

PROCESO: HOSPITALIZACIÓN. (HPT).

PROCEDIMIENTO: Servicio de Hospitalización.

OBJETIVO GENERAL: Prestar servicios de internación a toda la población del municipio de Concordia Antioquia, que demanden este servicio en la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios para garantizar y/o mejorar el estado de salud de la población, con recurso humano suficiente e idóneo; acompañado de los criterios de oportunidad, accesibilidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

DEFINICIONES O REFERENCIAS:

- **Accesibilidad:** Posibilidad que tiene el Usuario para utilizar los servicios de salud.
- **Acciones de Mejora:** Acción permanente realizada con el fin de aumentar la capacidad para cumplir los requisitos y optimizar el desempeño.
- **Admisión del Paciente:** Es el área del Hospital encargada de organizar, regular y monitorear los ingresos de pacientes que ya están programados y que por ejemplo serán intervenidos quirúrgicamente, que se realizarán alguna práctica, entre otras acciones.
- **Alta:** Es la autorización que otorga un médico a su paciente para que éste se reincorpore a la vida ordinaria y retome sus actividades cotidianas.
- **Auditoría Interna:** Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias que, al evaluarse de manera objetiva, permiten determinar la extensión en que se cumplen los criterios definidos para la auditoría interna.
- **Auxiliar de Enfermería:** Es el profesional sanitario encargado de proporcionar cuidados auxiliares al paciente y actuar sobre las condiciones sanitarias de su entorno bajo la supervisión del diplomado en enfermería o el facultativo médico.
- **Ayudas Diagnósticas:** Son una serie de exámenes y procedimientos que permiten al médico generar un diagnóstico más acertado sobre la salud del paciente, determinar con precisión las causas de alguna enfermedad y tener los argumentos suficientes para tomar decisiones correctas y eficaces que permitan su correcta y pronta recuperación.
- **Bioseguridad:** Es un conjunto de normas, medidas y protocolos que son aplicados en múltiples procedimientos realizados en investigaciones científicas y trabajos docentes con el objetivo de contribuir a la prevención de riesgos o infecciones derivadas de la exposición a agentes potencialmente infecciosos o con cargas significativas de riesgo biológico, químico y/ físicos, como por ejemplo el manejo de residuos especiales, almacenamiento de reactivos y uso de barreras protectoras entre otros.
- **Canalizar: una vía venosa periférica** es una técnica invasiva que nos permite tener una vía permanente al sistema vascular del paciente
- **Consentimiento informado:** Es la autorización que hace una persona con plenas facultades físicas y mentales para que los y las profesionales de la salud puedan realizar un tratamiento o procedimiento.
- **Consulta Médica:** Aquella cita que un paciente, enfermo, realiza con un médico para tratar determinada afección o dolor que padece.
- **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.
- **Contrareferencia,** Es la respuesta que las IPS receptoras de la referencia, dan al organismo o la unidad familiar. La respuesta puede ser la contraremisión del usuario con las debidas indicaciones a seguir o, simplemente, la información sobre la atención recibida por el usuario en una institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.
- **Cuidador principal o primario:** La persona que asume la responsabilidad en la atención, apoyo y cuidados diarios de cualquier tipo de persona enferma.



DEFINICIONES O REFERENCIAS:

