

	PROCEDIMIENTO PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DEL CUIDADO Y TRATAMIENTO DEL USUARIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	Código: 1130-19-021
		Versión: 8
		Fecha de actualización: 11/Mar/2019

1. OBJETIVO

Planear y ejecutar una atención segura, oportuna y pertinente a los usuarios atendidos en el servicio de Urgencias enmarcada dentro del Modelo de atención.

2. ALCANCE

Este procedimiento es aplicable a todos los usuarios que se encuentran en el servicio de urgencias pendientes de atención, de las diferentes entidades aseguradoras vigentes o usuarios particulares, con el fin de lograr un tratamiento concertado con el usuario y su familia que genere satisfacción.

3. RESPONSABLE

Sub-gerencia Científica, Responsable del Servicio de Urgencias, Médico General, Profesional de Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar de Farmacia, Auxiliar Administrativo.

4. LÍMITES

Inferior: Este procedimiento inicia cuando el usuario ingresa al consultorio para ser atendido por el médico.

Superior: finaliza cuando se evalúa estado del usuario y se determina la conducta a seguir.

5. POLÍTICAS DE OPERACIÓN

- El personal de salud debe estar en permanente comunicación con los acompañantes del usuario para proporcionar información oportuna acerca de la evolución del paciente, además deben estar atentos a resolver las inquietudes presentadas por el usuario y su familia.
- El Médico y el auxiliar de enfermería deben estar disponibles las 24 horas y evitar ausentarse del sitio de trabajo en el horario laboral.
- Realizar oportunamente las fichas de vigilancia epidemiológica a las patologías de notificación obligatoria.
- Hablar en tonos bajos de voz.
- El médico debe tener identificado el consultorio donde está laborando con la placa diseñada para tal fin.
- EL médico debe realizar inventario de los equipos bio médicos y dejar registro en la planilla destinada para tal fin, así como del equipo de computo y las condiciones locativas del consultorio y realizar los reportes necesarios en los aplicativos habilitados por la ESE.

Al iniciar el turno el médico con asignación U1 en el cuadro de turnos debe:

- Hacerse cargo de los usuarios que se encuentren en observación para su respectiva evaluación y toma de decisiones, verificar y tramitar las remisiones pendientes a otros niveles de atención.
- Al iniciar el turno y después de presentarse código azul el médico con asignación U1 debe verificar carro de paros y solicitar reposición de los insumos faltantes, en

las noches el médico con asignación N será el responsable de la revisión y dotación de suministros del carro de paro y durante la semana esta actividad la realizará el enfermero jefe.

El médico con asignación U2 en el cuadro de turnos debe:

- Iniciar la atención de los usuarios que se encuentran en cola de urgencias pendientes de atención médica.
- Estar atentos de las necesidades de los usuarios hospitalizados en el servicio de hospitalización así como de los partos que se presenten.
- El médico con asignación NH será el encargado durante el turno de los usuarios hospitalizados y de la atención de partos. Además es el responsable de la verificación de los carros de paro y maletín de código rojo del servicio de hospitalización.
- El médico que se encuentre en refuerzo debe recibir los pacientes que remitan del servicio de consulta externa.
- El médico encargado del paciente será el responsable de trasladar el usuario en caso de un traslado primario.
- Los pacientes que se remitan del servicio de consulta externa de otras sedes deben ser remitidos en ambulancia.
- Los pacientes que se remitan del servicio de consulta externa para urgencias deben tener en la historia clínica diligenciadas las órdenes de medicamentos, ayudas, diagnósticas y/o la orden de remisión diligenciada.
- El Auxiliar Administrativo debe verificar las remisiones pendientes y que estas hayan sido reportadas al centro regulador de la EPS que pertenezca el usuario.
- El auxiliar de farmacia debe verificar la dotación de insumos y medicamentos del servicio de urgencias.
- El personal de enfermería debe verificar inventario de equipos del servicio de urgencias.
- El personal de enfermería debe verificar en caso que se le hayan custodiado las pertenencias al usuario que se hayan entregado de acuerdo con el protocolo de manejo de pertenencias de los usuarios.
- El personal auxiliar de farmacia y auxiliar de enfermería no deben entregar insumos o ejecutar tratamientos bajo órdenes verbales a excepción de que estos sean para pacientes en código azul o triage 1.
- El personal de enfermería realizará la ronda de detección de necesidades educativas cuando el usuario haya cumplido 2 horas en el servicio de urgencias.
- No se puede realizar mezclas de medicamentos.
- El personal de enfermería debe verificar en la ejecución del tratamiento la aplicación del medicamento correcto, Usuario correcto, Dosis correcta, Vía de administración correcta y hora correcta.
- Todo el personal debe conservar las normas de bio seguridad establecidas.
- Velar por el cumplimiento de las políticas institucionales, guías y protocolos del servicio.
- Los registros de consentimiento informado se archivan en el servicio de urgencias y cada mes deben ser enviados al archivo clínico.
- Las oportunidades de mejora identificadas en el proceso se gestionan de acuerdo a lo establecido en el Modelo de mejoramiento institucional y cuando se requiera se hace uso de la metodología AMEF para la actualización del procedimiento.
- El estándar para oportunidad la atención del usuario clasificado como triage 1 es 0 minutos, triage 2 es 30 minutos y triage 3 es 120 minutos.
- El estándar para la pertinencia en la planeación y ejecución del cuidado y tratamiento es de 90% determinado por medio de la medición de la adherencia a las guías de práctica clínica de las patologías con mayor prevalencia en el servicio y por enfoque de riesgo.
- El estándar de seguridad en la planeación y ejecución del cuidado y tratamiento es de cero eventos adversos relacionados con este procedimiento

