



ACTA DE REUNIONES

Fecha:	19 y 29 de octubre 2021	Hora inicio	8:00	Hora de terminación	17:00	N° de acta	001
---------------	-------------------------	--------------------	------	----------------------------	-------	-------------------	-----

Sede:	Hospital Mario Correa	Tipo de reunión:	Auditoria de seguridad del paciente en hospital Mario Correa.
--------------	-----------------------	-------------------------	---

1. Asistentes a la reunión

N°	Nombre	Cargo
1	Estefanía Arcila	Enfermera Jefe de Seguridad del paciente
2	Edith Carolina Velasquez Giraldo	Profesional Junior de auditoria de calidad
3	Luz Ángela Ramírez Fajardo	Profesional Junior de auditoria de calidad

2. Agenda de la reunión

N°	Tema	Tiempo
1	Apertura de la reunión y presentación	1 minuto
2	Socialización de situación actual	20 minutos
3	Conclusiones y acuerdos	10 minutos

3. Desarrollo de los temas de acuerdo a la agenda

Se da inicio a la reunión con representante de HOSPITAL MARIO CORREA, Jefe Estefania Arcila, y la profesional de Auditoria de Calidad de Luz Ángela Ramírez Fajardo de ASMET SALUD EPS SAS. Con el fin de realizar auditoria del programa seguridad del paciente; con el fin de contribuir al mejoramiento continuo de los procesos.

4. Temas varios:

Primer aspecto: La EPS ASMETSALUD, tiene como objetivo organizacional la mejora continuada de los procesos, dentro de este se incluye la prestación efectiva y de calidad a nuestros usuarios. Es por esto que se realiza el relacionamiento con la red prestadora de servicios, en este caso enablamos reunión con la IPS HOSPITAL MARIO CORREA, para auditar el programa de seguridad del paciente y las practicas seguras.

Segundo aspecto: El objetivo del acercamiento es poder realizar verificación del programa de seguridad del paciente

Elabora por: Profesional de Calidad	Revisado por: Profesional Calidad	Aprobado por: Vicepresidente Planeación y Riesgos Corp.
SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD		Aprobado en febrero de 2020 1



MACROPROCESO PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO
 PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
 MODELO ACTA DE REUNIONES
 PD-DE-F-14 Ver 1

Tercer aspecto: Se realiza auditoria papel de trabajo verificación implementación prácticas seguras ips; a continuación se anexa papel de trabajo desarrollado en el programa de seguridad del paciente.

FORMATO DE AUDITORÍA A LA IMPLEMENTACION DE LAS BUENAS PRACTICAS SEGURAS		
ESTANDAR	CUMPLE	OBSERVACIONES
1. CONTAR CON UN PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUE PROVEA UNA ADECUADA CAJA DE HERRAMIENTAS PARA LA IDENTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS QUE INCLUYA COMO MÍNIMO:		
1.1 Planeación Estratégica De La Seguridad:		
Evidencia del compromiso de la alta Dirección de forma explícita a través de una política de seguridad que cumpla lineamientos nacionales (Propósitos, sistema institucional de reporte de incidentes y eventos adversos, referente o equipo funcional líder del programa de seguridad de pacientes, estrategias de sensibilización y capacitación institucionales, homologación de conceptos de la seguridad de pacientes, integración con otras políticas y con la planeación estratégica, participación del paciente y su familia)	1	programa de seguridad del paciente y se encuentran incluidas en el programa las buenas practicas.
Evidencia de la existencia de un referente y/o equipo funcional para la Seguridad de Pacientes, cuyas funciones principales son relacionadas con la gestión de la seguridad de pacientes y socialización en la entidad	1	cuenta con lider es la Jefe Estefania Arcila y una auxiliar de enfermeria Tatiana franco
Evidencia de la existencia y operación periódica de un Comité de Seguridad de Pacientes que repose en actas. El comité cuenta con unos integrantes mínimos permanentes, entre los que se cuenta un referente de la seguridad del paciente, un colaborador tomador de decisiones de los procesos misionales y de los procesos administrativos o en su defecto, un colaborador que pueda canalizar efectivamente las decisiones a tomar, un referente de la gestión de calidad de la IPS. Como invitados al comité se cuenta con representantes operativos de los servicios en donde ocurrieron las fallas que se van a analizar (incluir a representantes de los servicios tercerizados o proveedores relacionados con el evento adverso)	1	se realizan comites mensuales y se suben al sistema informatico que se llama panacea. Se cuenta con cronograma anual para la realizacion de los comité.
1.2 Fortalecimiento De La Cultura Institucional		
Cuenta y se evidencia la socialización del tema básico de Seguridad del Paciente en los colaboradores de la entidad (política de seguridad institucional, taxonomía, sistema de reporte de fallas en la atención, metodología institucional de análisis de causas de los incidentes o eventos adversos). La política establecida por la institución promueve un entorno no punitivo.	1	por parte de talento humano se realiza induccion a los colaboradores que ingresan nuevos a la ips. Tambien desde el area de claidad se realiza
1.3 Medición, Reporte , Análisis, Y Gestión De Los Eventos Adversos		
Definición y operación del Sistema de Reporte de las fallas en la atención en salud: Incidentes y/o Evento Adverso. Incluye sensibilización del sistema de reporte en la institución.	1	se cuenta con el sistema de informacion llamado panacea
Cuenta con un proceso para el reporte de eventos adversos que incluye: - Qué se debe reportar - A quien se le reporta -Cómo se reporta - A través de que medios. - Cuando se reporta. - Como se asegura la confidencialidad del reporte. - Si se trata de solo auto reporte o puede existir el reporte por otros. - El proceso de análisis del reporte y retroalimentación a quien reportó. - Cómo se estimula el reporte en la institución.	1	se cuenta con el sistema de informacion llamado panasea, del proceso de notificacion o reporte, cualquier usuario ya sea adminsitrativo o asistencial puede notificarlo desde hace 3 años
Definición e implementación de un sistema de análisis de causa de las fallas en la atención en salud (El "Protocolo de Londres" es la metodología utilizada ampliamente en Colombia y la mas recomendada).	1	se realiza por medio de la espina de pescado.
El sistema de análisis de causa de las fallas de la atencion en salud Incluyen la definición de acciones de mejoramiento o barreras de seguridad para las causas de mayor impacto y probabilidad. Para las IPS, éste análisis debe realizarse en el marco del Comité de Seguridad	1	se revisa en cada comité según los casos que se presenten.

Elabora por: Profesional de Calidad	Revisado por: Profesional Calidad	Aprobado por: Vicepresidente Planeación y Riesgos Corp.
SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD		Aprobado en febrero de 2020 2



**MACROPROCESO PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO
PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
MODELO ACTA DE REUNIONES
PD-DE-F-14 Ver 1**

1.2 Fortalecimiento De La Cultura Institucional		
Cuenta y se evidencia la socialización del tema básico de Seguridad del Paciente en los colaboradores de la entidad (política de seguridad institucional, taxonomía, sistema de reporte de fallas en la atención, metodología institucional de análisis de causas de los incidentes o eventos adversos). La política establecida por la institución promueve un entorno no punitivo.	1	por parte de talento humano se realiza induccion a los colaboradores que ingresan nuevos a la ips. Tambien desde el area de claidad se realiza
1.3 Medición, Reporte , Análisis, Y Gestión De Los Eventos Adversos		
Definición y operación del Sistema de Reporte de las fallas en la atención en salud: Incidentes y/o Evento Adverso. Incluye sensibilización del sistema de reporte en la institución.	1	se cuenta con el sistema de informacion llamado panacea
Cuenta con un proceso para el reporte de eventos adversos que incluye: - Qué se debe reportar - A quien se le reporta -Cómo se reporta - A través de que medios. - Cuando se reporta. - Como se asegura la confidencialidad del reporte. - Si se trata de solo auto reporte o puede existir el reporte por otros. - El proceso de análisis del reporte y retroalimentación a quien reportó. - Cómo se estimula el reporte en la institución.	1	se cuenta con el sistema de informacion llamado panacea, del proceso de notificacion o reporte, cualquier usuario ya sea administrativo o asistencial puede notificarlo desde hace 3 años
Definición e implementación de un sistema de análisis de causa de las fallas en la atención en salud (El "Protocolo de Londres" es la metodología utilizada ampliamente en Colombia y la mas recomendada).	1	se realiza por medio de la espina de pescado.
El sistema de análisis de causa de las fallas de la atencion en salud Incluyen la definición de acciones de mejoramiento o barreras de seguridad para las causas de mayor impacto y probabilidad. Para las IPS, éste análisis debe realizarse en el marco del Comité de Seguridad	1	se revisa en cada comité según los casos que se presenten.

1.5 Coordinación de procedimientos y acciones recíprocas de los programas de seguridad del paciente entre asegurador y prestador		
<u>Procedimientos de referencia de pacientes:</u> La IPS a definido, implementado y realizado el seguimiento a los procedimientos que aseguren que los pacientes que requieren atención de manera urgente, no sean referidos a otros centros sin que éstos garanticen, previamente su atención	1	se articula con area de referencia y contrareferencia. Siendo el programa de seguridad del paciente es trasversal con las
<u>Procedimientos para la autorización de servicios:</u> La IPS a definido, implementado y realizado el seguimiento a los procedimientos que garanticen la realización oportuna de procedimientos y hospitalización.	1	se lleva acabo en el servicio por medio de anexos, y se notifica a la eps, y posterior a la autorizacion y luego se solicita la cita por
<u>Análisis y medición de los tiempos de espera relacionados con la seguridad del paciente:</u> La IPS tiene establecidos mecanismos para medir, analizar y tomar acciones con respecto a los tiempos de espera en la prestación de los servicios de salud que afecte la seguridad de los pacientes.	1	Se realiza la trasabilidad por medio de revision de indicadores de oportunidad. En cada una de las areas de medios
<u>Seguridad en la entrega de medicamentos POS y no POS:</u> La IPS tiene implementado y hace seguimiento a procedimientos que aseguren la oportunidad de entrega de medicamentos POS y no POS.	0	para la entrega ambulatorio no aplica.se entregan en la ips las solicitudes, pero se da inicio de diligenciamiento de los mipress
1.6 Estandarización de procedimientos de atención. La IPS ha diseñado y auditado los procedimientos de puerta de entrada que garanticen la seguridad del paciente		
Cuentan y hacen seguimiento a procedimientos que garanticen que el paciente sea atendido de acuerdo con la prioridad que requiera su enfermedad o condición.	1	en el proceso de atencion del usuario se cuentan con prioridad para la atencion
Cuentan y hacen seguimiento a procedimientos que eviten la no atención del paciente con remisión a otros centros sin estabilización de sus condiciones clínicas.	1	primero se estabiliza de acuerdo con la complejidad del caso y luego se traslada,
3. Se entregara en medio magnetico a la persona o equipo que recibio la visita de calidad el Formato de Auditoria (formato en excel), los cuales tendran 2 dias hábiles para realizar aclaraciones y ajustes, siempre y cuando estos sean soportados y se encuentren acordes a las políticas de Calidad de ASMET SALUD EPS SAS y la normatividad en salud vigente.	1	
Cuentan y hacen seguimiento a procedimientos que prevengan los errores en la determinación de la condición clínica del paciente y que puedan someterlo a dilaciones o manejos equivocados.	1	se encuentran dentro del programa, y adicional se realiza revision de casos
La IPS tiene definidas las competencias del personal, dentro de los perfiles de cada cargo, en donde se defina las actividades que puedan realizar de acuerdo a su conocimiento y habilidades.	0	es manejada desde talento humano, para el analisis de los perfiles del cargo. Pero el

Elabora por: Profesional de Calidad	Revisado por: Profesional Calidad	Aprobado por: Vicepresidente Planeación y Riesgos Corp.
SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD		Aprobado en febrero de 2020 3



MACROPROCESO PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO
 PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
 MODELO ACTA DE REUNIONES
 PD-DE-F-14 Ver 1

17. Prevención de la malnutrición o desnutrición		
La IPS ha identificado fallas en la atención relacionadas con los procesos nutricionales, tanto ambulatorios como hospitalarios.	1	Se registra en historia clínica y en area en urgencias y hospitalaria. En ambulatorios
La IPS dentro de sus procesos y o protocolos ha definido acciones encaminadas a garantizar la administración correcta del soporte nutricional, la indicación adecuada de dietas para pacientes ambulatorios y la educación al paciente.	1	
18. Practicas para mejorar la actuación de los profesionales		
La IPS Gestiona y desarrolla acciones que fomenten la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes.	1	
La IPS Gestiona y desarrolla acciones que garanticen la prevención del cansancio en el personal de salud, tales como, definición de la proporción pacientes en relación al personal de Salud que presta servicios, asignación de horas de jornada laboral, prevención del trabajo en jornadas continuas entre instituciones que superen los límites máximos recomendados.	1	
La IPS Garantiza la funcionalidad de los procedimientos de Consentimiento Informado	1	protocolos de consentimientos informados, y se cuenta con 6 consentimientos.
La IPS ha establecido pautas claras para el proceso docente asistencial definiendo responsabilidades éticas y legales entre las partes. Cuenta con comité docente asistencial. <i>Este parámetro se evalua en la verificación del estandar de talento humano.</i>	1	se cuentan con convenios docencia/ servicio.
19. Participación del paciente y su familia		
Se educa al paciente y su familia en acciones que promuevan su autocuidado y la seguridad del paciente durante el proceso de atención. Esto queda registrado en la Historia clínica.	1	
La institución ha establecido acciones colaborativas de pacientes y sus familias para promover la seguridad de la atención.	1	se brinda educacion durante las rondas de seguridad, con diferenstes temas;

Se obtiene un cumplimiento del 100%, según el papel de trabajo desarrollado de prácticas seguras.

TOTAL CUMPLIMIENTO PRACTICAS SEGURAS	ITEM APLICABLES	ITEM QUE CUMPLEN	% CUMPLIMIENTO
	77	77	100%



MACROPROCESO PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO
 PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
 MODELO ACTA DE REUNIONES
 PD-DE-F-14 Ver 1

Se adjunta el programa de seguridad del paciente actualizado.

		E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD		
SUBPROCESO	SEGURIDAD DEL PACIENTE		
PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE			
 PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE			
EJES TEMÁTICOS DE LA ACREDITACIÓN			
TRANSFORMACIÓN CULTURAL PERMANENTE 	MEJORAMIENTO CONTINUO 	GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA 	
ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO 	GESTIÓN DEL RIESGO 	RESPONSABILIDAD SOCIAL 	
HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD 	GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA 		
SANTIAGO DE CALI, MAYO 2020			
Código GCAL-PRO-012-01	Versión 06	Página 1 de 94	Vigencia Mayo 2020

		E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD		
SUBPROCESO	SEGURIDAD DEL PACIENTE		
PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE			

1. POLÍTICA INSTITUCIONAL

POLITICA DE FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL, SIMPLIFICACION DE PROCESOS, CALIDAD Y SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL.

Mejorar los procesos internos que permitan atender las necesidades de los usuarios con mayor agilidad, accesibilidad, oportunidad, pertinencia, continuidad y seguridad, adecuando las funciones y competencias de los colaboradores, adecuando la operación de la organización en cuanto a la estructura organizacional, el suministro oportuno de recursos físicos y servicios internos, evaluando los resultados de cada uno de los procesos y estableciendo planes de mejoramiento según las desviaciones encontradas que conduzcan al logro de los objetivos organizacionales y la satisfacción de las partes interesadas.

POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITAL MARIO CORREA RENGIFO

El Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E. Propende por la consolidación de un entorno seguro para los pacientes, en donde el riesgo de ocurrencia de un evento adverso sea minimizado a partir del proceso de atención, de la implementación de barreras de seguridad eficientes y de la consolidación de una cultura institucional proactiva de prevención, implementando gestión del riesgo, practicas seguras, reporte de incidentes, contribuyendo así al aprendizaje organizacional y construyendo una alianza con los diferentes actores institucionales, paciente y su familia.

2. OBJETIVO

Establecer un plan de trabajo para promover, gestionar, e implementar prácticas seguras de la atención en salud; para apoyar la Política de Seguridad del Paciente del Hospital departamental Mario Correa Rengifo, estableciendo los mecanismos para responder con eficacia y de forma proactiva a los problemas de seguridad de los pacientes, reducir riesgos y errores con el fin de que exista mejora continua.

3. ALCANCE

Este programa es de aplicación para todo el equipo multidisciplinario que participa en la atención asistencial y administrativa del usuario y su familia del Hospital departamental Mario Correa Rengifo.

Código GCAL-PRO-012-01	Versión 06	Página 7 de 94	Vigencia Mayo 2020
---------------------------	---------------	-------------------	-----------------------

Elabora por: Profesional de Calidad	Revisado por: Profesional Calidad	Aprobado por: Vicepresidente Planeación y Riesgos Corp.
SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD		Aprobado en febrero de 2020 5



MACROPROCESO PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO
 PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
 MODELO ACTA DE REUNIONES
 PD-DE-F-14 Ver 1

E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
SUBPROCESO	SEGURIDAD DEL PACIENTE
PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	

El programa incluye una serie de prácticas disponibles en la literatura médica que son reconocidas como **BUENAS PRÁCTICAS** que incrementan la seguridad de los pacientes, además ayudan a prevenir y evitar la incidencia de Eventos adversos en la institución.

No aplican las prácticas de binomio madre/ hijo debido a que en la institución no contamos con servicio de maternidad.

4. NORMATIVA

- **DECRETO 1011 DE 2006:**
 Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Éste se define como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud, para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. Este sistema propende por proteger la vida y garantizar la salud de la población, y en él los temas de competitividad entre proveedores se incorporan como incentivos para el mejoramiento de la calidad de la prestación del servicio.
- **RESOLUCIÓN 1043 DE 2006:**
 Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.
- **RESOLUCIÓN 1446 DE 2006:**
 Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
- **LINEAMIENTOS SEGURIDAD DEL PACIENTE (MINISTERIO DE SALUD)- JUNIO DE 2008:**
 Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.
- **GUÍA TÉCNICA DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD:**
 El propósito de esta guía es brindar a las instituciones recomendaciones técnicas, para la operativización e implementación práctica en sus procesos asistenciales.