- **Dieta:** Alimentación por vía oral con alimentos/ nutrientes adecuados a las necesidades de los pacientes en cada momento y según la patología, que intentan acercarse lo más posible a una alimentación sana y equilibrada.
- **Egreso del paciente:** Es la salida del paciente de la sala de hospitalización a cualquier de los siguientes destinos: la casa, otra institución de salud, otro servicio, alta voluntaria, permiso, fuga o muerte. El egreso del paciente requiere de procedimientos técnicos administrativos para su salida.
- **Egreso por defunción:** Es la salida del Hospital de un paciente internado que ha fallecido y un médico ha firmado el certificado de defunción. El personal de enfermería le proporcionar orientación a los familiares sobre los trámites administrativos.
- **Egreso por fuga:** Es la salida fortuita del establecimiento sin ser oficial ni avisar a personal del hospital.
- **Egreso por mejoría:** Es la salida del establecimiento del paciente una vez que ha terminado su tratamiento, se ha resuelto su problema de salud por el cual acudió y el médico lo da de alta.
- **Egreso por traslado:** Es la salida del paciente del establecimiento cuando se traslada a un Hospital de mayor nivel de complejidad.
- **Egreso voluntario:** Es la salida del Hospital de todo paciente donde el y/o familiares solicitan y firma la de alta voluntaria, siendo conscientes de la condición clínica que padece y sus potenciales consecuencias.
- **Electrocardiograma (EKG):** Es un examen que sirve para registrar el ritmo cardiaco. El EKG sirve para estudiar la actividad del corazón mediante unos electrodos colocados en el pecho, las muñecas y los tobillos. Esta actividad se mide en varios puntos del corazón, llamadas derivaciones, y se registra como una curva para cada una de ellas.
- **Enfermero jefe:** Se encargan de evaluar los problemas de salud del paciente y sus necesidades; desarrollan y ponen en práctica los programas de cuidado y mantienen los registros médicos. Administran asistencia sanitaria a los pacientes enfermos, lesionados, convalecientes o incapacitados.
- **Examen Médico:** Son pruebas que se realizan para conocer la buena salud de la persona, defectos físicos, enfermedades profesionales y otras no detectadas a simple vista para tener una visión más amplia sobre la salud del paciente.
- **Examen de Laboratorio:** Procedimiento médico en el que se analiza una muestra de sangre, orina u otra sustancia del cuerpo. Las pruebas de laboratorio pueden ayudar a determinar un diagnóstico, planificar el tratamiento, verificar si el tratamiento es eficaz o vigilar la enfermedad con el transcurso del tiempo.
- **Evento adverso:** Se define como el daño no intencional o complicación relacionado con la asistencia sanitaria.
- **Guías Clínicas:** El conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática, para ayudar a los clínicos y a los pacientes en el proceso de la toma de decisiones, sobre cuáles son las intervenciones más adecuadas para resolver un problema clínico en unas circunstancias sanitarias específicas.
- **Historia clínica:** Es un documento médico-legal que surge del contacto entre el profesional de la salud (médico, fisioterapeuta, odontólogo, psicólogo, enfermero, podólogo, etc.) y el paciente, donde se recoge la información necesaria para la correcta atención de los pacientes.
- **Hoja de Evolución:** Este es un registro enfocado al seguimiento del paciente. En él se plasma cómo reacciona el paciente, como mejora, como empeora, su evolución en general. El proceso de escritura de la hoja de evolución es diario y se debe ir expresando cada detalle de forma cronológica.
- **Hospitalización:** Ingreso de una persona enferma o herida en un hospital para su examen, diagnóstico, tratamiento y curación por parte del personal médico. Período de tiempo que una persona enferma o herida pasa en un hospital hasta obtener el alta médica.



DEFINICIONES O REFERENCIAS:

- **Indicadores de calidad:** Son instrumentos de medición, de carácter tangible y cuantificable, que permiten evaluar la calidad de los procesos, productos y servicios para asegurar la satisfacción de los clientes. Dicho de otro modo, miden el nivel de cumplimiento de las especificaciones establecidas para una determinada actividad o proceso empresarial.
- **Informe:** Exposición oral o escrita sobre el estado de una cosa o de una persona, sobre las circunstancias que rodean un hecho, etc.
- **Imagenología:** El conjunto de las técnicas y de los procedimientos que permiten obtener imágenes del cuerpo humano con fines clínicos o científicos.
- **Ingreso Hospitalario:** Es la aceptación formal de un paciente por el hospital para su atención médica, observación, tratamiento y recuperación. Todo ingreso al hospital involucra la ocupación de una cama hospitalaria y la mantención de una historia clínica para el registro de todas las atenciones otorgadas.
- **Instituciones prestadoras de servicios - IPS:** Son los hospitales, clínicas, laboratorios, consultorios, etc. que prestan el servicio de salud.
- **Kardex:** No es más que un registro de manera organizada de la información que se tiene en de un determinado paciente en el área de Hospitalización.
- **Los 10 correctos.** Son parámetros utilizados en la administración y dosificación de medicamentos.
- **Material médico quirúrgico:** Son todos aquellos elementos materiales que intervienen en la realización de una intervención quirúrgica.
- **Medicamento:** Es una sustancia con propiedades para el tratamiento o la prevención de enfermedades en los seres humanos.
- **Médico:** Es un profesional que practica la medicina y que intenta mantener y recuperar la salud humana mediante el estudio, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad o lesión del paciente.
- **Monitoreo fetal:** Es un procedimiento que permite evaluar la vitalidad y bienestar fetal a través de los latidos cardíacos del bebé. Indirectamente, permite ver el funcionamiento de la Placenta, que es el órgano vital durante todo el embarazo, porque permite la llegada del oxígeno materno al bebé, necesario para poder vivir dentro del vientre.
- **Necropsia:** Es el estudio de un cadáver o restos humanos con el fin de informar a la autoridad judicial de las causas y circunstancias de su muerte
- **Observación:** Todo paciente con estancia en las salas de hospitalización entre 1 y 5 días.
- **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.
- **Orden Médica:** Es un documento escrito donde el médico prescribe servicios y/o tratamientos para el paciente.
- **Paciente:** La persona que padece físicamente y que, por lo tanto, se encuentra bajo atención médica.
- **Patología:** La rama de la medicina que se enfoca en las enfermedades del ser humano. Como el grupo de síntomas asociadas a una determinada dolencia.
- **Pertinencia:** Garantía que los usuarios reciban los servicios que requieren.
- **Plan de Mejoramiento:** Es su conjunto de acciones que debe adelantar las entidades para fortalecer su desempeño institucional y cumplir con su función, misión y objetivos en los términos de la Constitución, la ley y los compromisos adquiridos con sus grupos de interés.