6. GENERALIDADES

CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCEDIMIENTO	RECURSOS NECESARIOS
<p>Usuario clasificado de acuerdo con el procedimiento de triage.</p> <p>Usuario registrado y con cargo de atención.</p> <p>Usuario priorizado por grave estado de salud.</p>	<p>Equipo de cómputo con software asistencial y conexión a red interna e Internet.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consultorio Médico dotado de acuerdo a las necesidades del servicio de urgencias. - Elementos de bioseguridad. - Maletín de contingencia - Base de datos de aseguramiento - Teléfono habilitado para llamadas locales y nacionales - Teléfono celular - Camilla y/o silla de ruedas para usuarios con limitación reducida o condición crítica. - Insumos y equipos necesarios para la prestación del servicio en urgencias - Formatos aplicables al procedimiento
BASE LEGAL	PRODUCTOS O RESULTADOS ESPERADOS
<p>Ley 100 de 1993</p> <p>Ley 1438 de 2011</p> <p>Decreto 4747 de 2007</p> <p>Decreto 1101 de 2006</p> <p>Resolución 2003 de 2014</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de cuidado y tratamiento definido y ejecutado en forma segura, oportuna y pertinente acorde con el estado de salud del usuario y las guías establecidas por la institución. - Necesidades y expectativas de educación del usuario y/o familia resueltas por el equipo de salud - Atención médica realizada según las prioridades establecidas y enfoque de riesgo - Situación de salud del usuario definida (Estancia adecuada o pertinente en observación) - Atención registrada en forma pertinente en el software - Usuario y/o familia informados de su diagnóstico, pronóstico, plan de tratamiento, resultados de ayudas diagnósticas, cuidados y evolución. - Usuario y su familia satisfechos con el servicio ofrecido en la ejecución de este procedimiento.

7. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

No	ACTIVIDAD (Debe incluir el cómo)	Responsable	Registro
1	Llamar al usuario por su nombre y apellidos para realizar la atención de urgencias de acuerdo a la cola de triage en el software asistencial e indicar el consultorio al cual se debe dirigir.	Médico General	Software Asistencial
2	Realizar la atención médica y definir el plan de tratamiento a realizar al usuario (procedimientos, medicamentos a aplicar, ayudas diagnósticas, técnicas de aislamiento en caso de ser necesario por su patología, necesidad de inter consulta, observación, hospitalización o remisión), teniendo en cuenta las guías de atención definidas por la institución y dejar registro en la historia clínica.	Médico General	Historia Clínica
3	Concertar con el usuario y su familia todo lo relacionado con el plan de tratamiento y plan diagnóstico que incluye la posibilidad de hospitalización. Informar al usuario y su familia el diagnóstico, plan de tratamiento, pronóstico, y si requiere acompañante o no durante la atención en el servicio.	Médico General	Historia Clínica
4	Entregar el usuario a la Auxiliar de enfermería (dejando registro a quien se le entregó en la historia clínica) para ubicación en el área de urgencias según el tipo de atención que requiera. Registrar al usuario en el formato de Control de Pacientes Enfermería.	Médico General	Formato de Control de Pacientes Enfermería Historia Clínica
5	Ubicar el paciente en camilla de sala de observación o en silla en las salas EDA o IRA teniendo en la condición clínica, diagnóstico y necesidad de aislamiento del usuario. Presentarse por el nombre, indicándole que estará a cargo de su atención, informarle sus derechos y deberes, manejo de residuos hospitalarios y ubicación del timbre de llamado. El auxiliar de enfermería debe colocar al paciente la manilla de identificación con todos los datos. En caso de que el paciente tenga antecedente de alergia a medicamentos, se le debe colocar manilla ROJA marcada con el medicamento al cual es alérgico.	Auxiliar de Enfermería	Manilla de identificación Historia Clínica
6	Previa revisión de las ordenes medicas	Auxiliar de	Historia Clínica