Código: GCAL-PRO-012-01 Versión: 06 Página: 8 de 94 Vigencia: Mayo 2020



Gerencia:
 Liderar la gestión estratégica, dirigiendo y coordinando a las distintas áreas para asegurar la rentabilidad, competitividad, continuidad y sustentabilidad de la empresa, cumpliendo con los lineamientos estratégicos del directorio y las normativas y reglamentos vigentes.

Subdirección clínica:
 Planear, organizar, supervisar y evaluar la gestión científica y asistencial de la institución; las actividades del personal médico, académico y asistencial; ejecutar las políticas en materia de asistencia médica y desarrollar los estudios e investigaciones que identifiquen y busquen soluciones a las necesidades en materia de salud en el área de influencia.

Seguridad del paciente:
 Su función es generar estrategias tendientes a identificar y evitar la ocurrencia de fallas o errores en los procesos de atención de salud y de disminuir el impacto en caso en que éstos se produjesen.

Código: GCAL-PRO-012-01 Versión: 06 Página: 14 de 94 Vigencia: Mayo 2020

Elabora por: Profesional de Calidad	Revisado por: Profesional Calidad	Aprobado por: Vicepresidente Planeación y Riesgos Corp.
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en febrero de 2020 6



MACROPROCESO PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO
 PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
 MODELO ACTA DE REUNIONES
 PD-DE-F-14 Ver 1

	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD
	SUBPROCESO	SEGURIDAD DEL PACIENTE
PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		

Cove: su función es crear estrategias de prevención y control de las infecciones intrahospitalarias. Evalúan la situación local de las infecciones intrahospitalarias y presentan propuestas para solucionar los problemas al Consejo de Evaluación de la Calidad y este a su vez a la Dirección del hospital.

Tecnovigilancia:
 Es una herramienta indispensable para el control y vigilancia de los productos médicos, ya que permite la detección temprana de eventos adversos y/o inesperados de dichos productos en la etapa de uso de extendido de los mismos, así como también facilita la percepción de fallas de calidad.

Hemovigilancia:
 Garantizar la supervisión en tiempo real, de los eventos notificados por las instituciones participantes para llevar los registros sistemáticos de los casos clínicos e introducir medidas preventivas y correctivas, que mejoren el perfil de seguridad de toda la cadena transfusional.

Reactivovigilancia:
 La vigilancia sanitaria de los reactivos de diagnóstico in vitro se lleva a cabo a lo largo de toda la cadena productiva. Durante la fase premercado, se realiza la evaluación de los requisitos legales y técnicos frente a la seguridad y eficacia de los productos para otorgar el registro sanitario o permiso de comercialización por parte del Invima.

Farmacovigilancia:
 La farmacovigilancia se considera como una más de las actividades de la salud pública, destinada a la detección, identificación, cuantificación, evaluación y prevención de los posibles riesgos derivados del uso de los medicamentos en humanos. Por lo tanto, es una actividad de responsabilidad compartida entre todos los agentes relacionados con el medicamento: instituciones y organismos del Sistema Nacional de Salud, profesionales de la salud, centros de investigación clínica, titulares del registro sanitario, distribuidores y comercializadores de los medicamentos, incluyendo vacunas, así como de los remedios herbolarios, que se utilicen en el tratamiento de seres humanos.

7.2. PRINCIPIOS ORIENTADORES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Se deben establecer unos principios dentro del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo, que orienten todas las acciones a implementar en la Política de Seguridad del Paciente. Estos principios son:

Código GCAL-PRO-012-01	Versión 06	Página 15 de 94	Vigencia Mayo 2020
---------------------------	---------------	--------------------	-----------------------

Se adjuntan evidencias de los comités de seguridad del paciente de IPS Hospital Mario Correa, de los meses de julio, agosto y septiembre del presente año.

Julio 2021

	Acta de comité		ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO		NTT 890399047 - CR 78 OESTE 2A 3180020 Cali Colombia		
	www.hospitalmariocorrea.gov.co		Habilitación No. 760010395401				
NOMBRE DEL COMITÉ	COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO DE LA REUNIÓN	SEGRA40				
FECHA/HORA INICIO	10/08/2021 09:30:00 a. m.	FECHA/HORA FINALIZACIÓN	10/08/2021 09:38:00 a. m.				
		EXTRAORDINARIO	SI				
TEMA DE LA REUNIÓN	COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL MES DE JULIO REALIZADO EL DIA VIERNES 6 DE AGOSTO 2021 HORA 2PM A 4PM						
INTEGRANTES DE LA REUNIÓN							
NOMBRE	ROL INTERNO	ROL EN COMITÉ	APROBÓ	OBSERVACIONES	ASISTIÓ	FIRMA	MOTIVO INASISTENCIA
ADRIANA ELISA MEDINA CARDONA	COORDINADOR HOME	invitado	No		SI		
BONNY YANETH LOBATON SINISTERRA	COORDINADOR	invitado	No		SI		
DANIELA GALVAN OROZCO	COORDINADOR	invitado	No		SI		

Elabora por: Profesional de Calidad	Revisado por: Profesional Calidad	Aprobado por: Vicepresidente Planeación y Riesgos Corp.
SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD		Aprobado en febrero de 2020 7



**MACROPROCESO PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO
PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
MODELO ACTA DE REUNIONES
PD-DE-F-14 Ver 1**

DIEGO ANDRES INFANTE CRUZ	COORDINADOR	invitado	No		Si	
ESTEFANIA ARCILA VARGAS	COORDINADOR	invitado	Si	OK	Si	
GABBY SUSANA HEREDIA RUIZ	ENFERMERAS	invitado	No		Si	
JUAN CARLOS CADAVID BONILLA	COORDINADOR	invitado	No		Si	
JUAN CARLOS MARTINEZ GUTIERREZ	GERENCIAL	invitado	No		Si	
MARTA LUCIA RIOS ARIAS	COORDINADOR	invitado	No		Si	
MELBI XIOMARA BALTAN ALEGRIA	AMBULATORIOS	invitado	No		Si	

DESCRIPCIÓN	OBSERVACIONES	CONCLUSIONES
1. SE REALIZA LA PRESENTACION DE LOS EVENTOS ADVERSOS 2. INDICADORES DE CUMPLIMIENTO DE CADAS, 3. REVISION DE INCIDENTES REPETITIVOS		
4. REVISION DE INDICADOR DE PLAN DE MEJORA DE EVENTO	SE ENVIARA A CADA UNA DE LAS LIDERES DE PROCESO EL PLAN DE MEJORA DE LOS EVENTOS PARA SEGUIMIENTO MENSUAL Y TAMBIEN EL PLAN DE MEJORA DE LAS AUDITORIAS REALIZADAS CON LOS HALLAZGOS MAS REPETITIVOS.	
5. REVISION DE LOS PROGRAMAS DE TECNOVIGILANCIA, FAR	SE GENERA COMO TAREA PARA EL PROXIMO MES REALIZAR LA RETROALIMENTACION DESDE EL PROGRAMA DE TECNOVIGILANCIA Y FARMACOVIGILANCIA EL REPORTE DE LOS POSIBLES EVENTOS O FALLAS EN EL SERVICIO PARA QUE SEAN REPORTADOS AL PROGRAMA Y REALIZAR SEGUIMIENTO. REVISAR CON LOS LIDERES DE PROCESO Y SEGURIDAD Y SALUD EN	

InfActaDesarrolloComite

FECHA DE REGISTRO	DESCRIPCIÓN	CONCLUSIÓN DEL COMITÉ	EXTRAORDINARIO

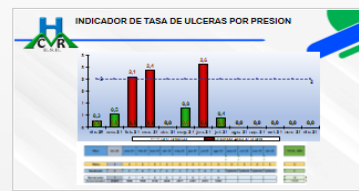
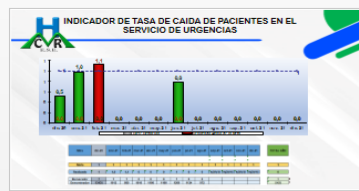
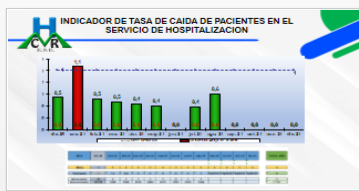
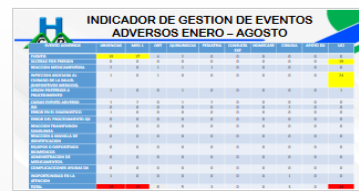
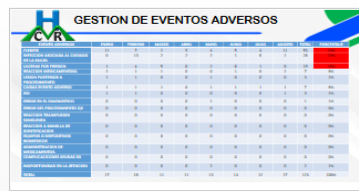
OBSERVACIONES

CONCLUSIONES
SE LOGRO LLEVAR A CABO EL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CON LA PARTICIPACION DE LOS LIDERES DE PROCESO

DESCRIPCIÓN TAREA	RESPONSABLE	FECHA LÍMITE	PLAN DE MEJORA	INDICADOR DE CALIDAD

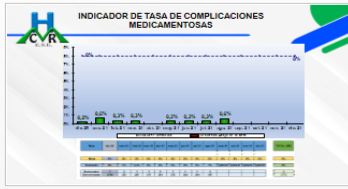
InfActaDesarrolloComite

Agosto 2021





MACROPROCESO PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO
 PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
 MODELO ACTA DE REUNIONES
 PD-DE-F-14 Ver 1



7



8



9

INDICADOR DE CARRO DE PARO

CASOS

En su mayoría con los registros en día del control diario y de distribución, con un control con medicamentos e insumos que deben controlarse de acuerdo a la lista de control debido a que no se están siguiendo los procedimientos y se han ido creando para algunos medicamentos del servicio al no contar con este o en su defecto faltando en la lista con fechas de mayor tiempo de conservación. Los líderes de proceso han realizado las respectivas gestiones para que se promueva y se generen en cada momento como de parte.

10

Septiembre 2021

 www.hospitalmario.com 3180020	Acta de comité		ESE HOSPITAL MIT 89039047 - 8 CR 79 OESTE 2A 318028 Calif Colombia				
	NOMBRE DEL COMITÉ	COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	CÓDIGO DE LA REUNIÓN	SEGPA41			
FECHA/HORA INICIO	10/09/2021 03:15:00 p. m.	FECHA/HORA FINALIZACIÓN EXTRAORDINARIO	10/09/2021 03:30:00 p. m. Si				
TEMA DE LA REUNIÓN	COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE MES DE AGOSTO REALIZADO EL DÍA 10 DE SEPTIEMBRE DE 10 A 12PM						
INTEGRANTES DE LA REUNIÓN							
NOMBRE	ROL INTERNO	ROL EN COMITÉ	APROBÓ	OBSERVACIONES	ASISTIÓ	FIRMA	MOTIVO INASISTENCIA
ADRIANA ELISA MEDINA CARDONA	COORDINADOR	invitado	No		Si		
BONNY YANETH LOBATON SINISTERRA	COORDINADOR	invitado	No		Si		
DANIELA GALVAN OROZCO	COORDINADOR	invitado	No		Si		
DEIDI KARINA RODRIGUEZ ARETT	COORDINADOR	invitado	No		Si		
DIEGO ANDRES INFANTE CRUZ	COORDINADOR	invitado	No		Si		
ESTEFANIA ARCILA VARGAS	COORDINADOR	invitado	Si	OK	Si		
GABBY SUSANA HEREDIA RUIZ	COORDINADOR	invitado	No		Si		
ORDEN DE LA REUNIÓN							
DESCRIPCIÓN	OBSERVACIONES			CONCLUSIONES			
1. PRESENTACION DE EVENTOS ADVERSOS.	EN EL MES DE AGOSTO SE PRESENTARON UN TOTAL DE 17 EVENTOS ADVERSOS, SE CONTINUAN CON LAS RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENT PARA REALIZAR CAPATACION Y BUSQUEDA ACTIVA Y SE REALIZA SEGUIMIENTO A PLAN DE MEJORA.						
2. PRESENTACION DE INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.							
3. PRESENTACION DE INDICADOR DE CARRO DE PARO.	SE PRESENTA EL INDICADOR DE CARRO DE PARO QUE PRESENTA INCUMPLIMIENTO POR NO CONTAR CON LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS DE ACUERDO A LO DEFINIDO EN EL PROTOCCOLO DE CARRO DE PARO ENTRE LOS CAUSALES SE EVIDENCIA POR AGOTADOS A NIVEL NACIONAL ALGUNOS MEDICAMENTOS, SE ENVIA INFORME DE REVISION A LAS JEFES PARA QUE REALICEN EL PROCESO DE GESTION POR PARTE DE SUMINISTROS.						
4. REVISION DE TAREAS PENDIENTES DEL ANTERIOR COMIT	TAREAS CONTINUAR CON LAS CAPACITACIONES RONDAS DE SEGURIDAD Y ENVIO DE INFORMES REVISION SEMANAL DE CARRO DE PARO Y KITS DE NORMA FORTALECER PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA Y TECNOVIGILANCIA						
CASOS TRATADOS EN LA REUNION							
FECHA DE REGISTRO	DESCRIPCIÓN	CONCLUSIÓN DEL COMITÉ	EXTRAORDINARIO				
OBSERVACIONES							

Elabora por: Profesional de Calidad

Revisado por: Profesional Calidad

Aprobado por: Vicepresidente
Planeación y Riesgos Corp.

SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

Aprobado en febrero de 2020

9



**MACROPROCESO PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO
PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
MODELO ACTA DE REUNIONES
PD-DE-F-14 Ver 1**

4. REVISIÓN DE TAREAS PENDIENTES DEL ANTERIOR COMITÉ		TAREAS	
		CONTINUAR CON LAS CAPACITACIONES RONDAS DE SEGURIDAD Y ENVÍO DE INFORMES REVISIÓN SEMANAL DE CARRO DE PARO Y KITS DE NORMA FORTALECER PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA Y TECNOCIVIGILANCIA	
CASOS TRATADOS EN LA REUNIÓN			
FECHA DE REGISTRO	DESCRIPCIÓN	CONCLUSIÓN DEL COMITÉ	EXTRAORDINARIO
OBSERVACIONES			
CONCLUSIONES			
SE LOGRO REALIZAR EL COMITÉ SEGURIDAD CON LOS LÍDERES DE PROCESO Y LA COORDINACIÓN MÉDICA.			
ASIGNACIÓN DE TAREAS			
DESCRIPCIÓN TAREA	RESPONSABLE	FECHA LÍMITE	PLAN DE MEJORA
			INDICADOR DE CALIDAD

Resultados de evaluación a funcionarios programa seguridad del paciente.