DEFINICIONES O REFERENCIAS:

- **Protocolos médicos:** Es un documento que describe en resumen el conjunto de procedimientos técnico-médicos necesarios para la atención de una situación específica de salud.
- **Radiografía:** Es la técnica que, a través del uso de rayos X, permite obtener una imagen del interior del organismo.
- **Reacción Adversa:** 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.
- **Referencia:** Se entiende por referencia el envío de pacientes o elementos de ayudas diagnósticas por partes de unidades prestatarias de servicios de salud a otras instituciones de salud para su atención o complementación diagnóstica, que de acuerdo al grado de complejidad de respuesta a las necesidades de salud.
- **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.
- **Signos Vitales:** Son medidas de varias características fisiológicas humanas, generalmente tomadas por profesionales de la salud, para valorar las funciones corporales más básicas. Temperatura, pulso, frecuencia cardíaca, presión arterial y frecuencia respiratoria.
- **Stock de medicamentos:** conjunto de medicamentos almacenados en espera de su utilización, más o menos próxima, para abastecer a uno o varios pacientes.
- **Tratamiento:** Conjunto de medios médicos, quirúrgicos, higiénicos, farmacológicos, etc. con los que se pretende curar una enfermedad o un estado patológico.
- **Traslado Asistencial Básico:** 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.
- **Turnos:** toda forma de organización del trabajo en equipo según la cual los trabajadores ocupan sucesivamente los mismos puestos de trabajo, según un cierto ritmo, continuo o discontinuo, implicando para el trabajador la necesidad de prestar sus servicios en horas diferentes en un período
- **Usuario de la Salud.** es la persona que utiliza y elige los servicios de salud. Debe ser el eje alrededor del cual se organicen las actividades del sistema de salud.

RESPONSABLE (S) DEL PROCEDIMIENTO:

- Enfermero(a) Jefe.
- Médico.
- Auxiliares de la Salud (Enfermería).

CONDICIONES:

- 1) Un usuario que de acuerdo con el Médico requiera del servicio de Hospitalización.
- 2) Orden médica de Hospitalización.
- 3) Se tengan los documentos necesarios, como son documento de identidad, carnet, la orden e historia clínica.
- 4) Que exista un contrato vigente con la institución prestadora de servicios de salud – IPS.
- 5) Que se tenga una disponibilidad inmediata de camas.
- 6) Requerimientos de información de clientes internos y externos.
- 7) Elaboración de la Historia Clínica digital del Paciente.

MATERIALES NECESARIOS:

- Equipos de comunicaciones, cómputo y software.
- Camas Hospitalarias.
- Equipos, instrumentos y materiales del servicio de hospitalización.
- Medicamentos y material médico quirúrgico.
- Historia Clínica.
- Puesto de enfermería.
- Carpeta metálica de enfermería.
- Alimentación.
- Equipos Médicos.



PASOS ESTABLECIDOS EN EL PROCESO - CICLO PHVA			
CICLO	ACTIVIDADES	TAREAS	REGISTROS
P	1. Programar la Hospitalización del paciente.	1.1. Planear los recursos necesarios para la Hospitalización: El enfermero(a) Jefe se encarga establecer las necesidades de personal, cuadros de turnos, stock de medicamentos, guías manuales y protocolos y disponibilidad de camas.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuadro de turnos. ✓ Formato solicitud medicamentos.
		1.2. Revisión del paciente por consulta o por urgencias: El médico(a) de turno procede a realizar la revisión de un usuario bien sea por consulta general o por urgencias y determina si requiere o no la Hospitalización.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Historia Clínica. ✓ Documentos de identificación del usuario. ✓ Hoja de Afiliación a la seguridad social.
		1.3. Orden de traslado a hospitalización: El médico(a) procede a expedir la orden de hospitalización donde especifica en el Módulo de Historia clínica (XENCO) los datos del paciente, Motivo de hospitalización y las Ordenes respectivas.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Historia Clínica actualizada. ✓ Ordenes médicas de hospitalización.
H	2. Realizar la Hospitalización del paciente.	2.1. Realizar la Admisión Hospitalaria: El Enfermero(a) Jefe o Auxiliar de la Salud, procede a recibir el paciente, mediante un saludo amable, lo ubica en la unidad respectiva, le explica las normas del servicio, hace entrega del inventario y registra en el tablero los datos de cada usuario.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Historia Clínica. ✓ Inventario de la Habitación. ✓ Tablero con datos del paciente.
		2.2. Asesorar al Paciente: El Enfermero(a) o Auxiliar área de la salud, procede asesorar al paciente y/o cuidador primario la corresponsabilidad de las medidas de seguridad, así como los riesgos de caídas y de los cuidados higiénicos. Informa al paciente y/o cuidador los recursos disponibles: ropa, sanitarios, horarios de alimentación y funcionamiento de la cama.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ NA
		2.3. Identificación del expediente y carpeta de enfermería: El Enfermero(a) o Auxiliar área de la salud, procede a marcar la carpeta metálica con el nombre del paciente, luego integra a la carpeta los documentos de identidad, los registros clínicos de enfermería y las indicaciones médicas.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Carpeta metálica y de enfermería.
		2.4. Elaboración del Kardex y relación de gastos: El Enfermero(a) jefe o Auxiliar área de la salud, procede a registrar en la Historia Clínica (XENCO) teniendo en cuenta la orden médica, los exámenes de laboratorio, solicitud de otras ayudas diagnósticas, las necesidades de medicamentos, insumos y complementarios, que se requieren en la atención al usuario. También debe elaborar el formulario de relación de gastos del servicio de hospitalización. La tarjeta de Kardex se elabora con base en la historia clínica del paciente y los cuidados de enfermería según la patología del usuario.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Formato relación de gastos del servicio de hospitalización (Original y copia). ✓ Tarjeta de Kardex. ✓ Ordenes de exámenes u otras ayudas diagnosticas
		2.5. Verifica el estado del paciente: El Enfermero(a) o Auxiliar área de la salud procede a verificar signos vitales, estado general del paciente y comenzar con el tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Historia Clínica.
		2.6. Inicia Tratamiento ordenado: El Enfermero(a) o Auxiliar área de la salud, procede a dar el inicio al tratamiento ordenado por el médico. Realizando las siguientes actividades de seguimiento así:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Historia Clínica ✓ Ordenes de exámenes u otras ayudas diagnosticas



