

PROCESO: ATENCIÓN DE URGENCIAS (URG)

PROCEDIMIENTO: Atención del Usuario en el Servicio de Urgencias

OBJETIVO GENERAL: Garantizar la atención médica oportuna y con calidad a los usuarios que demanden el servicio de urgencias.

DEFINICIONES O REFERENCIAS:

- **Accesibilidad:** Posibilidad que tiene el Usuario para utilizar los servicios de salud.
- **Anamnesis:** es el procedimiento de la exploración que se realiza durante la primera toma de contacto a través de la entrevista inicial con el objetivo de identificar al paciente, averiguar sus dolencias actuales, su historial y aquellas cuestiones ambientales, familiares y personales más destacables.
- **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.
- **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.
- **Cuadro clínico:** Conjunto de síntomas característicos de una enfermedad que suelen aparecer en las personas que la padecen.
- **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.
- **Hoja de ruta:** es un documento escrito del paciente donde se indica un resumen del proceso de atención de su enfermedad
- **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.



DEFINICIONES O REFERENCIAS:

- **Pertinencia:** Garantía que los usuarios reciban los servicios que requieren.
- **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:** Proceso de solicitud de atención en un nivel de complejidad superior.
- **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
- **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.
- **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.
- Médicos

CONDICIONES:

- Usuario con necesidad de atención, de ser posible, 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, suministros y medicamentos específicos del servicio.
4. Bases de datos de aseguramiento actualizadas.
5. 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 de definidas en el presente procedimiento.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Historia Clínica ✓ Documento de identidad ✓ 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 del Usuario ✓ 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.	
		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, inmuno suprimidos, 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.			



CICLO	ACTIVIDADES	TAREAS	REGISTROS
H	2. Ingreso	<p>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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Historia Clínica ✓ Registro del Usuario ✓ Guía de Clasificación de Urgencias TRIAGE
		<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). 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
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>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Historia Clínica ✓ Procedimiento de Referencia y contra referencia ✓ Órdenes médicas
		<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 se podrán tomar algunas de las siguientes decisiones:</p>	
		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dejar en observación: Usuarios que por su condición clínica de ingreso requieren evaluaciones posteriores luego de la instauración del tratamiento, para modificar, continuar, suspender o implementar nuevas conductas de acuerdo con la evolución clínica. ➤ Solicita ayuda diagnóstica de primer nivel: Diligencia el formato de órdenes de laboratorio y/o rayos X si aplica según la condición clínica del usuario y pertinencia médica. Todo resultado debe ser interpretado y consignado en la historia clínica del usuario. Las muestras de laboratorio para código fucsia se envían al laboratorio con el que se tenga contratación para su procesamiento. Los usuarios cuya condición clínica impida su movilización o que se encuentren en observación se trasladan (ida y regreso) en ambulancia. ➤ Ordena interconsulta especializada: (Ver procedimiento de referencia y contra referencia) en los usuarios que por su condición clínica el médico tratante considere necesario una evaluación especializada para decidir una conducta; éste se transporta en ambulancia. (Ver procedimiento de transporte en ambulancia). 	

Salud Integral para Todos

Nit 890907297-3

Carrera 18 N° 16 - 05 Concordia, Antioquia.