1	Marca temporal	Nombre completo	Cargo	Area en la que labora	1.El programa de seguridad; 2.Teniendo en cuenta los 3.Un EVENTO ADVERSO 4.La política de seguridad 5.C
2	7/27/2020 18:07:55	David Ruiz		Calidad	Garantizar la correcta identificación de sitio operator. Es el resultado de una atención Consolidar un entorno seguro.
3	7/27/2020 18:07:56	Estefanía arcila		Calidad	Garantizar la correcta identificación de sitio operator. Es el resultado de una atención Consolidar un entorno seguro.
4	7/28/2020 8:43:49	Estefanía arcila		Calidad	Garantizar la correcta identificación de sitio operator. Es el resultado de una atención Consolidar un entorno seguro.
5	7/28/2020 8:57:59	Diego Andrés infante cruz	Jefe calidad	Calidad	Garantizar la correcta identificación de sitio operator. Es el resultado de una atención Consolidar un entorno seguro.
6	7/28/2020 10:22:24	Lina Maria quiñones ardila	Jefe del programa de atención	Hospitalización	Garantizar la correcta identificación de sitio operator. Es el resultado de una atención Consolidar un entorno seguro.
7	7/28/2020 10:30:56	Luz marieth villarreal arenas	Profesional universitario	Suministros	Garantizar la correcta identificación de sitio operator. Es el resultado de una atención Consolidar un entorno seguro.
8	7/28/2020 10:46:44	Maryuri Escobar llanos	Auxiliar de enfermería	Home care	Garantizar la correcta identificación de sitio operator. Es el resultado de una atención Consolidar un entorno seguro.
9	7/28/2020 10:48:52	Jenny Victoria Castillo Rodríguez	Auxiliar de enfermería	Homecare	Garantizar la correcta identificación de sitio operator. Es el resultado de una atención Consolidar un entorno seguro.
10	7/28/2020 11:01:39	Freidy Alejandro Muñoz Isaza	Auxiliar de enfermería	Home-care	Garantizar la correcta identificación de sitio operator. Es el resultado de una atención Consolidar un entorno seguro.
11	7/28/2020 11:08:24	Ximena Vélez Aguirre	Coordinación Auditoría Médica	Auditoría médica	Garantizar la correcta identificación de sitio operator. Es el resultado de una atención Consolidar un entorno seguro.
12	7/28/2020 11:08:24	Diana Lizeth filigrana Sanclemente	Auditora concurrente	Auditoría	Garantizar la correcta identificación de sitio operator. Es el resultado de una atención Consolidar un entorno seguro.
13	7/28/2020 11:20:24	Mario González Hernández	Jefe de ti	Sistema	Garantizar la correcta identificación de sitio operator. Es el resultado de una atención Consolidar un entorno seguro.
14	7/28/2020 11:20:42	Leslie yurani borja Velasco	Auxiliar administrativo	Urgencia	Garantizar la correcta identificación de sitio operator. Es el resultado de una atención Implementar y mejorar calidad.
15	7/28/2020 11:25:00	Jessica fernanda caro jimenez	Aux administrativo	Facturacion	Garantizar la correcta identificación de sitio operator. Es el resultado de una atención Consolidar un entorno seguro.
16	7/28/2020 11:25:59	Silvana Barbosa Gil	Enfermera	Urgencias	Garantizar la correcta identificación de sitio operator. Es el resultado de una atención Consolidar un entorno seguro.
17	7/28/2020 11:27:14	Luz Karime cortes Zamora	aux. Administrativo	facturación	Garantizar la correcta identificación de sitio operator. Es el resultado de una atención Consolidar un entorno seguro.
18	7/28/2020 11:28:06	Gladys Elena Herrera Pérez	Auxiliar administrativo facturación	Facturacion	Garantizar la correcta identificación de sitio operator. Es el resultado de una atención Consolidar un entorno seguro.
19	7/28/2020 11:30:36	Adriana elisa Medina Cardona	Jefe unidad funcional	Urgencias	Garantizar la correcta identificación de sitio operator. Es el resultado de una atención Consolidar un entorno seguro.
20	7/28/2020 11:32:53	Claudia gaviña	Enfermera jefe	Uci	Garantizar la correcta identificación de sitio operator. Es el resultado de una atención Consolidar un entorno seguro.
21	7/28/2020 11:34:32	Lizeth Tamar Muelas	Auxiliar administrativo	Facturación	Garantizar la correcta identificación de sitio operator. Es el resultado de una atención Consolidar un entorno seguro.
22	7/28/2020 11:34:51	Juan Manuel Saa Perlaza	Auxiliar Administrativo	Facturacion	Garantizar la correcta identificación de sitio operator. Es el resultado de una atención Consolidar un entorno seguro.
23	7/28/2020 11:35:12	Maroeth herwra salazar	Aux administrativa	Fscuracion	Garantizar la correcta identificación de sitio operator. Es el resultado de una atención Consolidar un entorno seguro.
24	7/28/2020 11:35:22	Leidy carolina Devia	Auxiliar Administrativo	Facturacion 2 do piso	Garantizar la correcta identificación de sitio operator. Es el resultado de una atención Consolidar un entorno seguro.
25	7/28/2020 11:35:38	Yuli johana vallejo	Auxiliar enfermería	Urgencias	Garantizar la correcta identificación de sitio operator. Es el resultado de una atención Consolidar un entorno seguro.
26	7/28/2020 11:36:01	Maria angelica gomez ramirez	Auxiliar enfermería	Medicina interna	Garantizar la correcta identificación de sitio operator. Es el resultado de una atención Consolidar un entorno seguro.
27	7/28/2020 11:38:13	María Alejandra zapata arboleda	Auxiliar enfermería	Urgencias	Garantizar la correcta identificación de sitio operator. Es el resultado de una atención Implementar y mejorar calidad.
28	7/28/2020 11:39:09	Adiela rodriguez	Administrativo	Facturacion	Garantizar la correcta identificación de sitio operator. Es el resultado de una atención Consolidar un entorno seguro.
29	7/28/2020 11:46:29	Ingrid Tatiana Medina Ramirez	Auxiliar de Enfermería	Home care	Garantizar la correcta identificación de sitio operator. Es el resultado de una atención Consolidar un entorno seguro.
30	7/28/2020 11:46:38	carlos salgado grajales	aux de enf	administrativa	Garantizar la correcta identificación de sitio operator. Es el resultado de una atención Consolidar un entorno seguro.
31	7/28/2020 11:49:40	Alba Mayerli Ramos Marinez	Auxiliar administrativo	Facturación	Garantizar la correcta identificación de sitio operator. Es el resultado de una atención Consolidar un entorno seguro.
32	7/28/2020 11:49:40	Yehiner Jose Calderon Cantillo	Bacteriólogo	Laboratorio	Garantizar la correcta identificación de sitio operator. Es el resultado de una atención Consolidar un entorno seguro.
33	7/28/2020 11:52:28	Hermilda Daniela Giraldo Santacruz	Auxiliar de enfermería	Medicina interna	Garantizar la correcta identificación de sitio operator. Es el resultado de una atención Consolidar un entorno seguro.
34	7/28/2020 11:52:46	johan sebastian ceron cedeño	auxiliar de enfermería urgencias	urgencias	Garantizar la correcta identificación de sitio operator. Es el resultado de una atención Consolidar un entorno seguro.
35	7/28/2020 11:54:06	Sindy liliana González cantofñi	Auxiliar de enfermería	Urgencia	Garantizar la correcta identificación de sitio operator. Es el resultado de una atención Consolidar un entorno seguro.
36	7/28/2020 11:59:24	Robinson Jair Cordoba Cortes	Aux de enfermería	Uci covid	Garantizar la correcta identificación de sitio operator. Es el resultado de una atención Consolidar un entorno seguro.
37	7/28/2020 12:03:50	Lina María Franco	auxiliar de enfermería	Home care	Garantizar la correcta identificación de sitio operator. Es el resultado de una atención Consolidar un entorno seguro.
38	7/28/2020 12:20:53	Juan Carlos cadavid B	Auditor Médico	Auditoria	Garantizar la correcta identificación de sitio operator. Es el resultado de una atención Consolidar un entorno seguro.
39	7/28/2020 12:30:09	Edgar jose godoy peña	Auxiliar de enfermería	Unidad de cuidados intensivos	Garantizar la correcta identificación de sitio operator. Es el resultado de una atención Consolidar un entorno seguro.
40	7/28/2020 12:30:26	Maria Coni Dolado Manzano	Enfermera jefe	Uci covid	Garantizar la correcta identificación de sitio operator. Es el resultado de una atención Consolidar un entorno seguro.



**MACROPROCESO PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO
PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
MODELO ACTA DE REUNIONES
PD-DE-F-14 Ver 1**

1	Marca temporal	Nombre completo	Cargo	Area en la que labora	1.El programa de seguridad; 2.Teniendo en cuenta los 3.Un EVENTO ADVERSO 4.La política de seguridad 5.C
40	7/28/2020 12:30:26	Marvin Samir Delgado Mosquera	Fisioterapeuta	Terapia respiratoria	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
41	7/28/2020 12:30:27	Sandra Maritza Ceballos Hernandez	Auxiliar de enfermería	Ambulatorios	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
42	7/28/2020 12:37:07	Judy Mallely Thomas Mejia	Tecnica administrativa	Ambulatorios	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
43	7/28/2020 12:50:48	Jeison Andrés wveros Cardoso	Fisioterapia	Ambulatorio	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
44	7/28/2020 12:57:28	Amanda Correa Cuartas	Aux d enfermeria	Ambulatorios (Consulta e	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
45	7/28/2020 12:58:30	Nidia Milena Almeida Bolaños	Auxiliar Administrativa	Anexos hospitalarios	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
46	7/28/2020 13:11:34	Merling Rascos	Médico General	Urgencias	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
47	7/28/2020 13:12:02	Julieth rosero	Administración de salud	Anexos	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
48	7/28/2020 13:13:43	Carlos Alberto Martínez Corena	Bacteriólogo	Laboratorio clínico	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
49	7/28/2020 13:17:22	Raquel Galindez Galindez	Auxiliar de enfermería	Ambulatorios	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
50	7/28/2020 13:20:36	Sofía Zúñiga Muñoz	Auxiliar enfermeria	consulta/ambulatorios	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
51	7/28/2020 13:23:45	paula andrea benavides crolllo	auxiliar administrativa	facturacion	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
52	7/28/2020 13:25:50	Luz Karina Torres Perea	Enfermera	Hospitalización	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
53	7/28/2020 13:26:06	santiago restrepo arboleda	Jefe de facturación	Facturacion	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
54	7/28/2020 13:27:30	Brigit alejandra pernia	Aux enfermeria	Uci	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
55	7/28/2020 13:42:33	Nelly Beatriz Campo Cobo	Auxiliar de enfermería	Ambulatorio	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
56	7/28/2020 13:43:43	Hermilda Daniela Giraldo Santacruz	Auxiliar de enfermería	Medicina interna	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
57	7/28/2020 13:45:13	Ivón Lorena Trujillo cuero	Auxiliar enfermeria	Urgencias	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
58	7/28/2020 13:46:30	Diana Carolina Mindinero Valencia	Auxiliar de enfermería	Observaciones urgencias	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
59	7/28/2020 13:47:40	Valentina salinas	Auxiliar de enfermeria	Observacion	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
Respuestas de formulario 1					
1	Marca temporal	Nombre completo	Cargo	Area en la que labora	1.El programa de seguridad; 2.Teniendo en cuenta los 3.Un EVENTO ADVERSO 4.La política de seguridad 5.C
59	7/28/2020 13:47:10	Valentina salinas	Auxiliar de enfermeria	Observacion	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
60	7/28/2020 13:50:52	Paola Andrea vinasco polo	Auxiliar de enfermeria	Observacion urgencias	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
61	7/28/2020 13:58:15	Yenit mina tejada	Auxiliar de enfermeria	Medicina interna 1	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
62	7/28/2020 14:14:24	Cruz elodia arboleda rascos	Auxiliar de enfermeria	Ambulatorios	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
63	7/28/2020 14:27:07	Raúl Mauricio Trochez Morales	Auxiliar de informacion	Servicios ambulatorios	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
64	7/28/2020 14:27:10	Maritza López Valencia	Auxiliar administrativo	Ambulatorios	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
65	7/28/2020 14:27:21	Isabel Matilde Cobo Garavito	Auxiliar administrativo	Ambulatorio	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
66	7/28/2020 14:51:26	María Benilda Morales	Secretaria	Gerencia	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
67	7/28/2020 14:57:26	Juan David Franco Hurtado	Auditor Farmacia	Auditoria	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
68	7/28/2020 15:03:44	Martha Polo Motta	Técnico Administrativo	Oficina de Control interno	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
69	7/28/2020 15:09:35	Julieth giron	Aux enfermeria	Central de esterilización	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
70	7/28/2020 15:10:29	Diana Marcela Valencia Yotengo	Auxiliar administrativo	Facturación	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
71	7/28/2020 15:14:09	Liliana Alegrias Fernández	Enfermera	Urgencias	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
72	7/28/2020 15:15:40	Dora yaneth chito	Auxiliar administrativo	Siau	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
73	7/28/2020 15:49:11	Yaneth Bolaños Niño	Auxiliar de Enfermería	Observación de Urgencias	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
74	7/28/2020 15:52:20	Paola andrea Calderón velasquez	Auxiliar de enfermeria	Endoscopia	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
75	7/28/2020 15:53:29	Elsy velez garcia	Aux de enfermeria	Central de esterilizacion	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
76	7/28/2020 16:03:52	Jelir Estibel Chocué	Paramédico	Urgencias	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
77	7/28/2020 16:06:34	Luz enith Vélez padilla	Aux enfermeria	Pediatría	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
78	7/28/2020 16:20:28	Diana varela García	Auxiliar enfermeria	Cirugia	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
79	7/28/2020 16:29:11	Ingrid Tatiana Lugo Crabali	Secretaria	Cirugia	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
80	7/28/2020 16:32:13	Jenifer Paola Paz Murillo	Auxiliar de Laboratorio	Laboratorio Clínico	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
81	7/28/2020 17:23:16	Oscar Fernando Roldan Rodriguez	Instrumentador quirurgico	Sala de operaciones	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
82	7/28/2020 17:23:52	AMANDA PINZÓN BROCHERO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PEDIATRIA	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
83	7/28/2020 17:24:27	Beatriz Eugenia Duque Gaviria	Auxiliar de enfer	Pediatría	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
84	7/28/2020 17:36:50	Jefferson Javier Bastidas Oviedo	Médico asistencial	Ortopedia	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
85	7/28/2020 17:45:26	Luz Amparo Paredes Montaño	Auxiliar de Enfermería	Sala de Quirurgicas	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
86	7/28/2020 17:57:22	Milena Mina Escobar	Enfermera	Hosp pediatria	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
87	7/28/2020 18:03:20	Emanuel Álvarez González	Auxiliar administrativo	Urgencias	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
88	7/28/2020 18:03:29	VICTOR AUGUSTO QUINTERO BAHAM	MEDICO	Urgencias	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
89	7/28/2020 18:13:53	VICTOR HUGO VIDAL GIRALDO	CIRUJANO CARDIOVASC	CIRUGIA -- CONSULTA E	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
90	7/28/2020 18:43:21	Ayda solarte ibarra	Aux enf	Medicina 2	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
91	7/28/2020 19:01:00	ELISA SUAREZ GONZALEZ	AUXILIAR ENFERMERIA	HOSPITALIZACION (MEI	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
92	7/28/2020 19:04:01	Maria josefa Hinestroza Angulo	Auxiliar enfermeria	Medicina interna	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
93	7/28/2020 19:24:39	Diana Lizeth filigrana Sanclemente	Auditora concurrente	Auditoria	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
94	7/28/2020 19:43:57	Jenny Patricia Vasquez Gómez	Auxiliar de enfermería	Home care	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
95	7/28/2020 19:52:00	Luz Marina Torres	Auxiliar de Enfermería	Sala de cirugía	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
96	7/28/2020 19:54:28	Paola Andrea duque Gutiérrez	Auxiliar de enfermería	Medicina interna	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
97	7/28/2020 20:07:28	Alexandra Torres	Auxiliar de enfermeria	Medicina interna	Garantizar la correcta identificación de sitio operator Es el resultado de una at Consolidar un entorno se tod
Respuestas de formulario 1					



**MACROPROCESO PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO
PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
MODELO ACTA DE REUNIONES
PD-DE-F-14 Ver 1**

1	Marca temporal	Nombre completo	Cargo	Area en la que labora	1.El programa de seguridad	2.Teniendo en cuenta los	3.Un EVENTO ADVERSO	4.La política de seguridad	5.C
409	7/27/2021 23:20:29	Claudia paricia cetre rios	Auxiliar de enfermeria	CONSULTA EXTERNA	Reducir el riesgo de infecti	Es un evento o circunst	El resultado de una atenc	Consolidar un entorno seg	D.a
410	8/2/2021 17:50:16	Maria alexandra camilo caicedo	Auxiliar de enfermeria	APOYO DIAGNOSTICO	Reducir el riesgo de infecti	Es un evento o circunst	El resultado de una atenc	Consolidar un entorno seg	D.a
411	8/3/2021 11:31:48	Mariluz lucumi	Uxiliar de enfermeria	APOYO DIAGNOSTICO	Reducir el riesgo de infecti	Es un evento o circunst	El resultado de una atenc	Consolidar un entorno seg	D.a
412	8/3/2021 11:32:31	Ivón calambas	Auxiliar laboratorio	APOYO DIAGNOSTICO	Reducir el riesgo de infecti	Es un evento o circunst	El resultado de una atenc	Consolidar un entorno seg	D.a
413	8/3/2021 11:37:01	Martha Lucia Martinez R	Auxiliar Laboratorio	APOYO DIAGNOSTICO	Reducir el riesgo de infecti	Es un evento o circunst	El resultado de una atenc	Consolidar un entorno seg	D.a
414	8/3/2021 11:50:39	SANDRA MILENA ARBOLEDA JIMENEZ	TÉCNICO AUXILIAR LABI	APOYO DIAGNOSTICO	Reducir el riesgo de infecti	Es un evento o circunst	El resultado de una atenc	Consolidar un entorno seg	D.a
415	8/5/2021 11:29:14	Emanuel salamando correales	Auxiliar de farmacia	FARMACIA	Reducir el riesgo de infecti	Es un evento o circunst	El resultado de una atenc	Implementar y mejorar co	D.a
416	8/5/2021 12:05:05	Durley villa Perlaiza	Aux farmacia	FARMACIA	Reducir el riesgo de infecti	Es un evento o circunst	El resultado de una atenc	Consolidar un entorno seg	A.R
417	8/5/2021 12:33:14	Francis Valencia	Aux farmacia	FARMACIA	Reducir el riesgo de infecti	Es un evento o circunst	El resultado de una atenc	Consolidar un entorno seg	D.a
418	8/5/2021 14:47:33	Carlos Alberto Martinez Corena	Bacteriólogo	APOYO DIAGNOSTICO	Reducir el riesgo de infecti	Es un evento o circunst	El resultado de una atenc	Consolidar un entorno seg	D.a
419	8/5/2021 15:15:25	JENIFER PAOLA PAZ MURILLO		1143961540 APOYO DIAGNOSTICO	Reducir el riesgo de infecti	Es la probabilidad que un	El resultado de una atenc	Consolidar un entorno seg	D.a
420	8/5/2021 16:50:22	Alba esperanza segura	Auxiliar de farmacia	FARMACIA	Reducir el riesgo de infecti	Es un evento o circunst	El resultado de una atenc	Consolidar un entorno seg	D.a
421	8/5/2021 16:50:22	Elizabeth delgado ventes	Auxiliar de farmacia	FARMACIA	Reducir el riesgo de infecti	Es un evento o circunst	El resultado de una atenc	Consolidar un entorno seg	D.a
422	8/5/2021 16:50:22	Irina vanessa hernandez avila	auxiliar de farmacia	FARMACIA	Reducir el riesgo de infecti	Es un evento o circunst	El resultado de una atenc	Consolidar un entorno seg	D.a
423	8/5/2021 16:51:17	hector yesid avila hurtado	auxiliar de farmacia	FARMACIA	Reducir el riesgo de infecti	Es un evento o circunst	El resultado de una atenc	Consolidar un entorno seg	D.a
424	8/5/2021 17:39:48	Alonso Eduardo duque Herrera	Auxiliar de laboratorio	APOYO DIAGNOSTICO	Reducir el riesgo de infecti	Es un evento o circunst	El resultado de una atenc	Consolidar un entorno seg	D.a
425	8/6/2021 16:02:56	Cecilia idarraga Jurado	Auxiliar servicio farmacéu	FARMACIA	Reducir el riesgo de infecti	Es un evento o circunst	El resultado de una atenc	Consolidar un entorno seg	D.a
426	8/6/2021 16:12:07	Deivy Yohana Yandel Becoche	Aux farmacia	FARMACIA	Reducir el riesgo de infecti	Es un evento o circunst	El resultado de una atenc	Consolidar un entorno seg	A.R
427	8/9/2021 7:21:20	Paula Andrea Orbes Ríos	Auxiliar de farmacia	FARMACIA	Reducir el riesgo de infecti	Es un evento o circunst	El resultado de una atenc	Consolidar un entorno seg	A.R

Presentación de inducción programa de seguridad del paciente.