CICLO	ACTIVIDADES	TAREAS	REGISTROS
H	2. Realizar la Hospitalización del paciente.	a) Interroga al paciente o acompañante sobre su salud y procede a examinarlo. b) Informan sobre la evolución de la enfermedad, resultados de ayudas diagnósticas o cambios de tratamiento del paciente en el turno, en la habitación del usuario a las 7am y 7pm. c) Escribe en la hoja de evolución el estado del paciente y la conducta a seguir y elaborando órdenes médicas. d) Registre cambios en la historia clínica. e) Se debe realizar el seguimiento diario a la evolución del paciente y hace el registro en la historia clínica e informa al médico sobre las novedades.	✓ Tarjeta de Kardex. ✓ Hoja de evolución del estado del paciente. ✓ Historia clínica.
	3. La Recuperación del paciente.	3.1. Procedimiento especial: El Enfermero(a) o Auxiliar de la salud, procede a preparar el equipo necesario para el procedimiento ordenado por el médico en la hoja de órdenes médicas de la historia clínica siguiendo los siguientes pasos: a) La Enfermero(a) jefe y/o Auxiliar de la salud procede a Informar al paciente y su acompañante el procedimiento a realizar. b) Le entrega y explica sobre la hoja de consentimiento informado y lo hace firmar por el paciente. c) Realiza procedimiento según las normas técnicas, protocolos y guías existentes. d) En caso que se presenta un evento adverso la Auxiliar de la salud debe elaborar el informe de evento adverso e informe al enfermero(a) jefe o al médico(a) de turno. e) El médico(a) o enfermero(a) jefe Evalúa al paciente y decide si cambia el procedimiento o no, e informa a la auxiliar con anotación en la historia. f) Auxiliar área de la salud registra las actividades o procedimientos en la historia clínica y en la relación de gastos. 3.2. Tratamiento con Medicamentos: Auxiliar Área de la salud, procede a realizar las siguientes tareas para brindar los medicamentos a los pacientes hospitalizados: a) Revisa el kárdex y ordenes médicas y lo actualiza de acuerdo a las órdenes. b) Elaborar la relación de gastos de medicamentos y material médico quirúrgico para cada paciente con base en órdenes médicas y Kardex de acuerdo al tratamiento para un periodo de 24 horas. c) Elabora las ordenes de pedidos de medicamentos a la farmacia para su despacho y los materiales médico quirúrgico al almacén. d) Procede a recibir los medicamentos y material médico quirúrgico, lo revisa y si está de acuerdo firma el pedido, en caso de que no se realice el despacho completo deja la constancia de los faltantes. e) Elaborar la relación de gastos de medicamentos y material médico quirúrgico para cada paciente con base en ordenes médicas y Kardex de acuerdo al tratamiento para un periodo de 24 horas. f) Elabora las ordenes de pedidos de medicamentos a la farmacia para su despacho y los materiales médico quirúrgico al almacén.	✓ Ordenes medicas ✓ NA ✓ Consentimiento informado ✓ Guías clínicas ✓ Formato evento adverso ✓ Historia clínica ✓ Historia clínica Relación de gastos ✓ Formato de gastos de medicamentos y material médico quirúrgico ✓ Tarjeta de Kardex ✓ Orden medica ✓ Orden de pedido