Teléfono 844 61 61 - 844 77 23 - 844 77 22 Fax 844 66 06

hospitalconcordia@gmail.com

CICLO	ACTIVIDADES	TAREAS	REGISTROS
V	3. Atención	<p>➤ Referencia: Usuario que por su condición clínica requiere un nivel de mayor complejidad para su atención. (Ver procedimiento de Referencia).</p>	<p>✓ Historia Clínica ✓ Hoja de Ruta</p>
		3.5. El personal de enfermería verifica en la historia clínica las órdenes médicas, ejecuta las indicaciones de manejo y asumen con responsabilidad el cuidado del paciente; realiza el correspondiente registro en la historia clínica.	
		3.6. Realiza la ronda médica de observación de Urgencias, anamnesis, examen físico, descripción de los hallazgos patológicos, a fin de evaluar el grado de evolución del paciente. Con base en normas técnicas, protocolos de atención y guías de manejo, y según los resultados de la valoración y seguimiento, se solicitan las ayudas diagnósticas necesarias. Diligenciar la Historia Clínica.	
		3.7. Revisa las órdenes médicas y actualiza la ejecución del plan de cuidados de acuerdo a las nuevas instrucciones, si es del caso.	
		3.8. Si posterior a la finalización del tiempo de observación al Paciente aún no se evidencia mejoría clínica, se procede a Hospitalizar. Cuando el Paciente empeora su cuadro clínico, se debe remitir y trasladar al nivel de mayor complejidad correspondiente. Aplicar Hoja de Ruta y procedimiento de Referencia. Si se define que el paciente tiene mejoría del cuadro clínico, se da salida con manejo en servicios ambulatorios Se orienta al Paciente, a su acompañante o a sus familiares, sobre las actividades pertinentes a la conducta definida.	
A	4. Egreso	4.1. Alta por mejoría del usuario: El médico tratante después de efectuado el plan de manejo realiza evaluación clínica, da de alta al usuario y deja registro de la atención, la conducta y el destino final del usuario en la Historia Clínica. Se suministra información sobre los siguientes aspectos	<p>✓ Historia Clínica ✓ Fórmulas médicas ✓ Órdenes de Servicio ✓ Certificado de Defunción</p>
		<ul style="list-style-type: none"> • Dispensación de medicamentos en farmacia e instrucciones para una toma segura. • Procedimiento a seguir para realización de ayudas diagnósticas. • Cuidados en casa e instrucciones sobre alimentación. • Información sobre los SIGNOS DE ALARMA de acuerdo con la patología • Educación pertinente. • Revisión por consulta externa, si aplica, según guías de manejo. • Remisión a programas de Protección Específica y Detección Temprana • Se debe validar y evaluar la comprensión de la información suministrada al usuario y su familia. • El personal de enfermería debe retirar los equipos de soporte y/o tratamiento del usuario. 	



CICLO	ACTIVIDADES	TAREAS	REGISTROS
A	4. Egreso	4.2. Egreso del usuario por muerte: El personal médico verifica la muerte clínica del usuario que está dentro de la institución o que llega a ella y diligencia el certificado de defunción cuando aplica (Se consigna en la historia clínica el número de certificado de defunción, nombre y firma de quien recibe) o solicita la asistencia de la Fiscalía para el levantamiento. <ul style="list-style-type: none"> El personal de enfermería retira equipos de soporte y/o de tratamiento (sondas, venoclisis) y prótesis. Informa a la familia para disposición final del cuerpo. El médico entrega el cadáver y las pertenencias al familiar o a la Fiscalía según sea el caso. El portero/auxiliar de enfermería traslada el cadáver a la morgue o de cadáveres de forma transitoria mientras la familia decide el traslado final. 	✓ Historia Clínica ✓ Fórmulas médicas ✓ Órdenes de Servicio ✓ Certificado de Defunción
		4.3. Facture los procedimientos realizados y le entrega al usuario o a su acudiente la respectiva factura para cancelar en caja. <ul style="list-style-type: none"> Verifique el pago y entrega los documentos de alta médica. Entregue las facturas al personal encargado. 	✓ Historia Clínica ✓ Factura
		4.4. Valide la comprensión de toda la información y si se requiere, asegure el entendimiento de la misma	✓ Historia Clínica

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	Lista de chequeo Con las Auditorías a las Historias Clínicas de los pacientes	Auditor Subgerente Atención al Usuario Médico
Historia Clínica	Diligenciamiento completo, variables de enfoque diferencial		
Registro de Facturación	Diligenciamiento completo, variables de identificación, coherencia con los servicios prestados		

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 Personal Asistencial	Archivo de Gestión del área de urgencias y 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	Registro de TRIAGE				
2330 - 32	Factura				
2330 - 32	Fórmulas médicas				
2330 - 16	Historia Clínica				
2220 - 06	Órdenes de Servicio				
2330 - 32	Certificado de Defunción				
2330 - 32	Registro clínico				



CUADRO DE CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción Cambios
1.0 – 2.021	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 con fórmula médica y resultados u órdenes de exámenes de apoyo diagnóstico explicados.
- 19) Factura y/o pagaré de la atención y procedimientos realizados en el servicio.
- 20) Usuario captado para programas de Protección Específica y Detección Temprana, con boleta de remisión a programas.
- 21) Planilla de demanda inducida diligenciada correctamente.
- 22) 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.