MACROPROCESO PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO
 PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
 MODELO ACTA DE REUNIONES
 PD-DE-F-14 Ver 1

Protocolo de gases.

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO			
PROCESO		GESTIÓN DE TECNOLOGÍA Y MANTENIMIENTO	
SUBPROCESO		MANTENIMIENTO	
PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE GASES MEDICINALES			
PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE GASES MEDICINALES			
			
EJES TEMÁTICOS DE LA ACREDITACIÓN			
GESTIÓN DEL RIESGO		MEJORAMIENTO CONTINUO	
GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA			
			
SANTIAGO DE CALI, SEPTIEMBRE 2021			

Código: GTEM-P-009-14 Versión: 02 Página: 3 de 17 Vigencia: Septiembre 2021

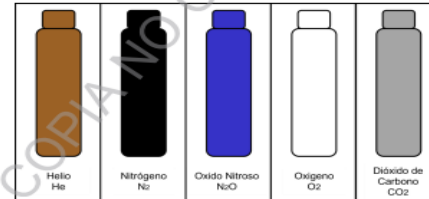
E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO			
PROCESO		GESTIÓN DE TECNOLOGÍA Y MANTENIMIENTO	
SUBPROCESO		MANTENIMIENTO	
PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE GASES MEDICINALES			
1. OBJETIVO			
Establecer los lineamientos para el manejo y uso adecuado del oxígeno medicinal en la E.S.E Hospital Departamental Mario Correa Rengifo, con el fin de evitar riesgos y promover un entorno seguro a los usuarios y colaboradores.			
OBJETIVOS ESPECÍFICOS			
<ul style="list-style-type: none"> Establecer las instrucciones para el uso adecuado de cilindros, reguladores y balas. Garantizar el cumplimiento de las normas para la seguridad en el manejo de gases medicinales a fin de minimizar las causas de riesgo para usuarios y colaboradores. 			
2. ALCANCE			
El proceso comienza desde la recepción del medicamento (gas medicinal) y continúa con el almacenamiento, administración, distribución y reposición de este.			
3. NORMATIVA			
Resolución 4410 de 2009: Por la cual se expide el Reglamento Técnico que contiene el Manual de Buenas Prácticas de Manufactura de los Gases Medicinales.			
Resolución 3183 de 2007: Por la cual se establece un plazo para la certificación de Buenas Prácticas de Manufactura de los Gases Medicinales.			
Resolución 3682 de 2005: Por la cual se adopta la Guía de Inspección de Buenas Prácticas de Manufactura para la fabricación, llenado y distribución de gases medicinales.			
Resolución 1672 de 2004: Por la cual se adopta el Manual de Buenas Prácticas de Manufactura de los Gases Medicinales.			
Resolución 2249 de 2012: Por la cual se expide el reglamento técnico aplicable a la información del estampe original etiquetado y aspecto físico de cilindros transportables sin costuras o sin soldaduras de alta presión para gases industriales y medicinales, que se importen o se fabriquen nacionalmente para su comercialización o uso.			
Resolución 2011012580 de 2011: Por la cual se adopta la guía de inspección de Buenas Prácticas de Manufactura que deben cumplir los gases medicinales en los procesos de fabricación, llenado, control de calidad, distribución y comercialización.			

Código: GTEM-P-009-14 Versión: 02 Página: 3 de 17 Vigencia: Septiembre 2021

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO			
PROCESO		GESTIÓN DE TECNOLOGÍA Y MANTENIMIENTO	
SUBPROCESO		MANTENIMIENTO	
PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE GASES MEDICINALES			
Interferen para expectorar y comer, se pueden descolocar (especialmente por la noche). Las mascarillas son dispositivos de plástico suave y transparente.			
Regulador de oxígeno medicinal: Un regulador de presión, es un dispositivo mecánico que permite disminuir la elevada presión del gas en el cilindro, hasta la presión de trabajo escogida y mantenerla constante. Cada regulador está diseñado para un rango de presiones determinado y para un tipo de gas específico. Es importante hacer la selección del equipo adecuado para cada aplicación.			
Prueba hidrostática: La vida útil de un cilindro es de muchos años, dependiendo del tipo que haya recibido, por ello es necesario controlar periódicamente la resistencia del material del cilindro. Cada cilindro debe someterse a una prueba hidrostática cada 5 años. Si el cilindro satisface los requisitos de la prueba, continúa en servicio durante los siguientes 5 años, en caso contrario se retira definitivamente de circulación.			
Frio extremo: Los gases criogénicos (oxígeno, nitrógeno, y argón líquido) y algunos gases licuados, tienen temperaturas extremadamente bajas. Al entrar en contacto con los tejidos de la piel, pueden congelarlos y destruirlos con gran rapidez. Muchos materiales son incompatibles con las bajas temperaturas de estos gases. El material de fabricación de algunas tuberías, por ejemplo, son perfectamente rígidos a temperatura ambiente, pero pierden ductilidad y resistencia al impacto cuando se someten a temperaturas criogénicas.			
5. RIESGOS			
RIESGOS		ACCIONES	
Liberación repentina o en condiciones no controladas de un gas a alta presión.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar diariamente que la red de gases medicinales y los cilindros no presente fisuras o escapes. Realizar correcta manipulación de cilindros y red. 		
Cilindro disparado sin control por rupturas o válvula dañada.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar presión en los bancos y la línea. Verificar filtraciones en reguladores y válvulas, informar a mantenimiento y/o contratista. 		
Explosión repentina o en condiciones no controladas.	<ul style="list-style-type: none"> Identificar lavas de flujo de gas y cerrar cuando se evidencia fuga, comunicar al personal encargado. 		
Asfixia en los colaboradores y/o	<ul style="list-style-type: none"> Utilizar los elementos de protección personal 		

Código: GTEM-P-009-14 Versión: 02 Página: 5 de 17 Vigencia: Septiembre 2021

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO			
PROCESO		GESTIÓN DE TECNOLOGÍA Y MANTENIMIENTO	
SUBPROCESO		MANTENIMIENTO	
PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE GASES MEDICINALES			
6.2. COLORES PARA LOS CILINDROS			
En nuestro país la norma que regula el color que debe llevar el cilindro de acuerdo con el gas medicinal que alberga es la NTC 1671, la cual expresa textualmente lo siguiente: "Cada cilindro debe llevar el color correspondiente al gas que contiene, aplicado en forma tal, que el color cubra toda la superficie del cilindro. En caso de mezcla de gases el cilindro debe mostrar los colores apropiados para los gases incluidos en la mezcla y la colocación de los colores en el hombro del cilindro."			
6.3. MANUAL DE OXIGENO MEDICINAL			
Nombre del gas Fórmula Color			
NOMBRE DEL GAS	FORMULA	COLOR	
Oxígeno	O2	Blanco	
Oxido Nitroso	N2O	Azul	
Dióxido de carbono	CO2	Gris	
Helio	He	Marrón	
Nitrógeno	N2	Negro	
Oxígeno + Dióxido de Carbono	O2 + CO2	Blanco + Gris	
Oxígeno + Helio	O2 + He	Blanco + marrón	
Oxígeno + Óxido Nitroso	O2 + N2O	Blanco + azul	



Código: GTEM-P-009-14 Versión: 02 Página: 8 de 17 Vigencia: Septiembre 2021

Elabora por: Profesional de Calidad	Revisado por: Profesional Calidad	Aprobado por: Vicepresidente Planeación y Riesgos Corp.
SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD		Aprobado en febrero de 2020 13



MACROPROCESO PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO
 PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
 MODELO ACTA DE REUNIONES
 PD-DE-F-14 Ver 1

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO			
PROCESO DIRECCIONAMIENTO TECNOLÓGICO Y MANTENIMIENTO			
SUBPROCESO PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE GASES MEDICINALES			
6.4. PROCEDIMIENTO			
N°	ACTIVIDAD Y DESCRIPCIÓN	PROCESO Y CARGO RESPONSABLE	REGISTROS Y OBSERVACIONES
1	Solicitar oxígeno medicinal: Se solicita de acuerdo con la necesidad de las diferentes áreas o disponibilidad de cilindros que se encuentran vacíos. El técnico se encarga de verificar la cantidad necesaria de cilindros en las diferentes áreas del hospital e informara al auxiliar de mantenimiento el requerimiento mediante el formato.	Gestión de tecnología y mantenimiento: Auxiliar administrativo de mantenimiento y técnico	Recibo cilindros vacíos o remisión - GTEM-F-009-54. Formato Distribución de cilindros proveedor
2	Verificar la cantidad de cilindros y oxígeno líquido en tanque entregados a la institución: Verificar que el recibo de encuentro acorde a lo relacionado para la entrega al hospital mediante el formato.	Gestión de tecnología y mantenimiento: Auxiliar administrativo de mantenimiento	Recibo de cilindros vacíos o remisión - GTEM-F-009-54 Formato Distribución de cilindros proveedor
3	Almacenar cilindros de oxígeno: Almacenar en los puntos determinados en el hospital.	Empresa contratista y técnico en mantenimiento	
4	Distribuir cilindros a las diferentes áreas de la institución: El coordinador informa al técnico encargado de la distribución la necesidad de cilindros en las diferentes áreas y el técnico se encarga de su distribución en los puntos estipulados con completo diligenciamiento del formato.	Gestión de tecnología y mantenimiento: Técnico en mantenimiento	GTEM-F-009-54 Formato Distribución de cilindros en servicios
5	Realizar ronda de identificación	Gestión de	

Código: GTEM-F-009-14 Versión: 02 Página: 9 de 17 Vigencia: Septiembre 2021

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO			
PROCESO DIRECCIONAMIENTO TECNOLÓGICO Y MANTENIMIENTO			
SUBPROCESO PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE GASES MEDICINALES			
de cilindros vacíos en los servicios asistenciales:			
Realizar ronda diariamente MAÑANA 7:30 am a 8:30 am, TARDE 4:00 pm por los servicios en los cuales se distribuyen los cilindros e identificar cuáles se encuentran vacíos.	tecnología y mantenimiento:	Técnico en mantenimiento	
6.5. RECEPCIÓN DE GASES LICUADOS			
<ol style="list-style-type: none"> Llegada del camión cisterna del proveedor. Avisar al personal encargado de la recepción. Se recibirá copia del certificado del análisis del gas recibido. Descarga de gas licuado suministrado en cisternas móviles en el tanque criogénico emplazado en un área adyacente controlada del hospital. Entrega del certificado del análisis generado al realizar controles tras el traspase. Documentación generada en los controles realizados al nuevo lote. Entrega de albarán del proveedor al encargado de la recepción, dónde se especifica el volumen traspasado. Diligenciar el formato DISTRIBUCIÓN DE CILINDROS PROVEEDOR en sitio y en compañía del funcionario de la empresa contratista. Encargado de la recepción vigila que todos los parámetros estén conformes (Presión hidrostática, temperatura, ...). En ese caso se procede a la firma y sellado del albarán. Entrega de albarán conformado en el Servicio de Mantenimiento, el cual procederá al registro y gestión. En caso de incidencias en la recepción, el personal encargado de la misma, lo notificará en el Servicio de mantenimiento, para su resolución. 			
6.6. GASES COMPRIMIDOS			
<ol style="list-style-type: none"> Llegada del proveedor. Avisar al personal encargado de la recepción. Identificación de botellas, atendiendo a los colores, marcado y etiquetado. Llevan pintada en la cija la Cruz de Ginebra, de color rojo sobre fondo blanco. Se controlará que lleva adjunta el prospecto y etiqueta de advertencia. Se verificará estado de limpieza, disponibilidad del precinto, etiquetado, acoplamiento en la válvula de la botella, presencia de fugas. Se comprobará que lo suministrado coincide con el pedido solicitado. 			

Código: GTEM-F-009-14 Versión: 02 Página: 10 de 17 Vigencia: Septiembre 2021

Protocolo Reanimación pulmonar

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO		Código: URGE-PR-005-01
PROTOKOLO DE MANEJO PARA LA REANIMACION CARDIO-PULMONAR CODIGO AZUL		Vigencia: Julio 2017
		Versión: 04
		Página: 1 de 19
<p>1. Fecha de elaboración y fecha de revisión: Versión 1 octubre 2007 Versión 2 Agosto 2010 Versión 3 Septiembre 2013 Versión 4 20 de Junio de 2017</p>		
<p>2. Introducción: La atención hospitalaria de un paciente en paro cardio-respiratorio exige la integración de un grupo de personas, que habitualmente no están coordinadas previamente como equipo, para la realización de reanimación cardio-cerebro pulmonar. Se aplica este término, no solo para los pacientes que se encuentran en paro cardio-respiratorio establecido sino también para todos aquellos que por su condición de enfermedad o trauma crítico, definen un estado crítico que prevé la inminencia de un paro cardio-respiratorio en los minutos siguientes al ingreso. La determinación más precoz de sobre vivencia después de un paro cardíaco súbito es la presencia de un resucitador o un grupo entrenado que está listo, dispuesto, capacitado y equipado para actuar. La piedra angular para lograr que se cumplan los objetivos es la capacitación y educación continua de todas las personas directamente implicadas a nivel asistencial, el establecimiento único de un protocolo de atención en caso de paro cardíaco respiratorio y la realización constante de actividades prácticas, mejorando de esta manera el desarrollo de habilidades y destrezas necesarias para hacer frente a estas eventualidades optimizando recursos, disminuyendo costos y lo más importante, reduciendo el número y gravedad de complicaciones de los pacientes con esta patología.</p>		
<p>3. Definición: El protocolo de código azul es un sistema de alerta, llamado y respuesta inmediata, que implica el trabajo conjunto de un grupo de personas debidamente entrenadas para trabajar coordinadamente, reduciendo así los tiempos de atención a un paciente determinado con la consecuente disminución de la morbi-mortalidad de los pacientes en paro cardíaco-pulmonar.</p>		
<p>4. Objetivos general: Dar respuesta oportuna, coordinada, adecuada e integral a todos los casos en los cuales la RCP se encuentra indicada.</p>		
<p>5. Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dar a implementar y mantener una estrategia estandarizada de manejo oportuno y coordinado ante la emergencia que representa el paro cardíaco cerebro pulmonar (COPALO). - Ejecutar un análisis individual y global de los casos presentados con el fin de establecer corredivos y acciones de mejora que redunden en intervenciones cada vez más exitosas y eficaces. - Mantener en permanente actualización teórico-práctica a todo el personal involucrado en la actividad del código azul. 		

Código: URGE-PR-005-01
 Vigencia: Julio 2017
 Versión: 04
 Página: 4 de 19

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO		Código: URGE-PR-005-01																												
PROTOKOLO DE MANEJO PARA LA REANIMACION CARDIO-PULMONAR CODIGO AZUL		Vigencia: Julio 2017																												
		Versión: 04																												
		Página: 3 de 19																												
<p>Paro cardio-respiratorio: (PCR) Consiste en el cese de la actividad mecánica cardíaca y respiratoria, se diagnostica ante la falta de conciencia, pulso y respiración. Es la combinación de los dos anteriores, bien sea porque el paro cardíaco lleve al paciente a paro respiratorio o viceversa. De uno a tres minutos de iniciado el paro cardíaco (PC), se iniciará el paro en la función respiratoria debido a la sequía del centro respiratorio, resaca de paro cardio-respiratorio (PCR). Puede suceder que se presente inicialmente paro respiratorio (PR) que lleve al paro cardíaco (PC), con consecuencias fatales a las mencionadas.</p>																														
<p>10. Procedimiento:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>N°</th> <th>ACTIVIDAD</th> <th>AREA RESPONSABLE</th> <th>PERSONA RESPONSABLE</th> <th>DESCRIPCIÓN</th> <th>DOCUMENTOS</th> <th>OBSERVACIONES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Activación del código azul</td> <td>Urgencias o sala de Hospitalización y Urgencia</td> <td>Líder del código azul</td> <td>El médico de urgencias o el médico de sala de hospitalización debe activar el código azul.</td> <td></td> <td>Todas las personas del HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO, deben estar en capacidad de activar el código azul</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Revisión de los recursos</td> <td>Urgencias o sala de Hospitalización</td> <td>El médico de urgencias asignado y cualquier otro que se encuentre disponible</td> <td>La enfermera y auxiliar asignados al turno deberán acudir en forma inmediata al sitio respectivo</td> <td></td> <td>Siempre que alguno esté realizando una reanimación simultánea, se seguirá en su sitio.</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Revisión de todo el personal que se encuentra asignado para actividades del ritmo que se realiza de la sala.</td> <td></td> <td>Líder del código médico general</td> <td>El líder del código solicitará al personal que no se encuentra asignado para actividades del ritmo que se realiza de la sala.</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			N°	ACTIVIDAD	AREA RESPONSABLE	PERSONA RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	DOCUMENTOS	OBSERVACIONES	1	Activación del código azul	Urgencias o sala de Hospitalización y Urgencia	Líder del código azul	El médico de urgencias o el médico de sala de hospitalización debe activar el código azul.		Todas las personas del HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO, deben estar en capacidad de activar el código azul	2	Revisión de los recursos	Urgencias o sala de Hospitalización	El médico de urgencias asignado y cualquier otro que se encuentre disponible	La enfermera y auxiliar asignados al turno deberán acudir en forma inmediata al sitio respectivo		Siempre que alguno esté realizando una reanimación simultánea, se seguirá en su sitio.	3	Revisión de todo el personal que se encuentra asignado para actividades del ritmo que se realiza de la sala.		Líder del código médico general	El líder del código solicitará al personal que no se encuentra asignado para actividades del ritmo que se realiza de la sala.		
N°	ACTIVIDAD	AREA RESPONSABLE	PERSONA RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	DOCUMENTOS	OBSERVACIONES																								
1	Activación del código azul	Urgencias o sala de Hospitalización y Urgencia	Líder del código azul	El médico de urgencias o el médico de sala de hospitalización debe activar el código azul.		Todas las personas del HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO, deben estar en capacidad de activar el código azul																								
2	Revisión de los recursos	Urgencias o sala de Hospitalización	El médico de urgencias asignado y cualquier otro que se encuentre disponible	La enfermera y auxiliar asignados al turno deberán acudir en forma inmediata al sitio respectivo		Siempre que alguno esté realizando una reanimación simultánea, se seguirá en su sitio.																								
3	Revisión de todo el personal que se encuentra asignado para actividades del ritmo que se realiza de la sala.		Líder del código médico general	El líder del código solicitará al personal que no se encuentra asignado para actividades del ritmo que se realiza de la sala.																										