CICLO	ACTIVIDADES	TAREAS	REGISTROS
H	3. La Recuperación del paciente.	g) La Auxiliar de la salud almacena la droga en el sitio correspondiente verificando lote fecha de vencimiento, registro de INVIMA. h) En caso que la droga no se tenga en la farmacia se le informa a la familia para su compra y si no es posible su compra se informa al médico(a) de turno para el cambio de medicamento, actualiza el Kardex y vuelve al paso 1 i) Dispone los medicamentos para cada usuario con los 10 correctos. j) La Auxiliar de la salud Suministra los medicamentos a los pacientes teniendo en cuenta los 10 correctos, según ordenes médicas y/o Kardex y aplicando todas las normas de bioseguridad. k) Se realiza seguimiento diario al paciente durante y después del suministro del medicamento. l) En el caso que se presente alguna reacción adversa al medicamento lo suspende y procede a realizar lo siguiente: m) Realiza nota en la historia clínica sobre el tipo de reacción. n) Informa al médico(a) y al enfermero(a) jefe la reacción adversa. o) Evalúa al paciente y decide si suspende, reemplaza o no el medicamento. p) Llene informe de evento adverso. q) El medico(a) realiza nota en la historia clínica, en las Ordenes Médicas, en Hoja de Evolución e informa al enfermero(a) jefe sobre la conducta a seguir. r) La Auxiliar de la salud Modifica el kárdex, hoja de tratamiento según conducta tomada por el médico y registra la novedad en la relación de gastos.	✓ Tarjeta de Kardex ✓ Formula medica ✓ Lista de chequeo 10 correctos. ✓ Historia clínica (notas) ✓ Formato registro medicamento ✓ Formato evento adverso ✓ Ordenes Médicas. ✓ Relación de gastos.
		3.3. Rondas a los pacientes Hospitalizados: El Médico(a), Enfermero(a) o Auxiliar área de la salud, proceden a realizar las siguientes tareas: a) Se saluda al usuario y acompañante amablemente. b) El medico(a) de turno y la auxiliar de enfermería informan al paciente y acompañante sobre la evolución de la enfermedad, resultados de ayudas diagnósticas o cambios de tratamiento. Cuando se realiza la ronda, en la habitación del usuario con un horario de las 7am y 7pm c) Cuando se presenta el cambio de turno el médico(a) Recibe información del enfermero(a) o de la auxiliar de enfermería acerca del usuario y de su evolución. d) El médico(a) interroga al paciente y/o acompañante sobre su salud y lo examina. e) El médico(a) Escribe en la hoja de evolución el estado del paciente y la conducta a seguir y elaborando ordenes médicas. f) El auxiliar de la salud revisa historia clínica sobre conducta a seguir y la lleva a cabo. Actualizando el kárdex e Iniciado tratamiento ordenado o realizando procedimientos.	✓ Historia Clínica ✓ Tarjeta de Kardex
		3.4. Solicitud de exámenes de apoyo diagnostico (RX, EKG y Monitoreo fetal): El médico(a) y/o auxiliar de enfermería de turno proceden a realizar las siguientes tareas:	✓ Ordenes médicas ✓ Historia clínica



CICLO	ACTIVIDADES	TAREAS	REGISTROS
H	3. La Recuperación del paciente.	a) El médico(a) de turno ordena la realización de exámenes de imagenología, Radiografías, electrocardiograma y monitoreo fetal en la hoja de ordenes médicas de la historia clínica b) El médico(a) diligencia el formato de solicitud de examen de imagenología, EKG o monitoreo fetal y lo anexa en la historia clínica. c) El médico(a) informa a la auxiliar de enfermería de la sala, el examen solicitado y este revisa la(s) ordenes en la historia clínica. d) La auxiliar de enfermería procede anota en el kárdex la fecha de solicitud del examen. e) La auxiliar de enfermería notifica al servicio de imagenología y al enfermero(a) encargado de realizar los EKG o monitoreos fetales si es o no urgente. f) La auxiliar de enfermería traslada al paciente a la unidad funcional de Rayos X o a la sala para la toma de EKG o el monitoreo fetal. (Ver proceso de Apoyo Diagnostico. Subproceso Toma de placa RX, y EKG ordenada en hospitalización). g) La auxiliar de enfermería regresa el usuario al servicio de hospitalización. h) Anexa el resultado del examen en la historia clínica e informa al médico(a) tratante y borra del kárdex la solicitud del examen. i) Anota el examen en la relación de gastos	✓ Ordenes médicas ✓ Historia clínica ✓ Tarjeta de Kardex. ✓ Orden de servicio. ✓ Relación de gastos
		3.5. Solicitud de examen de Laboratorio: El médico(a) y/o auxiliar de enfermería de turno proceden a realizar las siguientes tareas: a) El médico(a) de turno ordena la realización del examen de laboratorio en la hoja de ordenes médicas de la historia clínica. b) El médico(a) diligencia el formato de solicitud de examen de laboratorio y lo anexa en la historia clínica. c) El médico(a) informa a la auxiliar de enfermería de la sala, el examen solicitado d) La auxiliar de enfermería revisa la hoja de órdenes médicas de la historia clínica. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el examen es urgente llama y en envía al laboratorio la orden correspondiente. ▪ Si el examen no es urgente, anota en el kárdex los exámenes pendientes para el día siguiente y deja la orden para que sean practicados por el bacteriólogo(a). ▪ Si el examen solicitado debe ser tomado directamente, informa al laboratorio sobre el examen solicitado y escribe en la hoja de evolución la fecha y hora de la toma del examen e) Se Realiza el examen (Ver proceso de Apoyo diagnóstico. Subproceso de Realización de exámenes de laboratorio). f) Recibe resultado de examen de laboratorio y lo anexa a la historia clínica e informa al médico(a) de la llegada del resultado. g) Borra del kárdex la solicitud del examen. h) Registra el examen en la relación de gastos por paciente.	✓ Ordenes médicas. ✓ Historia clínica ✓ Ordenes médicas ✓ Proceso apoyo diagnostico ✓ Relación de gastos