	<p>registradas en la historia clínica y solicitud de medicamentos e insumos al auxiliar de farmacia iniciar la ejecución del plan de cuidado y tratamiento dejando registro de la ejecución en el software asistencial.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administración de medicamentos (Durante la aplicación de medicamentos se debe explicar al usuario y su familia la utilidad de los medicamentos y los efectos adversos más frecuentes de la medicación a administrar y signos de alarma para que sean identificados oportunamente). - Ejecución de procedimientos (Realizar consentimiento informado para los procedimientos que aplique teniendo en cuenta el "Modelo de Consentimiento informado" y registrar el consecutivo del consentimiento en la historia clínica). - Realización de exámenes diagnósticos (Explicar al usuario y/o su familia en los casos que se requiere realizar exámenes, (según la condición), las razones por las cuales se le realizará el examen. - Transportar las muestra al laboratorio clínico. - Recordar al usuario y a su familia los cuidados que se deben tener durante la estancia en el servicio: explicar que si se encuentra en una camilla las barandas siempre deben estar arriba, que si tiene un menor de edad o un adulto mayor, discapacitado o paciente psiquiátrico nunca se debe dejar solo, que le debe exigirle al personal de salud el uso de guantes para y el lavado de manos para la realización de cualquier procedimiento, Que no deben manipular ningún dispositivo biomédico (macro goteros, bombas de infusión, sondas etc.) 	Enfermería	
7	<p>Detectar las necesidades educativa de información y expectativas del usuario y su familia en cuanto a su diagnóstico, plan de tratamiento y posibilidad de mejoría de los usuarios en observación. Realizar retroalimentación al usuario y su familia en cuanto a las necesidades detectadas. Dejar registro en la historia clínica.</p>	Auxiliar de Enfermería	Historia Clínica
8	<p>Revisar resultados de ayudas diagnósticas, evaluar nuevamente el</p>	Médico General	Historia Clínica

	<p>usuario y definir conducta a seguir. Dejar registro en la historia clínica. De todo lo anterior (Explicar al usuario y/o su familia el resultado de laboratorio, evolución y procedimiento a seguir).</p>		
9	<p>Evaluar estado del usuario en observación periódicamente y cuantas veces sea necesario, evaluar a la hora para definir alta u ordenar ingreso a sala de observación, luego evaluar cada 2 horas y a las 6 horas definir la conducta a seguir con el usuario.</p> <p>Dar de Alta: Continuar con el procedimiento 'Salida y seguimiento del usuario del servicio de urgencias'</p> <p>Hospitalizar: Continuar con el procedimiento 'Traslado del usuario del servicio de urgencias a hospitalización'</p> <p>Remitir: Continuar con el procedimiento 'Remisión de usuarios'</p> <p>Dejar registro de cada evaluación y de la conducta a seguir con el usuario en la historia clínica</p>	Médico General	Historia Clínica

8. RIESGOS Y PUNTOS DE CONTROL

Producto no Conforme Potencial	Riesgos Potenciales	Punto de Control	Periodicidad de aplicación de puntos de control	Indicador de Proceso
Atención no pertinente	No adherencia a guías de práctica clínica del servicio de urgencias y a los criterios de ingreso al servicio de urgencias	Auditoria de adherencia a guías de práctica clínica del servicio de urgencias y a los criterios de ingreso al servicio de urgencias	Trimestral	Estancias adecuadas en Observación
Realización de procedimientos sin consentimiento informado	Usuario desinformado no consciente de riesgos y/o beneficios	Auditorias de seguimiento a la aplicación del consentimiento informado Ronda de	Cuatrimestral	Proporción de procedimientos con consentimiento informado en Urgencias. Comprensión de

		Evaluación de Necesidades Educativas		la información entregada para la realización de Procedimientos
Planeación de Cuidado y Tratamiento realizada en forma insegura, inoportuna y no pertinente Adherencia insuficiente a las recomendaciones de las Guías de Atención	Incidentes y/o eventos adversos relacionados con el proceso de atención Estancias inadecuadas	Modelo de Seguimiento a Riesgos Reporte y análisis de eventos adversos y seguimiento a Fallas Revisión de Adherencia a Guías de Atención Revisión de Estancias adecuadas	Mensual y consolidado trimestral y cuatrimestral (guías de atención)	Incidentes y Eventos adversos debidos a falta de adherencia al procedimiento de Planeación y Ejecución del Cuidado y Tratamiento Infecciones Asociadas a la Atención en Salud Problemas relacionados con los Medicamentos Adherencia a Guías de Atención Estancias adecuadas Adherencia a la Ronda de Planeación y Ejecución del Cuidado y Tratamiento
Registros clínicos diligenciados en forma inoportuna y no pertinentes	Problemas de seguridad derivados de falta de información, reprocesos, pérdida de continuidad durante y después de la atención, falta de adherencia a guías de atención y a la historia clínica	Evaluación de adherencia a guías de atención y Registros clínicos	Cuatrimestral	Porcentaje de Adherencia a Guías de Atención Adherencia al correcto diligenciamiento de la historia clínica
No detección de	Usuario y/o	Aplicación de	Diaria con	Evaluación de