Código: URGE-PR-005-01
 Vigencia: Julio 2017
 Versión: 04
 Página: 6 de 19

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO		Código: URGE-PR-005-01
PROTOKOLO DE MANEJO PARA LA REANIMACION CARDIO-PULMONAR CODIGO AZUL		Vigencia: Julio 2017
		Versión: 04
		Página: 4 de 19
4	<p>Asamblea de urgencias</p> <p>Se debe alertar a los demás miembros de acuerdo a las necesidades del paciente</p>	<p>Se debe agotar el contenido de oxígeno de la botella de oxígeno antes de permitirle salir la vía aérea y no permitir que se cierre.</p> <p>En caso de no estar utilizando una botella de oxígeno, se debe asegurar que todos los circuitos estén bien conectados.</p> <p>En caso de tener el procedimiento de separación de la vía aérea, se debe asegurar que la separación sea adecuada y los signos vitales del paciente lo permitan.</p>
5	<p>Asistente vía aérea</p>	<p>Se debe asegurar que el contenido de la botella de oxígeno sea suficiente para tener el procedimiento de separación de la vía aérea, se debe asegurar que la separación sea adecuada y los signos vitales del paciente lo permitan.</p>

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO		Código: URGE-PR-005-01
PROTOKOLO DE MANEJO PARA LA REANIMACION CARDIO-PULMONAR CODIGO AZUL		Vigencia: Julio 2017
		Versión: 04
		Página: 6 de 19
7	<p>Asistente de medicación</p>	<p>El personal de enfermería debe estar capacitado para administrar medicamentos y observar al paciente durante el procedimiento. Solo pueden administrarse por esta vía lidocaina, atropina, morfina, adrenalina, midazolam.</p> <p>Para intubaciones y extubaciones sigue la guía de intubaciones o extubaciones del líder</p>



MACROPROCESO PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO
 PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
 MODELO ACTA DE REUNIONES
 PD-DE-F-14 Ver 1

	PROTOCOLO DE MANEJO PARA LA REANIMACIÓN CARDIO-PULMONAR CODIGO AZUL	Código: URGE-PR-005-01 Vigencia: Julio 2017 Versión: 04 Página: 14 de 19
--	--	---

En las situaciones en las cuales el pronóstico de vida es incierto, se debería iniciar tratamiento mientras se obtiene información que ayude a determinar la expectativa de supervivencia y el curso clínico del paciente.

Negar o detener RCP

Criterios para no iniciar RCP

- De acuerdo con lo anterior todos los pacientes deben recibir RCP a menos que:
 - el paciente tenga una orden válida de no hacer intento de resucitación (NIR)
 - el paciente tenga signos de muerte irreversibles (por ejemplo: rigor mortis, lesiones incompatibles con la vida, descompensación o livideses)
 - no se puedan esperar beneficios fisiológicos porque las funciones vitales tienen deterioro a pesar de terapia máxima

Terminando esfuerzos de resucitación

La decisión de terminar labores de resucitación descansa con el tratamiento médico en el hospital y se basa en la consideración de factores como el tiempo de RCP, tiempo de desfibrilación, enfermedades concomitantes, tiempo breve al paro y ritmo inicial de paro. Ninguno de estos factores solo o en combinación es claramente predictivo. El colapso presenciado, inicio rápido de RCP e intervalo corto de tiempo entre colapso y la llegada de profesionales aumenta la probabilidad de una resucitación exitosa.

Hay un número de características comunes que están asociadas con un pobre resultado luego de un paro cardio-respiratorio. La presencia de alguna o varias de ellas influenciará en las determinaciones del líder coordinador o el equipo de reanimación, acerca de si los esfuerzos posteriores son o no adecuados. Por ejemplo la persistencia de asistolia por más de 20 minutos con actividad eléctrica sin pulso por una causa no tratable, paro cardíaco no presenciado, en RCP previa a la llegada al centro de atención, asistolia o actividad eléctrica sin pulso en ritmos iniciales, paro cardio-respiratorio sin retorno a la circulación y comorbilidades importantes.

Ordenes de NO intentar reanimación (NIR)

Diferente de otras intervenciones médicas, la RCP es iniciada sin autorización médica, basado en el consentimiento de tratamiento de emergencia.

El médico tratante debe escribir NIR en la historia clínica y explicar racionalmente los motivos de dicha orden y alguna otra limitación para el cuidado. Esta última debe contener pautas para intervenciones específicas de emergencia que puedan surgir (por ejemplo: uso de vasopresores, productos sanguíneos o antibióticos). El alcance de una

	PROTOCOLO DE MANEJO PARA LA REANIMACIÓN CARDIO-PULMONAR CODIGO AZUL	Código: URGE-PR-005-01 Vigencia: Julio 2017 Versión: 04 Página: 15 de 19
--	--	---

orden de NIR debe especificar las acciones que deben ser negadas. Una orden de NIR no excluye automáticamente intervenciones como la administración de fluidos parenterales, nutrición, oxígeno, analgesia, sedación, antiarrítmicos o vasopresores a menos que estos estén incluidos en las ordenes.

La orden verbal del NIR no es aceptada si el médico tratante no está presente, el personal de enfermería puede aceptar esta orden telefóricamente con el compromiso de que el médico escribirá la orden pronto.

Nota: Es responsabilidad del jefe o coordinador de urgencias mantener actualizado este procedimiento

10- Complicaciones:

- No acudir en el menor tiempo posible a la atención del paciente
- No contar con personal capacitado en RCP
- No contar con los medicamentos e insumos completos en el carro de paro
- No contar con los equipos necesarios para la atención del código azul
- No contar con un sistema de referencia y contrareferencia inmediato que permita remitir un paciente si es necesario.

11- Recomendaciones:

- Contar con varios sistemas de información (alarma, teléfono, celular (whatsapp)).
- Realizar actividades para capacitar al personal con RCP
- Revisar periódicamente para verificar los medicamentos que hacen falta en el carro de paro.
- Tener el sistema de referencia y contrareferencia organizado para remisión de pacientes
- Los equipos deben tenerse en condiciones y ser revisados periódicamente por parte del biomedico.

11- Evaluación: Códigos azules del mes que fueron evaluados en el comité de urgencias y número de códigos azules ocurridos en el mes.

12- Bibliografía:

Protocolo de Código Azul, Hospital Universitario San Vicente de Paúl-Medellín. Nuevas tendencias mundiales en reanimación Cardio-pulmonar. Centro Internacional de Entrenamiento en Urgencias y Emergencias, SALAMANDRA 2006. Procedimiento establecido por el HOSPITAL DEPTAL MARIO CORREA RENGIFO año 2006 URGE-MA-005-05 punto 6.0, Descripción del procedimiento del código azul, paginas del 43 a 46.

	PROTOCOLO DE MANEJO PARA LA REANIMACIÓN CARDIO-PULMONAR CODIGO AZUL	Código: URGE-PR-005-01 Vigencia: Julio 2017 Versión: 04 Página: 16 de 19
--	--	---

13. Anexos:

Anexo N° 1. Contenido carro de paro

N°	PRESENTACION	CANTIDAD	UNIDADES				VENENOSIDAD	LOTE
			1	2	3	4		
1	Adrenalina 1 mg/ml	10						
2	Atropina 1 mg/ml	10						
3	Bicarbonato de Sodio 8.4%	10						
4	Bupivacaina 0.5%	10						
5	Cloruro de Calcio 10%	10						
6	Cloruro de Potasio 20%	10						
7	Cloruro de Sodio 0.9%	10						
8	Cloruro de Sodio 3%	10						
9	Cloruro de Sodio 0.45%	10						
10	Cloruro de Sodio 0.9%	10						
11	Cloruro de Sodio 0.45%	10						
12	Cloruro de Sodio 0.9%	10						
13	Cloruro de Sodio 0.45%	10						
14	Cloruro de Sodio 0.9%	10						
15	Cloruro de Sodio 0.45%	10						
16	Cloruro de Sodio 0.9%	10						
17	Cloruro de Sodio 0.45%	10						
18	Cloruro de Sodio 0.9%	10						
19	Cloruro de Sodio 0.45%	10						
20	Cloruro de Sodio 0.9%	10						
21	Cloruro de Sodio 0.45%	10						
22	Cloruro de Sodio 0.9%	10						
23	Cloruro de Sodio 0.45%	10						
24	Cloruro de Sodio 0.9%	10						
25	Cloruro de Sodio 0.45%	10						
26	Cloruro de Sodio 0.9%	10						
27	Cloruro de Sodio 0.45%	10						
28	Cloruro de Sodio 0.9%	10						
29	Cloruro de Sodio 0.45%	10						
30	Cloruro de Sodio 0.9%	10						
31	Cloruro de Sodio 0.45%	10						
32	Cloruro de Sodio 0.9%	10						
33	Cloruro de Sodio 0.45%	10						
34	Cloruro de Sodio 0.9%	10						
35	Cloruro de Sodio 0.45%	10						
36	Cloruro de Sodio 0.9%	10						
37	Cloruro de Sodio 0.45%	10						
38	Cloruro de Sodio 0.9%	10						
39	Cloruro de Sodio 0.45%	10						
40	Cloruro de Sodio 0.9%	10						
41	Cloruro de Sodio 0.45%	10						
42	Cloruro de Sodio 0.9%	10						
43	Cloruro de Sodio 0.45%	10						
44	Cloruro de Sodio 0.9%	10						
45	Cloruro de Sodio 0.45%	10						
46	Cloruro de Sodio 0.9%	10						
47	Cloruro de Sodio 0.45%	10						
48	Cloruro de Sodio 0.9%	10						
49	Cloruro de Sodio 0.45%	10						
50	Cloruro de Sodio 0.9%	10						
51	Cloruro de Sodio 0.45%	10						
52	Cloruro de Sodio 0.9%	10						
53	Cloruro de Sodio 0.45%	10						
54	Cloruro de Sodio 0.9%	10						
55	Cloruro de Sodio 0.45%	10						
56	Cloruro de Sodio 0.9%	10						
57	Cloruro de Sodio 0.45%	10						
58	Cloruro de Sodio 0.9%	10						
59	Cloruro de Sodio 0.45%	10						
60	Cloruro de Sodio 0.9%	10						
61	Cloruro de Sodio 0.45%	10						
62	Cloruro de Sodio 0.9%	10						
63	Cloruro de Sodio 0.45%	10						
64	Cloruro de Sodio 0.9%	10						
65	Cloruro de Sodio 0.45%	10						
66	Cloruro de Sodio 0.9%	10						
67	Cloruro de Sodio 0.45%	10						
68	Cloruro de Sodio 0.9%	10						
69	Cloruro de Sodio 0.45%	10						
70	Cloruro de Sodio 0.9%	10						
71	Cloruro de Sodio 0.45%	10						
72	Cloruro de Sodio 0.9%	10						
73	Cloruro de Sodio 0.45%	10						
74	Cloruro de Sodio 0.9%	10						
75	Cloruro de Sodio 0.45%	10						
76	Cloruro de Sodio 0.9%	10						
77	Cloruro de Sodio 0.45%	10						
78	Cloruro de Sodio 0.9%	10						
79	Cloruro de Sodio 0.45%	10						
80	Cloruro de Sodio 0.9%	10						
81	Cloruro de Sodio 0.45%	10						
82	Cloruro de Sodio 0.9%	10						
83	Cloruro de Sodio 0.45%	10						
84	Cloruro de Sodio 0.9%	10						
85	Cloruro de Sodio 0.45%	10						
86	Cloruro de Sodio 0.9%	10						
87	Cloruro de Sodio 0.45%	10						
88	Cloruro de Sodio 0.9%	10						
89	Cloruro de Sodio 0.45%	10						
90	Cloruro de Sodio 0.9%	10						
91	Cloruro de Sodio 0.45%	10						
92	Cloruro de Sodio 0.9%	10						
93	Cloruro de Sodio 0.45%	10						
94	Cloruro de Sodio 0.9%	10						
95	Cloruro de Sodio 0.45%	10						
96	Cloruro de Sodio 0.9%	10						
97	Cloruro de Sodio 0.45%	10						
98	Cloruro de Sodio 0.9%	10						
99	Cloruro de Sodio 0.45%	10						
100	Cloruro de Sodio 0.9%	10						

	PROTOCOLO DE MANEJO PARA LA REANIMACIÓN CARDIO-PULMONAR CODIGO AZUL	Código: URGE-PR-005-01 Vigencia: Julio 2017 Versión: 04 Página: 18 de 19
--	--	---

N°	PRESENTACION	CANTIDAD	UNIDADES	VENENOSIDAD	LOTE
1	Adrenalina 1 mg/ml	10			
2	Atropina 1 mg/ml	10			
3	Bicarbonato de Sodio 8.4%	10			
4	Bupivacaina 0.5%	10			
5	Cloruro de Calcio 10%	10			
6	Cloruro de Potasio 20%	10			
7	Cloruro de Sodio 0.9%	10			
8	Cloruro de Sodio 3%	10			
9	Cloruro de Sodio 0.45%	10			
10	Cloruro de Sodio 0.9%	10			
11	Cloruro de Sodio 0.45%	10			
12	Cloruro de Sodio 0.9%	10			
13	Cloruro de Sodio 0.45%	10			
14	Cloruro de Sodio 0.9%	10			
15	Cloruro de Sodio 0.45%	10			
16	Cloruro de Sodio 0.9%	10			
17	Cloruro de Sodio 0.45%	10			
18	Cloruro de Sodio 0.9%	10			
19	Cloruro de Sodio 0.45%	10			
20	Cloruro de Sodio 0.9%	10			
21	Cloruro de Sodio 0.45%	10			
22	Cloruro de Sodio 0.9%	10			
23	Cloruro de Sodio 0.45%	10			
24	Cloruro de Sodio 0.9%	10			
25	Cloruro de Sodio 0.45%	10			
26	Cloruro de Sodio 0.9%	10			
27	Cloruro de Sodio 0.45%	10			
28	Cloruro de Sodio 0.9%	10			
29	Cloruro de Sodio 0.45%	10			
30	Cloruro de Sodio 0.9%	10			
31	Cloruro de Sodio 0.45%	10			
32	Cloruro de Sodio 0.9%	10			
33	Cloruro de Sodio 0.45%	10			
34	Cloruro de Sodio 0.9%	10			
35	Cloruro de Sodio 0.45%	10			
36	Cloruro de Sodio 0.9%	10			
37	Cloruro de Sodio 0.45%	10			
38	Cloruro de Sodio 0.9%	10			
39	Cloruro de Sodio 0.45%	10			
40	Cloruro de Sodio 0.9%	10			
41	Cloruro de Sodio 0.45%	10			
42	Cloruro de Sodio 0.9%	10			
43	Cloruro de Sodio 0.45%	10			
44	Cloruro de Sodio 0.9%	10			
45	Cloruro de Sodio 0.45%	10			
46	Cloruro de Sodio 0.9%	10			
47	Cloruro de Sodio 0.45%	10			



MACROPROCESO PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO
 PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
 MODELO ACTA DE REUNIONES
 PD-DE-F-14 Ver 1

Protocolo traslado de pacientes

E. S. E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO			
PROCESO	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA		
SUBPROCESO	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA		
PROTOCOLO PARA EL TRANSPORTE DE PACIENTES			
PROTOCOLO PARA EL TRANSPORTE DE PACIENTES			
EJES TEMÁTICOS DE LA ACREDITACIÓN			
GESTIÓN DEL RIESGO	GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA		
ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO	HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD		
SANTIAGO DE CALI, JUNIO 2020			
Código RECO-PR-021-03	Versión 3	Página 1 de 15	Vigencia Junio 2020

E. S. E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO			
PROCESO	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA		
SUBPROCESO	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA		
PROTOCOLO PARA EL TRANSPORTE DE PACIENTES			
CONTENIDO			
1. OBJETIVO.....	3		
2. ALCANCE.....	3		
3. NORMATIVA.....	3		
4. DEFINICIONES.....	4		
5. RIESGO.....	5		
6. CONTENIDO.....	5		
7.1. RESPONSABILIDADES DEL PERSONAL.....	5		
7.2. DOCUMENTOS A PORTAR EN TRASLADO DE PACIENTES.....	7		
7.3. CONSIDERACIONES GENERALES.....	8		
7.4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.....	10		
7.5. FLUJOGRAMA.....	12		
7. RECURSOS.....	13		
8. RECOMENDACIONES.....	13		
9. COMPLICACIONES.....	13		
10. ANEXOS.....	14		
11. REGISTRO DE MODIFICACIONES.....	14		
12. ELABORO Y APROBO.....	15		
Código RECO-PR-021-03	Versión 3	Página 2 de 15	Vigencia Junio 2020