CICLO	ACTIVIDADES	TAREAS	REGISTROS
H	3. La Recuperación del paciente.	<p>3.6. Suministro de Alimentos: El Enfermero(a) o Auxiliar área de la salud, procede a realizar las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) El estudio de conveniencia para la contratación con un particular del suministro de los alimentos para el proceso de hospitalización. (Ver proceso de Contratación) b) Elaboración del pedido de dietas por cada usuario con base en el kárdex y ordenes médicas. c) Elabora tabla y llama al servicio de alimentación. d) Recibe el pedido y verifica que la dieta solicitada sea la despachada. e) Reparten la alimentación a cada paciente de acuerdo con la dieta y en los horarios establecidos. f) Anota en la hoja de evolución la tolerancia o no a la dieta administrada. g) Informe si se presenta alguna novedad (Médico(a) de turno o enfermero(a) Jefe) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estudio de conveniencia ✓ Contrato ✓ Orden medica ✓ Tarjeta de Kardex. ✓ Registro de dietas ✓ Hoja de evolución (nota)
	4. El Egreso del paciente	<p>4.1. Egreso del paciente hospitalizado: La salida del paciente del servicio de Hospitalización se puede presentar por las siguientes causas:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Recuperación del paciente: El medico de turno procede a realizar una evaluación del paciente y determina que el estado es adecuado. Emite la orden de salida mediante la anotación en la Historia clínica. Se diligencian los formatos concernientes a la de alta del paciente en la Historia clínica, cierre de notas y formulas médicas. Se informa al paciente y/o familiares que este se encuentra de alta, se le explica y se entrega la formula médica y se dan recomendaciones. Se traslada la historia clínica a facturación para su liquidación y generación de la orden de salida la cual debe ser presentada al momento de la salida del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recomendaciones. ✓ Formula médica. ✓ Alta en Historia clínica. ✓ Incapacidad si se requiere. ✓ Ordenes de examen si los requiere.
		<ul style="list-style-type: none"> b. Traslado del paciente a otro nivel de complejidad: Cuando los hallazgos clínicos, la complejidad y estado del paciente no tienen solución dentro de la institución se remite a otro nivel donde se estudia y/o se soluciona la patología del mismo. Cuando es admitido el usuario en el sitio de referencia y es confirmado vía telefónica o radio teléfono la disponibilidad del recurso, se debe preparar el usuario para su traslado al nivel requerido de la siguiente manera: Se debe canalizar si es necesario, asearlo y colocarle ropa adecuada, tomar los signos vitales y enviar con la historia clínica (preparación del usuario de acuerdo a la patología remitida). (Ver procedimiento de Referencia y Contrareferencia). c. Retiro voluntario del paciente: El medico se encarga de diligenciar el formato de retiro voluntario del paciente y el paciente procede a firmarlo o si es un menor de edad lo debe firmar la persona responsable. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Procedimiento de Referencia y Contrareferencia. ✓ Historia clínica. ✓ Autorización
			<ul style="list-style-type: none"> ✓ Formato retiro voluntario



