) Usuario con todos los trámites administrativos realizados para su debida atención.
- 7) Usuario con derechos verificados y registrado en la base de datos de la institución
- 8) Usuario ingresado y ubicado en el servicio con plan de manejo y tratamiento y con conducta definida de acuerdo a las guías de manejo
- 9) Registro de atención de urgencias y ordenes médicas escritas, en forma clara, completa y con letra legible
- 10) Usuario con consentimiento informado cuando se requiere
- 11) Muestras de laboratorio tomadas de acuerdo a guías
- 12) Resultados de ayudas diagnósticas
- 13) Registro de eventos adversos y manejo de pertenencias
- 14) Usuario con pertenencias aseguradas
- 15) Usuario satisfecho con la atención recibida.
- 16) Usuario sin dudas y con la información necesaria para prevenir situaciones de riesgo.
- 17) Usuario conocedor de su estado de salud y de los planes de cuidado de su enfermedad en el hogar.
- 18) Usuario referido, aceptado y trasladado exitosamente a institución de mayor nivel de complejidad.
- 19) Historia clínica y registros generados en el proceso de atención diligenciados correctamente.

CÓDIGO DEL DOCUMENTO: 2000 - 32	VERSIÓN: 1.0 - 2021	PREPARADO POR: Grupo Calidad – Control Interno
FECHA: 24 de Marzo de 2021	APROBADO POR: Gerente Empresa Social del Estado.	