E. S. E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO			
PROCESO	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA		
SUBPROCESO	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA		
PROTOCOLO PARA EL TRANSPORTE DE PACIENTES			
1. OBJETIVO.			
Prestar un servicio de transporte de pacientes en un óptimo funcionamiento, evitando o disminuyendo la ocurrencia de eventos adversos.			
2. ALCANCE.			
Dirigido a profesionales médicos y no médicos, técnicos de enfermería, auxiliares, oficiales administrativos y conductores de la institución.			
3. NORMATIVA			
Ley 699/2000: Si durante un traslado se presenta un accidente o emergencia, el vehículo debe informar a la central de comunicaciones para solicitar apoyo externo, sin desviar la atención del paciente que lleva inicialmente.			
Artículo 131 de la LEY 699/2000: OMBIÓN DE SOCORRO. El que omite, sin justa causa, auxiliar a una persona cuya vida o salud se encuentre en peligro, incurrirá en prisión.			
Ley 778 y Resolución 1896/98: la elaboración de una correcta historia clínica está protegida y regulada por la ley 23181 al igual que la ausencia del consentimiento informado al paciente, el cual deberá ir firmado por el paciente o los testigos. Decreto 2423/98, Art. 7º Decreto 2174/98: hace referencia a la responsabilidad de las EPS y las IPS en la ubicación y la remisión de los pacientes.			
Decreto 2769 de 1991; Art. 6: las entidades públicas o privadas del sector salud que hayan prestado la atención inicial de urgencia, deben garantizar la remisión adecuada de estos usuarios a la institución del grado de complejidad requerida que se responsabilice de su atención.			
Decreto 2769 de 1991 Art. 8: la institución referente es responsable de la atención del usuario o del elemento objeto de remisión, hasta que ingrese a la institución receptora.			
Decreto 2309 de 2002: define el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.			
Resolución 1439 de 2002: adopta los manuales de estándares y de procedimientos para el sistema único de habilitación, incluyendo los requisitos vigentes para las ambulancias.			
Código RECO-PR-021-03	Versión 3	Página 3 de 15	Vigencia Junio 2020

E. S. E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO			
PROCESO	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA		
SUBPROCESO	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA		
PROTOCOLO PARA EL TRANSPORTE DE PACIENTES			
4. DEFINICIONES.			
Ambulancia: Vehículo destinado al transporte de personas enfermas o heridas, hacia, desde o entre lugares de tratamiento. El término ambulancia por lo general se utiliza para designar un vehículo usado para proporcionar cuidados médicos a pacientes que se encuentran lejos de un hospital o bien para transportar al paciente a un centro médico donde se pueda seguir de cerca su evolución y practicar un mayor número de pruebas médicas.			
Transporte primario: Es el traslado que se realiza desde el sitio de ocurrencia del evento hasta un centro de atención inicial. Este es el que implica directamente a la atención inicial .			
Transporte secundario: Es el traslado que se realiza desde un centro asistencial hasta otro centro o sitio, con el fin de completar el proceso de atención definitiva, este aplica a la atención secundaria .			
Ambulancia básica: Unidad de intervención con equipo específico de respuesta inicial tripulada por auxiliar de enfermería o técnico en atención especializada. Debe tener una camilla principal con sistema de anclaje, camilla secundaria, tabla espinal corta, tabla espinal larga, camilla tipo cuclera, millar o camilla de vacío, silla de ruedas, sistema de oxígeno con capacidad total de almacenamiento de 6 metros cúbicos, equipo de radiocomunicaciones, sistema sonoro de alerta vial adicional al pito o bocina.			
Ambulancia medicalizada: Unidad de intervención con equipo avanzado tripulada por médico entrenado, enfermera, auxiliar o técnico en atención especializada. Debe contener de la ambulancia básica más bríquetoscopio equitativo y pediátrico con lentes rectos y curvas, respirador o ventilador de transporte, volumen, presión o mixtos con dos circuitos respiratorios estériles, monitor de electrocardiografía con derivaciones portátiles, glóscopio , sistema electrónico de control de inhalación y glucómetro.			
Código RECO-PR-021-03	Versión 3	Página 4 de 15	Vigencia Junio 2020

E. S. E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO			
PROCESO	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA		
SUBPROCESO	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA		
PROTOCOLO PARA EL TRANSPORTE DE PACIENTES			
5. RIESGO.			
RIESGO	ACCIONES		
Fallas mecánicas.	Realizar mantenimientos preventivos y correctivos.		
Accidentes de tránsito.	Realizar capacitaciones a conductores y tripulantes sobre normas de tránsito.		
6. CONTENIDO.			
6.1 RESPONSABILIDADES DEL PERSONAL:			
CONDUCTOR:			
<ul style="list-style-type: none"> Debe contar con licencia de conducir profesional, necesaria para la conducción de ambulancia y vehículos de emergencia, según lo establecido en la Ley de Tránsito Vigente. Además, contar con los cursos pertinentes para el manejo de vehículos de emergencia. Renovar e informar a su jefatura directa, la vigencia de su Licencia de Conducir. Debe revisar periódicamente el estado del vehículo. Revisar al inicio de cada turno los niveles de fluido y líquidos del vehículo. Mantener su vehículo con el combustible necesario para cumplir su jornada de trabajo. Revisar el vehículo mantenga su documentación disponible y dentro del vehículo, además de verificar que está se encuentre al día. Mantener limpio y aseado el vehículo y la cabina de conducción del vehículo. Apoyar al Paramédico o auxiliar o al médico. Informar oportunamente cualquier avería que presente el vehículo al jefe de mantenimiento por medio de lista de chequeo QTEM-F-009-41. Debe ser responsable de otorgar un traslado seguro para el paciente y el traslado seguro para el paciente y el resto de la tripulación del vehículo. Debe llenar con letra clara y legible todas las listas de chequeo, formatos y bitácoras de día, además de llevar al día estos registros incorporando todos los datos indicados en ella. Deben tener capacitación en primeros auxilios en entidades de socorro o educativas públicas o privadas aprobadas por el gobierno en esta área y un curso de soporte básico de vida con una intensidad mínima de 40 horas técnica práctica. Debe haber cursado entrenamiento certificado por instituciones y se considera vigente hasta por tres años. 			
Código RECO-PR-021-03	Versión 3	Página 5 de 15	Vigencia Junio 2020

E. S. E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO			
PROCESO	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA		
SUBPROCESO	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA		
PROTOCOLO PARA EL TRANSPORTE DE PACIENTES			
MÉDICO O PARAMÉDICO:			
<ul style="list-style-type: none"> Deberá trasladar al paciente desde el servicio clínico que lo solicita. Recibirá la documentación clínica del paciente, medicamentos y equipos. Acompañará al paciente durante el traslado de ida y regreso en la cabina sanitaria del vehículo, en ningún momento deberá dejar solo al paciente durante el traslado hasta ser entregado a su destino final. Entregar el paciente con la documentación al lugar de referencia. Hacer firmar las historias clínicas de la ambulancia por la institución de referencia. Mantendrá los dispositivos de Calgro con su capacidad completa. Mantener limpio y desinfectado el habitáculo sanitario del vehículo (ver RECO-PR-021-04 Protocolo limpieza de ambulancia). Rever de los insumos necesarios para la atención del paciente. Es responsable del inventario del habitáculo sanitario, lo que se refiere a instrumentos, vestuario e insumos. Debe ser responsable de entregar diariamente las sábanas y frazadas sucias al encargado de la lavandería para su lavado, así como también recibir estos elementos de vestuario limpio. No podrá almacenar en el habitáculo sanitario vestuario particular, vestuario sucio y malos olores. Debe llenar con letra clara y legible todas las listas de chequeo y formatos del día, además de llevar al día estos registros incorporando todos los datos indicados en ella. Debe de llenar la bitácora de uso diario de la movi por traslado realizando la desinfección, ya sea de alta o baja. 			
RESPONSABILIDADES COMUNES:			
<ul style="list-style-type: none"> Está prohibido realizar trámites o actividades particulares durante el trayecto. Está prohibido la carga de combustible con paciente o personal. Está prohibido usar la ambulancia como vehículo de cualquier tipo de carga. No está permitido llevar en la cabina más de un familiar por paciente. Se debe considerar la ruta más segura para el traslado, esto con el fin de no arriesgar la integridad del paciente y la tripulación del vehículo. El uso y funcionamiento de los vehículos está regido por las normas de uso de vehículos fiscales. 			
Código RECO-PR-021-03	Versión 3	Página 6 de 15	Vigencia Junio 2020



**MACROPROCESO PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO
PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
MODELO ACTA DE REUNIONES
PD-DE-F-14 Ver 1**

	E. S. E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO
PROCESO	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
SUBPROCESO	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
PROTOCOLO PARA EL TRANSPORTE DE PACIENTES	

6.2 DOCUMENTO A PORTAR EN TRASLADO DE PACIENTES:

La tripulación de los vehículos de transporte de pacientes deberá portar la tarjeta, carné o certificado que lo acredite como profesional, técnico o tecnólogo, respectivamente, así como el certificado de entrenamiento en soporte vital básico o avanzado, según su perfil, y de primera auxilio o curso de primer respondedor para conductores, deberán contar con estos certificados en formato PDF visibles en el celular.

La ambulancia **pediátrica** debe llevar un formato de caja de medicamentos (RECO-F-021-05 y RECO-F-021-03), que incluya el acta de apertura de éste (RECO-F-021-04) y copia de la resolución de autorización de inscripción para manejo de medicamentos de control especial, emitido por el Fondo Nacional de Estudiantes (ver protocolo de Manejo de medicamentos de la ambulancia [pediátrica](#) RECO-FR-021-01).

6.3 HISTORIA CLÍNICA AMBULANCIA (RECO-F-021-09)

Todos los documentos que son diligenciados y utilizados en el servicio de referencia y contra referencia y que hacen parte de la historia clínica del paciente (formatos de traslado ambulancia ferretero, consentimientos informados, paracálculos realizados por otro prestador) deben ser diligenciados en su totalidad con letra clara, legible, sin tachones ni enmendaduras, los registros deben cumplir con las siguientes características:

INTEGRALIDAD: La historia clínica debe reunir información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos médicos etc., relativos a la atención de la salud en las fases de la de la promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento y rehabilitación de la enfermedad abordando como un todo en sus aspectos biológicos, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

REGUENCIALIDAD: Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención, desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de los servicios brindados al usuario.

RACIONALIDAD CIENTÍFICA: Es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en la salud brindadas a un usuario de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.

DISPONIBILIDAD: Es la posibilidad de utilizar la historia clínica de ambulancia en el momento que se necesita, con las limitaciones que impone la ley.

Código	Versión	Página	Vigencia
RECO-FR-021-03	3	7 de 15	Junio 2020

	E. S. E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO
PROCESO	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
SUBPROCESO	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
PROTOCOLO PARA EL TRANSPORTE DE PACIENTES	

- **Paciente pediátrico:** El traslado de pacientes pediátricos a remisión o por apoyo diagnóstico deberán siempre ir acompañados sea por un familiar o acompañante.
- **Pacientes en abandono o sin acompañante:** El hospital asigna una auxiliar de enfermería y trasladará pacientes en abandono o sin acompañante, siempre y cuando tenga valoración de trabajo social o psicológico, la diferencia que se tendrá con el paciente es el cuidado que se le da por parte del médico o paramédico dependiendo del tipo de ambulancia, aquí el responsable del traslado acompañará al paciente en todo momento hasta su ingreso al hospital, si el paciente va a remisión este deberá ir acompañado (dependiendo del caso).
- **Paciente pediátrico:** Como se describe en el protocolo de sujeción del paciente con código HOSP-FR-021-03, se realiza los siguientes tipos de inmovilización:
 - **Contención verbal:** Técnica de comunicación verbal clara y firme dirigida a explicar la causa de la necesidad de control y la razón que le acompaña o en el caso de los pacientes confusos o desorientados, buscar orientarlo con indicaciones repetitivas de donde está, el propósito de la examinación, la identidad de las personas que le atienden, tratar de explicar cada procedimiento o cada acción para minimizar la malinterpretación por parte del paciente.
 - **Contención farmacológica:** Consiste en la administración de un medicamento que es usado para controlar el comportamiento o el libre movimiento pero que no es parte del régimen diario de medicación de un paciente.
 - **Contención física:** Aplicación directa de la fuerza física a un paciente con (autorización de familiar) o sin su permiso (sin familiar), para restringir su libre movimiento. La fuerza física puede ser humana, con implementos mecánicos o con combinación de estos. La razón para realizar tanto la contención física como el aislamiento es la de proteger al paciente contra una lesión a sí mismo o a otros, debido a trastornos emocionales o comportamentales.

Para ampliar más el tema del manejo de este tipo de paciente se debe de leer el documento mencionado.

- En caso de fallecimiento del paciente durante el traslado, el profesional o técnico de la salud debe constatar el fallecimiento y retomar el acta de partida del paciente, es decir, si el paciente es del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo debe de retornar a la institución; si el paciente es de otra institución y fallece durante el traslado debe de retornarse a la institución de la cual fue recogido.

- **Preparación previa:**
 - Comprobar que la identidad del paciente y el procedimiento que tiene prescrito, se corresponden con el procedimiento al que van a ser sometido y con los datos que figure en el lugar de destino.

Código	Versión	Página	Vigencia
RECO-FR-021-03	3	9 de 15	Junio 2020

	E. S. E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO
PROCESO	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
SUBPROCESO	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
PROTOCOLO PARA EL TRANSPORTE DE PACIENTES	

- 3 **Traslado paciente para toma de exámenes externos:**
 - El paso a paso de cómo se debe de realizar este traslado se detalla en la **GUÍA PARA TOMA DE EXÁMENES EXTERNOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS** identificado con el código HOSP-G-004-7E.
- 4 **Remisión de pacientes:**
 - El paso a paso de cómo se debe de realizar este traslado se detalla en el **PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA** identificado con el código RECO-F-021-02.

Código	Versión	Página	Vigencia
RECO-FR-021-03	3	11 de 15	Junio 2020

	E. S. E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO
PROCESO	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
SUBPROCESO	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
PROTOCOLO PARA EL TRANSPORTE DE PACIENTES	

OPORTUNIDAD: Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

NOTA ACLARATORIA:
El médico o paramédico al llegar al hospital departamental Mario Correa debe de realizarse el registro en la historia clínica sistematizados en el módulo de gestión de remisión.
La historia clínica de ambulancia queda en custodia de facturación y desde el mes de junio 2020 también se guardan en forma digital.

6.4 CONSIDERACIONES GENERALES:

- El traslado de un paciente corresponde a una indicación médica por lo que debe estar registrado en los documentos pertinentes, así como el tipo de traslado a requerir.
- Información del traslado y solicitud del consentimiento informado de parte del paramédico, al familiar o acompañante, es decir es la historia clínica de la ambulancia RECO-F-021-09 en la cual el familiar o paciente firma la parte de atrás el consentimiento de traslado.
- El instrumental y/o dispositivos médicos estériles y/o sometidos a procesos de desinfección de alto nivel deberán ser almacenados de tal forma que garanticen su estado.
- En cada turno o jornada programada, la tripulación debe estar integrada de acuerdo a la normatividad vigente y al servicio habilitado, durante todo el tiempo que se encuentre en servicio.
- Tanto el médico, el paramédico o auxiliar de enfermería deberán tener conocimiento, habilidades, destrezas y experiencia en el manejo y operación de los equipos biomédicos (Médico: ventilador, monitor con registro electrocardiográfico y desfibrilador; incubadora, equipo de órganos de los sentidos, sonda nasogástrica); y la auxiliar de enfermería a paramédico: succionador o aspirador de secreciones).
- Todo paciente, al ser trasladado, debe ir acompañado por un paramédico, quien debe identificarse y permanecer a su lado durante el trayecto. En caso de ser:
 - **Ambulancia básica:** Equipo conformado por auxiliar de enfermería o técnico en atención **pediátrica**.
 - **Ambulancia pediatría:** Equipo conformado por médico entrenado, enfermera, auxiliar o tecnólogo en atención **pediátrica**.

Código	Versión	Página	Vigencia
RECO-FR-021-03	3	8 de 15	Junio 2020

	E. S. E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO
PROCESO	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
SUBPROCESO	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
PROTOCOLO PARA EL TRANSPORTE DE PACIENTES	

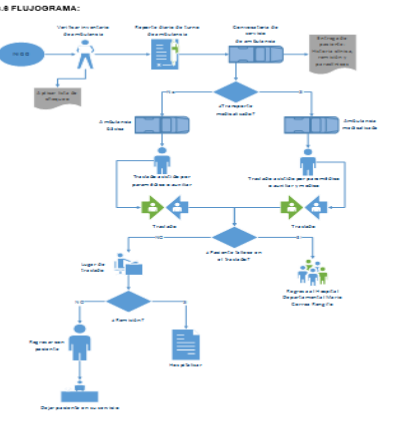
- Preparación del paciente de acuerdo a su nivel de riesgo dependencia.
- Preparación de la documentación del paciente.
- **Traslado:**
 - Uso de camita o camilla con bridas en alto.
 - Uso de cinturón de seguridad para el paciente y funcionario que lo acompaña.
 - Vigilar el estado del paciente, monitoreando los signos vitales, estado de conciencia y estado general.
 - Aseguramiento de camilla o sistema de fijación del móvil.
- **En el destino:**
 - Durante la estancia del paciente en lugar de destino, se le han de seguir proporcionando los cuidados necesarios para mantenerlo estable: aspiración de secreciones, medición de mantenimiento, etc.
- **Regreso a la unidad:**
 - Al llegar de nuevo al lugar de origen, situar al paciente en su área correspondiente.
 - Revisar metódicamente el estado y condiciones del paciente y los dispositivos que tenga aplicados.

6.6 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

Nº	ACTIVIDAD Y (DESCRIPCIÓN)	PROCESO RESPONSABLE	DOCUMENTO O REGISTRO	OBSERVACIONES
1	Dotación de ambulancia: Verificar que la ambulancia está completa de acuerdo a la lista de chequeo.	Conductor de turno	0205-41 Formulario inventario	Si no hay disponibilidad de ambulancia comunicarse con pool de ambulancias 486555 ext 6
2	Reporte diario de turno de ambulancia: Presentarse en cada servicio y delimitar el servicio número telefónico y sitio de succión inmediata.	Conductor y/o Paramédico	0205-41 Formulario Ambulancia	

Código	Versión	Página	Vigencia
RECO-FR-021-03	3	10 de 15	Junio 2020

	E. S. E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO
PROCESO	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
SUBPROCESO	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
PROTOCOLO PARA EL TRANSPORTE DE PACIENTES	



Código	Versión	Página	Vigencia
RECO-FR-021-03	3	12 de 15	Junio 2020



**MACROPROCESO PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO
PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
MODELO ACTA DE REUNIONES
PD-DE-F-14 Ver 1**

	E. S. E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO
PROCESO	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
SUBPROCESO	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
PROTOCOLO PARA EL TRANSPORTE DE PACIENTES	

7. RECURSOS.

RECURSO HUMANO: Debe estar conformado por el conductor, paramédico, el auxiliar de enfermería o de ambulancias o licenciada de enfermería y/o médico de acuerdo al recurso humano existente.