CICLO	ACTIVIDADES	TAREAS	REGISTROS
H	4. El Egreso del paciente	<p>Se diligencian los formatos concernientes a la de alta del paciente en la historia clínica, cierre de notas y formulas médicas.</p> <p>Se dan recomendaciones y se entrega formula medica de acuerdo al caso.</p> <p>Se traslada la historia clínica a facturación y los documentos para su liquidación y generación de la orden de salida la cual debe ser presentada al momento de la salida del paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Formato de Retiro Voluntario. ✓ Historia clínica.
		<p>d. Cuando se fuga de la institución: El medico de turno procede a realizar la nota en la historia clínica y en el motivo se coloca fuga.</p> <p>e. Cuando fallece y no requiere necropsia: El medico de turno procede a ratificar la muerte del paciente y diligencia el certificado de defunción de acuerdo a la normatividad vigente dejando registrado en el libro de acta de defunción los datos del cadáver y el serial correspondiente</p> <p>Se diligencian los formatos concernientes a la de alta del paciente por muerte, como cierre de notas con la respectiva revisión de la historia clínica.</p> <p>Se traslada documentación a facturación para su liquidación y generación de la orden de salida la cual debe ser presentada al momento de la salida del paciente.</p> <p>Se realiza entrega de cadáver a familiar para que sea retirado del cuarto de custodia de cadáveres del Hospital.</p> <p>Cuando el paciente ha fallecido por otras causas y requiere necropsia se remite al procedimiento de defunciones (Ver procedimiento de defunciones)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Certificado de defunciones. ✓ Historia clínica. ✓ Alta del paciente. ✓ Procedimiento de Defunciones.
V	5. Realizar el Seguimiento	<p>5.1. Elaborar informes: La Auxiliar de la salud y/o el Enfermero(a) Jefe se encarga de realizar informes mensuales sobre las diferentes actividades realizadas en un periodo de tiempo establecido y pasarlos a la gerencia o enviarlos a los diferentes entes de control que los requieran.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Informe elaborado. ✓ Certificado de envió.
		<p>5.2. Elaborar los Indicadores de calidad: El Enfermero(a) Jefe se encarga de elaborar las fichas técnicas de los indicadores de calidad y los pasa a la gerencia para su análisis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ficha técnica de indicadores ✓ Cuadro de mando del indicador
		<p>5.3. Ejecutar la Auditorías Internas: Los Asesores de Calidad y de Control Interno se encargan de realizar las auditorías internas al proceso y elaboran el informe de auditoría, el cual puede generar un plan de mejoramiento que debe ser presentado al comité de control interno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Informe de auditoría. ✓ Plan de mejoramiento.
A	5. Planes de Mejoramiento	<p>5.1. Tomar las Acciones para la Mejora: El Enfermero(a) Jefe líder del proceso debe comunicar a sus funcionarios los compromisos asumidos mediante el plan de mejoramiento y en compañía de su equipo de trabajo, asegurarse de la toma de las acciones para la mejora propuestas en el plan, así como, de conservar registros de las mismas y el comité de control interno realiza su seguimiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Actas de reuniones. ✓ Formatos de acciones ✓ Plan de mejoramiento



CONTROL DE ACTIVIDADES, PRODUCTOS E INSUMOS			
Puntos de Control	Que se Controla	Como se Controla	Quien lo Controla
Programar la Hospitalización del paciente	Que se cuente con el personal suficiente y capacitado, cuadros de turnos, stock de medicamentos, guías manuales y protocolos y disponibilidad de camas.	Mediante el nombramiento y contratación de personal, en los cuadros de turno, con la adopción e implementación de las guías, manuales y protocolos.	El Enfermero(a) Jefe.
	Que se cuente con la orden de hospitalización donde especifica los datos del paciente, Motivo de hospitalización y las Ordenes respectivas.	Con los datos del paciente registrados en la Historia clínica y la orden de hospitalización que expide el médico.	Medico
Realizar la Hospitalización del paciente	Que se tenga la disponibilidad de las camas en el Hospital.	Con un inventario de camas disponibles.	El Enfermero(a) Jefe.
	Que se realice una adecuada Admisión Hospitalaria.	Verificando la información en la Historia clínica y con una encuesta de satisfacción que se le realice al paciente.	El Enfermero(a) Jefe y Auxiliar de la Salud.
	Que se Verifique el estado del paciente que ingresa al servicio de hospitalización.	Verificar signos vitales, estado general del paciente y los datos	El Enfermero(a) Jefe y Auxiliar de la Salud.
	Que Inicie con el Tratamiento ordenado por el médico.	Registrar en la historia clínica y hoja de seguimiento del paciente sobre la evolución de la enfermedad, resultados de ayudas diagnósticas o cambios de tratamiento del paciente en el turno	Médico, El Enfermero(a) Jefe y Auxiliar de la Salud.
En la Recuperación del paciente	Que se inicie la recuperación del paciente por medio de las siguientes acciones <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento con medicamentos. • Orden de examen de laboratorio • Orden de exámenes de ayudas diagnosticas. • Procedimientos especiales. • Rondas a los pacientes hospitalizados. • Suministro de alimentos. 	Mediante el registro en la Historia clínica de los medicamentos aplicados, los resultados de los exámenes de laboratorio, el resultado del electro, de las radiografías, la dieta alimenticia y las rondas realizadas.	Médico, El Enfermero(a) Jefe y Auxiliar de la Salud.
El Egreso del paciente	Que se realice el egreso del paciente del servicio de hospitalización por las diferentes situaciones: <ul style="list-style-type: none"> • Recuperación del paciente. • Traslado del paciente a otro nivel de complejidad. • Retiro voluntario del paciente. • Cuando se fuga de la institución. • Cuando fallece y no requiere necropsia. 	Emitiendo la orden de salida del médico y se realiza la anotación en la Historia clínica.	Médico, El Enfermero(a) Jefe y Auxiliar de la Salud.
Presentar los informes y los indicadores del proceso.	Que se elaboren los informes e indicadores de acuerdo con las fechas establecidas y presentarlos a la gerencia.	Revisando los informes de gestión y la ficha técnica de los indicadores que debe realizar el líder de proceso.	El Enfermero(a) Jefe