Necesidades y expectativas del Usuario y/o su familia No aplicación del Enfoque de Riesgo	familia manejado en forma incorrecta Poca adherencia del usuario y/o su familia al plan de cuidados	la Ronda de Evaluación de Necesidades	correctivos inmediatos y con consolidación trimestral para análisis	Necesidades y Expectativas del Usuario
Usuario y/o familia insatisfechos	Pérdida de fidelización del Usuario Demandas a la institución	Evaluación de Satisfacción del Usuario con el procedimiento	Semanal con consolidación Trimestral	Porcentaje de Satisfacción del Usuario con el servicio brindado

9. DEFINICIONES

Formato de reacciones adversas a medicamentos: Formato para el registro de usuarios que presenten alguna reacción a la administración de algún medicamento en la institución

Formato estadísticas vitales: Certificado de nacido vivo y de defunción.

Protocolo: es un documento en el cual se definen los pasos a seguir para la realización de procedimientos clínicos o administrativos (de obligatorio cumplimiento)

Guía de practica clínica: material de consulta general que sirve de base para planear la atención del usuario.

Formatos anexos: son formatos como encuesta de satisfacción, cartilla de derechos y deberes, volante de manejo de residuos sólidos, material educativo sobre lactancia materna, normas de visita y prohibiciones.

Instructivos: es un documento en el cual se definen los pasos a seguir para la realización de procedimientos clínicos o administrativos (de obligatorio cumplimiento)

Aislamiento: Procedimiento para la utilización de medidas establecidas para evitar la diseminación de enfermedades que puedan transmitirse a otras personas (de acuerdo a la forma de transmisión)

Necesidades del usuario: falta de información (servicios de la institución, copagos), educación (patología del paciente, cuidados en el hogar), expectativas (frente a la enfermedad, curación, tiempo de hospitalización, posibilidad de mejoría)

10. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Políticas institucionales
- Guías y protocolos de urgencias
- Instructivos de enfermería
- Modelo de atención
- Modelo de consentimiento informado
- Modelo integral de seguimiento a riesgos
- Manual de funciones y competencias
- Manual de servicio al cliente
- Manual de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios
- Manual para la toma y transporte de muestras de laboratorio

- Manual de almacenamiento de insumos hospitalarios
- Programa de Fidelización
- Política de Seguridad y Salud en el Trabajo
- Instructivo de entrega de turnos del personal médico y de enfermería
- Procedimiento Pedido y devolución de medicamento al servicio farmacéutico
- Procedimiento Pedido de insumos al área de almacén

11. FORMATOS

[REGISTRO DE RESULTADOS PATOLOGICOS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA](#)

[CONTROL DIARIO DEL CARRO DE REANIMACION SERVICIO DE URGENCIAS](#)

[KARDEX DE ENFERMERIA](#)

[CONTROL DIARIO DE ALIMENTACIÓN DE PACIENTES EN URGENICAS](#)

[DERECHOS Y DEBERES PARA COLOREAR](#)

- Formato para el reporte de eventos adversos
- Formatos que hacen parte del maletín de contingencia
- Formatos de vigilancia epidemiológica
- Formato para el control diario del carro de reanimación
- Formato para el manejo de pertenencias del usuario
- Formato para la realización del Kardex de enfermería
- Formato de escucha activa

HISTORIAL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	RAZÓN DE LA ACTUALIZACIÓN
7	24/Ene/2014	La versión 07 del presente documento se realiza por Resolución 123 de 2012, nuevos estándares de acreditación.
8	08/Mar/2019	Se ajustan actividades a 9 eran 19 Se eliminan 2 últimas actividades que pertenecen al modelo de seguimiento a riesgos y de mejoramiento Se ajusta el enfoque de riesgo de acuerdo con los resultados esperados, al igual que los indicadores y mecanismos de control

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Coordinación Médica Cargo: Coordinadora Médica Fecha: 20/Dic/2018	Nombre: Líder de calidad Cargo: Líder de Calidad Fecha: 11/Mar/2019	Nombre: Gerente Cargo: Gerente Fecha: 11/Mar/2019