DOTACION DE LA AMBULANCIA: La ambulancia de traslado Básica o **medicada**, deben contar como mínimo de dotación, este se encuentra en los anexos, formato de inventario URGE-P-005-26, RECO-P-021-02 y RECO-P-021-03.

8. RECOMENDACIONES.

- En toda movilización, la actitud de la tripulación en la conducción debe ser prudente y cuidadosa a fin de evitar mayores riesgos.
- En caso de que la ambulancia sea solicitada por una autoridad competente (tránsito y/o policía y/o salud), para la atención de una emergencia en la vía pública, la tripulación deberá evaluar y prestar la atención requerida si fuese pertinente en atención al derecho a la vida. En cualquier caso, la movilización deberá infrimir a su central, de manera prioritaria sin perjudicar la oportunidad en la asistencia.
- La tripulación de las ambulancias deberá cumplir y respetar las normas de tránsito establecidas, salvo en los casos que prima el derecho a la vida. La atención de pacientes en ambulancias es un acto de salud y como tal, debe estar registrado, en la historia clínica.
- Todo paciente que sea trasladado en ambulancia debe contar con la asistencia permanente del equipo de salud (Auxiliar de enfermería y APH, médico en los casos que el estado de salud del paciente lo requiera) en el compartimento del paciente y por ningún motivo este personal debe viajar al lado del conductor, mientras tenga paciente a bordo.

9. COMPLICACIONES.

- Demoras de las remisiones.
- Dificultad en el transporte asistencial.
- Dificultad en los sistemas de información.
- No cumplimiento en la programación de ambulancias.
- La remisión no cumple con los criterios establecidos.

Código	Versión	Página	Vigencia
RECO-PR-021-03	3	13 de 15	Junio 2020

	E. S. E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO
PROCESO	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
SUBPROCESO	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
PROTOCOLO PARA EL TRANSPORTE DE PACIENTES	

10. ANEXOS.

- RECO-P-021-03 Inventario diario, Desinfección y entrega de turnos.
- URGE-F-005-036 Equipo básico de parto.
- RECO-F-021-03 Formato registro diario de los medicamentos de ambulancia 0050583000.
- RECO-F-021-04 Acta de apertura de medicamentos de la ambulancia **medicada**.
- RECO-F-021-05 Formato para el control de medicamentos e insumos de ambulancia 0050583000.
- RECO-P-021-09 Formato de traslado en ambulancia (historia clínica).
- GTEM-F-009-41 Formato inventario físico y estado de vehículo.
- HOEP-P-004-76 Guía para toma de exámenes externos para pacientes hospitalizados.
- HOEP-PR-004-80 Protocolo de sujeción del paciente.
- RECO-PR-021-01 Manejo medicamentos de la ambulancia **medicada**.
- RECO-P-021-02 Procedimiento de Referencia y **Contrareferencia**.
- RECO-PR-021-04 Protocolo limpieza de ambulancia.

11. REGISTRO DE MODIFICACIONES.

Versión	Fecha	Modificación o Cambio
2	Marzo 2016	Incorporación de código, Síntesis, Marco Legal, Responsabilidades, Documentos a cargo en Ambulancia y traslado de pacientes pediátricos o sin acompañantes. Ajuste Tipos de traslado, Dotación de la ambulancia y Flujograma.
3	Junio 2020	Se complementan las definiciones y las responsabilidades. Se cambia el código URGE-P-005-26 por RECO-PR-021-03

Código	Versión	Página	Vigencia
RECO-PR-021-03	3	14 de 15	Junio 2020

	E. S. E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO
PROCESO	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
SUBPROCESO	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
PROTOCOLO PARA EL TRANSPORTE DE PACIENTES	

12. ELABORO Y APROBÓ.

Elaborado por: JULIO CESAR BAENA CAMPO Jefe de referencia y <u>Contrareferencia</u>	Aprobado por: DANIELA GALVÁN Subgerente Científica
---	--

Plan de mejora Hospital Mario Correa R.

No.	Tipo de Fuente	Nombre de Fuente	Fecha de reporte	Ítem a mejorar	Descripción de la oportunidad de mejora (hallazgo, problema, falla, desviación, incumplimiento)	Causas	Descripción de la causa	Oportunidad de Mejora?	Acciones ¿CÓMO LO VAMOS A HACER? Actividades específicas para desarrollar la oportunidad de mejora en ciclo PDCA (deben iniciar con verbo en infinitivo)	Barreras	Indicadores
1	NO CONFORME	SEGURIDAD DEL PACIENTE	08-feb	PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN DE PACIENTES DEL SERVICIO DE LA UCI.	1. PACIENTE DE 80 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE BASE COVID (+) QUE SE ENCUENTRA BAJO SEDEO REALIZACIÓN ENTUBADO CON MAS DE 20 DIAS DE HOSPITALIZACIÓN PRESENTA ULCERA POR PRESIÓN GRADO 1 EN ZONA SACRA, SE COMENTA CON ENFERMERAS DE COVE, QUE LE REALIZA EL RESPECTIVO MANEJO ACORDE A LA LESION OMARÍA GARCÍA DE DOMÍNGUEZ 3019 2. PACIENTE HERNÁN MORENO CC. 6457783, QUE PRESENTA ZONA DE PRESIÓN SACRA POR ESTANCIA PROLONGADA SE REPORTA A JEFE DE TURNO QUIEN INICIA MANEJO RESPECTIVO. 3008 3. se reporta paciente de la cama 13 del servicio de unidad de cuidados intensivos paciente hubertino romero con zona de presión del 1 de enero que se trata con equimosis y cambios de posición, se le reporta a cove y el día de hoy inicia manejo con parche.3005	1. Paciente dependientes del cuidado por intubación y fo sedación consciente. 2. Incremento de numero de paciente de acuerdo a la asignación de personal en ocasiones 4 pacientes por auxiliar de enfermería. 3. pacientes con obesidad morbilidad. 4. pacientes con estado nutricional no optima. 5. pacientes con con multiples comorbilidades que incrementan el riesgo. DM- HTA, HIPOTIROIDISMO, CORONARIOS, RENALES ETC. 6. por parte del talento humano demora en los cambios de pañal, incrementando la humedad el riesgo. 7. pacientes con estancias hospitalarias prolongadas. 8. pacientes con evolucion clinica estacionaria.	causas de tipo metodologica: causas por el talento humano: demora en la realizacion de los cambios de posicion. falta de trabajo en equipo. multiples actividades del cuidado de enfermeria. habilidades del personal auxiliar para desarrollar las tareas a tiempo. Causas propias del paciente: paciente con multiples comorbilidades, obesos, en condiciones de deterioro alto riesgo, condicion clinica del	Disminuir la ocurrencia de ulceras por presion en pacientes hospitalizados en el servicio de UCI.	P. Realizar el ajuste al documento de prevencion de ulceras por presion teniendo en cuenta que los tiempos del servicio uci son diferentes. H. Planeacion de realizar rondas por parte de terapia respiratoria, fisica, enfermeria y personal medico con el fin de evidenciar posiciones prolongadas. . H. cumplir con los cambios de posicion en los horarios definidos 10 am, 2pm, 11pm, teniendo en cuenta los factores que incrementan el riesgo de presentar una ulcera al paciente. H. Implementacion de un sistema de alarma que recuerde los horarios. V. rondas de seguridad del paciente de acuerdo al cronograma, cambios de posicion continuos, el indicador de ulceras por presion en hospitalizacion uci.	metodologica manejo de cura	Total de que pres en el per



**MACROPROCESO PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO
PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
MODELO ACTA DE REUNIONES
PD-DE-F-14 Ver 1**

Código: GCAL-F-012-13 Vigencia: Enero 2020 Versión: 10													
Barretas	Indicador correspondiente	P	Responsable P	H	Responsable H	V	Responsable V-A	Proceso gto Áreas Involucradas	Fecha propuesta de inicio	Fecha propuesta de cierre	Seguimiento	Evidencia de cumplimiento	Estado Acción
metodologica mano de obra	Total de pacientes que presentan úlceras en el periodo.	C	coordinación de uci.	C	coordinación de uci	C	coordinación de uci cove/seguridad del paciente.	coordinación de uci cove/seguridad del paciente/ subdireccion científica.	abr-21	may-21	1.Registros de sabana de enfermería. 2.notas de enfermería en la historia clínica. 3.diminucion del numero de ulceras presentadas en el servicio. 11 de mayo 21: se realiza seguimiento con la coordinadora de uci: 1.Se cuenta con sabana de enfermería donde se registran los cambios de posicion durante las 24 horas, con un tiempo promedio de cambio de 3 hora. 2.se hara verificación por aparte de seguridad los registros que se realicen oportunamente. 3.se ha evidencia disminucion de ulceras por presion de pacientes debido a wque se fortalecio la ronda por parte de equipo multidisciplinario quien da el apoyo para realizacion de cambios de psicion. sep 9 de 21: se evidencia que el personal ha mejorado en el registro de la sabana	no conformes indicador registro fotografico	C

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
2	NO CONFORME	SEGURIDAD DEL PACIENTE	feb-21	PREVENIR INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION EN SALUD EN LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.	PACIENTES QUE DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA PRESENTAN INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION EN SALUD. 1.RIOS LUIS FERNANDO: 1083866135 2.OCHOA HUMBERTINO: 2549259 3.LOMBANA DANIEL: 2813100 4.MORALES JOSE ALEJANDRO: 5280537 5. DE CRILLO ANA MGDALIA: 31206583 6. HERNANDEZ LUIS HERNANDO: 6555165 7. CAMPO FABIOLA: 25212837 8. GOMEZ JESUS ANTONIO: 12100908 9. NANEZ HERNAN: 6457759 10. RODRIGUEZ JOSE VILMER: 16626333 11. BAÑOL, JUAN DE JESUS: 16586756 12. MORALES JOSE ALEJANDRO: 5280537	1. Uso y rehuso de dispositivos medicos con inadecuados procesos de limpieza y desinfeccion. 2. No se cuenta con los antiséptico adecuado para la realización de procedimientos a pacientes. 3. Falta comunicación y trabajo en equipo. 4. Débil adherencia al protocolo de lavado de manos. 5. Falta de conciencia y de cultura, sensibilización del personal asistencial. 6. Falta personal especialista en infectología par seguimiento a IAAS. 7. Desconocimiento y falta de apropiación de los lineamientos institucionales. 8. Pacientes con factores de riesgo por múltiples comorbilidades y edad avanzada. 9. Falta de lava manos para	1.falta de protocolos y Debilidad en la adherencia para el manejo de infecciones. 2.Falta de disponibilidad de los recursos necesarios para garantizar el cumplimiento de los procesos. 3.Falta de concientizacion por parte del personal para la aplicación de las buenas practicas que promueven el cuidado del paciente en la prestacion del servicio.	Fortalecer los mecanismos definidos en el plan de prevencion y control de infecciones con el fin de disminuir la propagacion de microorganismos en el servicio de la uci.	P: Incluir en el cronograma de limpieza y desinfeccion de alta de superficies de las habitaciones de la uci por parte de servicios generales cuando el paciente egresa. P: Programar con la coordinadora del servicio la desinfeccion de equipos por parte del personal de enfermería. P: Realizar requerimiento al área de compras de la clorexidina para la realización de procedimientos invasivo con las concentraciones adecuadas para garantizar el proceso y el correcto lavado de manos. P: Realizar requerimiento al área de mantenimiento los soportes para el jabón, toallas, percheros. P: Revisar los procedimientos de uso y reuso de materiales en el servicio de la uci. P: Realizar la solicitud de necesidad de contratar medico infectologo. H: Ejecutar la programacion de desinfeccion de las habitaciones. H: Ejecutar la desinfeccion de los equipos biomedicos por parte del personal de enfermería. H: Instalar los soportes faltantes de jabon, toallas y percheros por parte del área de mantenimiento. H: Definir los insumos a reutilizar a garantizando los procesos adecuados para evitar el cruce de infecciones. H: disponer del antimicrobio ana clorexidina para garantizar la asepsia de los procedimientos invasivos y lavado bucal en pacientes ventilados. V: Evaluar al personal sobre las técnicas de asepsia y antiseptia, mediante aplicacion de lista de chequeo de lavado de manos u	Metodologica Financiera Talento Humano

K	L	M	N	O	P	Q	R	T	U	V	W	X	Y	Z	AA
Metodologica Financiera Talento Humano	tasa de infecciones asociadas a dispositivos.	C	coordinador a de uci- gestion de suministros- coordinacion medica- cove- seguridad del paciente.	C	coordinadora de uci- gestion de suministros- coordinacion medica- cove- seguridad del paciente- mantenimiento	C	coordinacion uci- cove- seguridad del paciente.	coordinadora de uci- gestion de suministros coordinacion medica- cove- seguridad del paciente- mantenimiento.		mar-21	mezual	seguimiento abril: con respecto a la desinfeccion de equipos se implemento que deben desinfectar en cada turno, por parte de: bombas y monitores: enfermería ventiladores: terapia respiratoria camas, unidad en general personal de servicios generales. Se cuenta con la clorexidina antibacterial para lavado de manos. se realizo carta de requerimiento de insumos para lavado de manos y percheros para la colocacion de las batas y dispensadores de jabon, toallas y alcohol glicerinado. se realizo la solicitud de requerimiento del infectologo por parte de la subdireccion y coordinacion medica	1.cartas de solicitudes. 2.lista de asistencia de las capacitaciones. 3.video de las capacitaciones 4.registros de desinfeccion a partir del día de 2 de marzo. 5.formato de limpieza y desinfeccion diaria.	C	



MACROPROCESO PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO
 PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
 MODELO ACTA DE REUNIONES
 PD-DE-F-14 Ver 1

Medición de adherencia buena practicas HMCR
 Caídas

SERVICIO	FECHA	PACIENTE	CRITERIO 1	CRITERIO 2	CRITERIO 3	CRITERIO 4	CRITERIO 5	TOTAL CRIT	TOTAL CRIT	TOTAL CRIT	ADHEREN	PROMEDIO POR PERSONA	PROMEDIO GLOBAL	CRITERIO 7	CRITERIO 8	CRITERIO 9	CRITERIO 10	CRITERIO 11	CRITERIO 12					
urgencias	06 de abril 2021	rosa marroquin cc. 20270236	si	si	si	si	no	si	5	1	0	83%	83%	83%	si	no	si	si	n/a	n/a				
		gorge montes cc. 16593821	si	si	si	si	no	si	5	1	0	83%			si	no	si	si	n/a	n/a				
		leidy gonzalez cc. 1086052134	si	si	si	si	no	si	5	1	0	83%			si	no	si	si	n/a	n/a				
		ovidio antonio cc. 10061385	si	si	si	si	no	si	5	1	0	83%			si	no	si	si	n/a	n/a				
		alicia osorio cc. 31277822	si	si	si	si	no	si	5	1	0	83%			si	no	si	si	n/a	n/a				
urgencias	20 de abril del 2021	gilberto tulio cc. 14960887	si	si	si	si	no	si	5	1	0	83%			83%	83%	si	no	si	si	n/a	n/a		
		valentino garzon cc. 4398140	si	si	si	si	no	si	5	1	0	83%					si	no	si	si	n/a	n/a		
		lizeth dayana cc. 1110363480	si	si	si	si	no	si	5	1	0	83%					si	no	si	si	n/a	n/a		
		edwin mero cc. 100771475	si	si	si	si	no	si	5	1	0	83%					si	no	si	si	n/a	n/a		
		pedro antonio gutierrez cc. 6486051	si	si	si	si	no	si	5	1	0	83%					si	no	si	si	n/a	n/a		
urgencias	27 de abril	claudia tenorio cc. 1107062055	si	si	si	si	no	si	5	1	0	83%					83%	83%	si	no	si	si	n/a	n/a
		maria del mar burbano 112478535	si	si	si	si	no	si	5	1	0	83%							si	no	si	si	n/a	n/a
		veronica gamboa cc. 1151941771	si	si	si	si	no	si	5	1	0	83%							si	no	si	si	n/a	n/a
		rafael bullas 14465468	si	si	si	si	no	si	5	1	0	83%							si	no	si	si	n/a	n/a
		jaime rubiano cc. 6422652	si	si	si	si	no	si	5	1	0	83%							si	no	si	si	n/a	n/a
antony andres arias 1087749747	si	si	si	si	no	si	5	1	0	83%	si	no	si	si					n/a	n/a				
darley pedroza cc. 1119582213	si	si	si	si	no	si	5	1	0	83%	si	no	si	si					n/a	n/a				

CAIDAS URG CAIDAS PED CAIDAS QX CAIDAS MED 1 CAIDAS MED 2 CAIDAS UCI

CRITERIO 7	CRITERIO 8	CRITERIO 9	CRITERIO 10	CRITERIO 11	CRITERIO 12	TOTAL CRIT	TOTAL CRIT	TOTAL CRIT	ADHERENCI	PROMEDIO POR PERSONA	PROMEDIO GLOBAL
si	no	si	si	n/a	n/a	3	1	2	50%	50%	50%
si	no	si	si	n/a	n/a	3	1	2	50%		
si	no	si	si	n/a	n/a	3	1	2	50%		
si	no	si	si	n/a	n/a	3	1	2	50%		
si	no	si	si	n/a	n/a	3	1	2	50%		
si	no	si	si	n/a	n/a	3	1	2	50%		
si	no	si	si	n/a	n/a	3	1	2	50%		
si	no	si	si	n/a	n/a	3	1	2	50%		
si	no	si	si	n/a	n/a	3	1	2	50%		
si	no	si	si	n/a	n/a	3	1	2	50%		
si	no	si	si	n/a	n/a	3	1	2	50%		
si	no	si	si	n/a	n/a	3	1	2	50%		