Puntos de Control	Que se Controla	Como se Controla	Quien lo Controla
Auditorías internas al proceso	Que se realicen las auditorías al proceso y se presente el informe de auditoría	Verificando el informe de la auditoría del proceso	Comité de control interno
Planes de Mejoramiento	Que se elabore el plan de mejoramiento con actividades, fechas y responsables.	Verificando el cumplimiento de las acciones de mejora, preventivas y correctivas	Comité de control interno y El Enfermero(a) Jefe

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
2330 - 32	Base de datos usuarios	Personal Archivo Clínico Auxiliares de Salud Enfermero(a) jefe	Archivo de Gestión del área de Hospitalización	En las carpeta de las series documentales y en medio magnético programas de XENCO	Según lo establecido en las TDR 20 años
2330 - 32	Consentimiento informado				
2220 - 06	Factura				
2330 - 32	Fórmulas médicas				
2330 - 16	Historia Clínica				
2330 - 32	Registro clínico				
2330 - 32	Tablero de identificación del paciente				
2330 - 32	Guías clínicas				
2330 - 32	Cuadro de turnos				
2330 - 32	Formato solicitud medicamentos				
2000 - 11	Hoja de Afiliación a la seguridad social				
2330 - 32	Órdenes médicas, medicamentos y ayudas diagnosticas				
2330 - 24	Inventario de la Habitación				
2330 - 32	Carpeta metálica y de enfermería				
2330 - 32	Formato relación de gastos del servicio de hospitalización				
2330 - 32	Tarjeta de Kardex				
2330 - 32	Hoja de evolución del estado del paciente				
2330 - 32	Formato Registro de dietas				
2330 - 32	Formato de eventos adversos				
2330 - 32	Lista de chequeo 10 correctos				
2330 - 32	Orden de pedido a farmacia				
2000 - 11	Contratos				
2330 - 32	Formato de Incapacidad				
2330 - 32	Formato de Retiro Voluntario				
2330 - 32	Certificado de defunciones				
2300 - 22	Ficha técnica de indicadores				



Código del Documento	Nombre del Documento	Responsable de los Documentos	Lugar de Almacenamiento (Protección)	Recuperación del Documento	Tiempo de Retención
2330 - 21	Informes de gestión	Personal Archivo Clínico Auxiliares de Salud Enfermero(a) jefe	Archivo de Gestión del área de Hospitalización	En las carpeta de las series documentales y en medio magnético programas de XENCO	Según lo establecido en las TDR 20 años
2100 - 21	Informe de auditoría				
2330 - 02	Actas de reuniones.				
2330 - 29	Plan de mejoramiento				
2100 - 32	Formatos de acciones preventivas, correctivas y de mejora.				

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
1.0 – 2.016	05/09/2.016	Creación del Documento.
2.0 – 2.019	10/04/2.019	Se presenta un cambio total a todo el proceso. Se cambia la caracterización. Se actualizan todos los formatos, manuales, cuadros y documentos en general.
3.0 – 2.021	24/03/2021	Se actualiza la versión 2.0

PRODUCTO O RESULTADOS ESPERADOS:

1. Un paciente satisfecho con la atención recibida en el servicio de Hospitalización.
2. Historia clínica bien elaborada.
3. Procedimientos realizados con calidad.
4. Trato humanizado a los pacientes y sus acompañantes.
5. Resultado de los exámenes del apoyo diagnóstico.
6. Formulas medicas e incapacidades elaboradas y entregadas a los pacientes cuando se requiera.
7. Ordenes de salida y de defunción.
8. Factura y Liquidación oportuna de los servicios de Hospitalización.
9. Presentación de informe de una forma veraz y oportuna.
10. Informe de resultados de las auditorías internas.
11. Planes de mejoramiento elaborados y ejecutados.

CÓDIGO DEL DOCUMENTO: 2000 - 32	VERSIÓN: 3.0 - 2021	PREPARADO POR: Grupo Calidad – Control Interno
FECHA: 24 de Marzo de 2021	APROBADO POR: Gerente Empresa Social del Estado.	