CRITERIO 7 EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA REALIZA LA PRIMERA VALORACION DE RIESGO DE CAIDA AL PACIENTE CUANDO INGRESA AL SERVICIO MEDIANTE VALORACION FISICA ANAMNESIS, INTEGRACION DEL PACIENTE
 CRITERIO 8 VERIFICA QUE EL PACIENTE CUENTE CON LA MANILLA DE IDENTIFICACION CON COLOR ROJO QUE HACE REFERENCIA LA RIESGO DE CAIDA, DEBIDAMENTE DILIGENCIADO (NOMBRES, COMPLETOS, DOCUMENTOS)
 CRITERIO 9 DILIGENCIA LA ESCALA DE CAIDAS PARA CLASIFICAR EL NIVEL DE RIESGO EN EL SISTEMA PANACEA DOWNTON
 CRITERIO 10 EL AUXILIAR DE ENFERMERIA APLICA LAS ACCIONES PREVENTIVAS PARA MINIMIZAR UNA CAIDA EN EL PACIENTE.
 CRITERIO 11 EL AUXILIAR DE ENFERMERIA VERIFICA QUE, SI EL PACIENTE SE ENCUENTRA EN LA CAMA TIENE LAS BARANDAS ARRIBA
 CRITERIO 12 EL AUXILIAR DE ENFERMERIA SABE COMO REPORTAR UN EVENTO ADVERSO RELACIONADO CON CAIDA DE PACIENTE.
 CRITERIO 13 CUENTA CON ESCALERA PARA MOVILIDAD DEL PACIENTE
 CRITERIO 14 EL BAÑO CUENTA CON LAS BARANDAS Y PISO ANTIDESLIZANTE

CAIDAS URG CAIDAS PED CAIDAS QX CAIDAS MED 1 CAIDAS MED 2 CAIDAS UCI

Ulceras por presión:

SERVICIO	FECHA	PACIENTE	CRITERIO 1	CRITERIO 2	CRITERIO 3	CRITERIO 4	CRITERIO 5	TOTAL CRIT	TOTAL CRIT	TOTAL CRIT	ADHEREN	PROMEDIO POR PERSONA	PROMEDIO GLOBAL	CRITERIO 6	CRITERIO 7	CRITERIO 8	TOTAL CRIT	TOTAL CRIT	TOTAL CRIT	DE ADHERENCIA	PROMEDIO POR PERSONA			
urgencias	06 de abril 2021	rosa marroquin cc. 20270236	si	si	si	si	n/a	4	0	1	80%	80%	80%	si	si	n/a	2	0	1	67%				
		gorge montes cc. 16593821	si	si	si	si	n/a	4	0	1	80%			si	si	n/a	2	0	1	67%				
		leidy gonzalez cc. 1086052134	si	si	si	si	n/a	4	0	1	80%			si	si	n/a	2	0	1	67%				
		ovidio antonio cc. 10061385	si	si	si	si	n/a	4	0	1	80%			si	si	n/a	2	0	1	67%				
		alicia osorio cc. 31277822	si	si	si	si	n/a	4	0	1	80%			si	si	n/a	2	0	1	67%				
urgencias	20 de abril del 2021	gilberto tulio cc. 14960887	si	si	si	si	n/a	4	0	1	80%			80%	80%	si	si	n/a	2	0	1	67%		
		valentino garzon cc. 4398140	si	si	si	si	n/a	4	0	1	80%					si	si	n/a	2	0	1	67%		
		lizeth dayana cc. 1110363480	si	si	si	si	n/a	4	0	1	80%					si	si	n/a	2	0	1	67%		
		edwin mero cc. 100771475	si	si	si	si	n/a	4	0	1	80%					si	si	n/a	2	0	1	67%		
		pedro antonio gutierrez cc. 6486051	si	si	si	si	n/a	4	0	1	80%					si	si	n/a	2	0	1	67%		
urgencias	27 de abril	claudia tenorio cc. 1107062055	si	si	si	si	n/a	4	0	1	80%					80%	80%	si	si	n/a	2	0	1	67%
		maria del mar burbano 112478535	si	si	si	si	n/a	4	0	1	80%							si	si	n/a	2	0	1	67%
		veronica gamboa cc. 1151941771	si	si	si	si	n/a	4	0	1	80%							si	si	n/a	2	0	1	67%
		rafael bullas 14465468	si	si	si	si	n/a	4	0	1	80%							si	si	n/a	2	0	1	67%
		jaime rubiano cc. 6422652	si	si	si	si	n/a	4	0	1	80%							si	si	n/a	2	0	1	67%
antony andres arias 1087749747	si	si	si	si	n/a	4	0	1	80%	si	si	n/a	2					0	1	67%				
darley pedroza cc. 1119582213	si	si	si	si	n/a	4	0	1	80%	si	si	n/a	2					0	1	67%				



MACROPROCESO PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO
 PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
 MODELO ACTA DE REUNIONES
 PD-DE-F-14 Ver 1

LISTA DE CHEQUEO DE IDENTIFICACION SEGURA DE PACIENTES															PROMEDIO INDIVIDUAL POR PERSONA	ADHERENCIA GLOBAL
PERSONA A EVALUAR	SERVICIO	FECHA	PACIENTE	CRITERIO 1	CRITERIO 2	CRITERIO 3	CRITERIO 4	CRITERIO 5	CRITERIO 6	CRITERIO 7	TOTAL CRITERIOS SI	TOTAL CRITERIO NO	TOTAL CRITERIO NA	% DE ADHERENCIA		
rosmeny-angela	quirurgicas	08 de abril 2021	elbin benitez	si	si	si	si	si	no	n/a	5	1	1	71%		
			nulver gomez	si	si	si	si	si	si	n/a	6	0	1	86%		
			aurora morales	si	si	si	si	si	si	si	n/a	6	0	1	86%	
			denice vela	no	si	no	si	si	no	n/a	3	3	1	43%		
			william martinez	si	si	si	si	si	no	n/a	5	1	1	71%		
victoria-angela	quirurgicas	15 de abril 2021	jose rios	si	si	si	si	si	si	n/a	6	0	1	100%		
			nulver gomez	si	si	si	si	si	si	n/a	6	0	1	100%		
			sandra bermudez	si	si	si	si	si	no	n/a	5	1	1	83%		
			william martinez	si	si	si	si	si	no	n/a	5	1	1	83%		
			luis vallejo	si	si	si	si	si	si	n/a	6	0	1	100%		

Soportes de mantenimiento planta y tanques

BOBBIAN M. ZARATE S.A.S
 Calle 28A # 24A - 94
 Teléfono: +52 3261036
 Celular: 320755075
 Cali - Valle

Código: M.F.6-002 Vigencia Actual: 5/10/2017
 Versión: 4.0 Página: 5 de 8

FORMATO PARA TOMA DE MUESTRAS

EMPRESA / RAZÓN SOCIAL: Accoalent
 PUNTO DE MUESTREO: Hospital DPTal Mayor Concei Rengifo
 DIRECCIÓN: ESE
 CONTACTO: Cia 38.001 # 2A-00

FECHA DE LA TOMA: 12 Julio 2021
 HORA DE LA TOMA: _____
 TELEFONO Fijo: _____
 CEL IN AIR: _____
 CÓDIGO EL ECTRÓNICO: _____

Nº DE ANÁLISIS	DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA	pH	TEMP	ODOR	COLOR	TRANSPARENCIA	SUSPENSIÓN
15.13	Tanque Plastico 1	7.6	30	1.0	ACEPTABLE	FONDO VISIBLE	AUSENTES
15.25	Tanque Plastico 3	7.7	30	1.0	ACEPTABLE	FONDO VISIBLE	AUSENTES
15.30	Tanque Plastico 5	8.2	29	1.0	ACEPTABLE	FONDO VISIBLE	AUSENTES
15.42	Tanque Plastico 7	7.6	29	1.0	ACEPTABLE	FONDO VISIBLE	AUSENTES
15.59	Tanque Plastico 9	7.8	29	1.0	ACEPTABLE	FONDO VISIBLE	AUSENTES

OBSERVACIONES: _____

TOMA RESPONSABLE DE LA TOMA: Alma Zarate

BOBBIAN M. ZARATE S.A.S
 Calle 28A # 24A - 94
 Teléfono: +52 3261036
 Celular: 320755075
 Cali - Valle

Código: M.F.6-002 Vigencia Actual: 5/10/2017
 Versión: 4.0 Página: 5 de 8

FORMATO PARA TOMA DE MUESTRAS

EMPRESA / RAZÓN SOCIAL: Accoalent
 PUNTO DE MUESTREO: Hospital DPTal Mayor Concei Rengifo
 DIRECCIÓN: ESE
 CONTACTO: Cia 38.001 # 2A-00

FECHA DE LA TOMA: 12 Julio 2021
 HORA DE LA TOMA: _____
 TELEFONO Fijo: _____
 CEL IN AIR: _____
 CÓDIGO EL ECTRÓNICO: _____

Nº DE ANÁLISIS	DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA	pH	TEMP	ODOR	COLOR	TRANSPARENCIA	SUSPENSIÓN
15.13	Tanque Plastico 1	7.6	30	1.0	ACEPTABLE	FONDO VISIBLE	AUSENTES
15.25	Tanque Plastico 3	7.7	30	1.0	ACEPTABLE	FONDO VISIBLE	AUSENTES
15.30	Tanque Plastico 5	8.2	29	1.0	ACEPTABLE	FONDO VISIBLE	AUSENTES
15.42	Tanque Plastico 7	7.6	29	1.0	ACEPTABLE	FONDO VISIBLE	AUSENTES
15.59	Tanque Plastico 9	7.8	29	1.0	ACEPTABLE	FONDO VISIBLE	AUSENTES

OBSERVACIONES: _____

TOMA RESPONSABLE DE LA TOMA: Alma Zarate



MACROPROCESO PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO
 PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
 MODELO ACTA DE REUNIONES
 PD-DE-F-14 Ver 1



HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
 PATRULLA SOCIAL, S.S. CENTRO
 TEL: 495.366.0414

EL PROCESO DE GESTIÓN DE MANTENIMIENTO
 DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.

CERTIFICA

Que el día 23 de febrero 2021 se realizó el siguiente mantenimiento a la PLANTA ELÉCTRICA Cali número de serie 670020364, marca CATERPILLAR con capacitor de 256 KVA:

- Cambio de aceite motor
- Cambio de filtro de aceite (cantidad 2)
- Filtro de aire
- Adición de refrigerante al radiador
- Limpieza de cableado al generador
- Lavado a presión

Para constancia de lo anterior se firma en Santiago de Cali, a los nueve (9) días del mes de junio del dos mil veintiuno (2021).

Abordamiento,

JAIME FLÓREZ GUTIERREZ
 Profesional Ingeniero
 Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E.

Calle 2A Oeste # 70 - 30 / PBX 3180270 Fax 3230090
 www.hospitalmario.com.co
 Cali - Valle del Cauca



NIT: 900.950.719-7
 Matrícula: 949142-16

Cali, agosto 31 del 2021

INFORME TÉCNICO DEL MANTENIMIENTO REALIZADO AL EQUIPO ELÉCTROGÉNEO DE EMERGENCIA CATERPILLAR 256KVA TRIFÁSICO 127/220V DEL HOSPITAL MARIO CORREA DE LA CIUDAD DE CALI (VALLE DEL CAUCA). CONTRATO NO. OS - 052 - 2021.

COMERCIALIZADORA ROMO S.A.S identificada con NIT 900.950.719, dando cumplimiento a las actividades del contrato de prestación de servicios No. OS - 052 - 2021 con objeto de "Mantenimiento Correctivo a todo costo de la Planta Eléctrica de Emergencia 3306 de propiedad del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E. para su óptimo funcionamiento", personal técnico de la empresa se movilizó en diferentes días del mes de agosto de 2021 a las instalaciones del hospital para realizar el mencionado mantenimiento.

Durante el tiempo que duro el mantenimiento se instala un equipo electrogéne Ricardo 220kVA 127/220V trifásico en reemplazo del Caterpillar 3306 para continuar con el abastecimiento de energía eléctrica de emergencia en caso de que llegara a faltar la energía del operador de red (Emcal). Previamente se realizó un análisis de calidad de energía eléctrica durante 24 horas usando el analizador de red Hioki 3197 para tener claridad del comportamiento de algunos parámetros eléctricos como las Potencias (activa, reactiva y aparente), corrientes, tensiones, frecuencia, Armónicos, entre otros; este estudio muestra que la potencia máxima requerida por la carga (Hospital Mario Correa) es 168kW de potencia activa trifásica, entre otros parámetros que no es necesario mencionar.

En la tabla 1 se especifican los hallazgos encontrados al momento de la visita (estado inicial y final) del grupo electrogéne y adicionalmente se añaden las observaciones pertinentes.

Tabla 1. Reporte de la visita técnica

CABECERA MUNICIPAL	SITIO	ESTADO INICIAL	PROCEDIMIENTO, ESTADO FINAL Y RECOMENDACIONES
		Planta eléctrica Caterpillar 256kVA con control analógico McPherson ECU 02 el cual es antiguo y con mangueras, filtros de aire, aceite y	Se desmontó el radiador para su respectiva reparación junto con el turbo. Se reemplazo por nuevas las mangueras, filtros de aire, aceite y

Calle 35N #3N - 70, Prados del Norte, Cali, Valle Tel: (032) 347 2306
 servicioalcliente@grupopreserialromo.com, comercial@grupopreserialromo.com



NIT: 900.950.719-7
 Matrícula: 949142-16

CABECERA MUNICIPAL	SITIO	ESTADO INICIAL	PROCEDIMIENTO, ESTADO FINAL Y RECOMENDACIONES
4	Cali Hospital Mario Correa	funcionalidades limitadas. El termostato y los amortiguadores estaban dañados, en algunas mangueras existía fuga de agua, las correas estaban desgastadas y la pintura deteriorada. Los filtros de aire, combustible y aceite ya habían cumplido su ciclo, el radiador tenían fugas de agua. El equipo electrogéne estaba con multiplex inconvenientes que debían ser intervenidos, pero funcionaba.	combustible, empaques de la tapa válvula y Carter, las respectivas correas; además se le cambió el aceite completamente, el sensor de temperatura, sensor de presión del aceite, el respiradero del motor, el precalentador de camisas, relays y diodos. Al equipo electrogéne se le realizó un lavado externo para luego proceder con el proceso de pintura (usando pintura de alta temperatura y del mismo color original). Luego se cambió completamente el control analógico McPherson ECU 02 por un control digital Smartgen HGM 6120N con mejores prestaciones y actualizado. Finalmente, se realizó el encendido del equipo electrogéne y se hicieron los ajustes respectivos para su sincronización con el sistema de transferencia automática.

Se cumplieron los ítems requeridos por el hospital Mario Correa en la documentación enviada a la Comercializadora Romo, estos ítems son los siguientes:

- Soportes de Motor
- Termostatos.
- Sellos de Lubricación del Turbo.
- Empaque de Carter.
- Empaque Tapa Válvulas.
- Respiradero del Motor.
- Calibrer Válvulas.
- Indicador Presión del Combustible.
- Precalentado de Camisas.
- Cambio de Tablero de Mando.
- Sensor de Temperatura.
- Sensor de Presión de Aceite.

Calle 35N #3N - 70, Prados del Norte, Cali, Valle Tel: (032) 347 2306
 servicioalcliente@grupopreserialromo.com, comercial@grupopreserialromo.com



NIT: 900.950.719-7
 Matrícula: 949142-16

- Cambio de Relays.
- Cambio de Diodos.
- Cambio de Aceite de Motor.
- Cambio de Filtro de Aire.
- Cambio de Filtro de Aceite.
- Cambio de Filtro de Combustible.
- Remover Radiador para Sondeo y reparación.

REGISTRO DE FOTOS CATERPILLAR 3304 MCR

ANTES



Calle 35N #3N - 70, Prados del Norte, Cali, Valle Tel: (032) 347 2306
 servicioalcliente@grupopreserialromo.com, comercial@grupopreserialromo.com



NIT: 900.950.719-7
 Matrícula: 949142-16



Calle 35N #3N - 70, Prados del Norte, Cali, Valle Tel: (032) 347 2306
 servicioalcliente@grupopreserialromo.com, comercial@grupopreserialromo.com



MACROPROCESO PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO
 PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
 MODELO ACTA DE REUNIONES
 PD-DE-F-14 Ver 1



Calle 35N #3N - 70, Prados del Norte, Cali, Valle Tel: (032) 347 2306
 serviciosclientes@grupoprensarialromo.com, comercial@grupoprensarialromo.com



Calle 35N #3N - 70, Prados del Norte, Cali, Valle Tel: (032) 347 2306
 serviciosclientes@grupoprensarialromo.com, comercial@grupoprensarialromo.com



Calle 35N #3N - 70, Prados del Norte, Cali, Valle Tel: (032) 347 2306
 serviciosclientes@grupoprensarialromo.com, comercial@grupoprensarialromo.com



Calle 35N #3N - 70, Prados del Norte, Cali, Valle Tel: (032) 347 2306
 serviciosclientes@grupoprensarialromo.com, comercial@grupoprensarialromo.com



Calle 35N #3N - 70, Prados del Norte, Cali, Valle Tel: (032) 347 2306
 serviciosclientes@grupoprensarialromo.com, comercial@grupoprensarialromo.com



RECOMENDACIONES GENERALES.

1. Se deben realizar los mantenimientos preventivos periódicos.
2. Se debe realizar el cambio del panel de enfriamiento del radiador.
3. Se debe realizar micro filtrado del combustible del tanque principal.
4. Se debe realizar mantenimiento preventivo general al generador.
5. Se debe asear periódicamente el cuarto de máquinas y el equipo.

Calle 35N #3N - 70, Prados del Norte, Cali, Valle Tel: (032) 347 2306
 serviciosclientes@grupoprensarialromo.com, comercial@grupoprensarialromo.com

Elabora por: Profesional de Calidad	Revisado por: Profesional Calidad	Aprobado por: Vicepresidente Planeación y Riesgos Corp.
SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD		Aprobado en febrero de 2020 23



MACROPROCESO PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO
 PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
 MODELO ACTA DE REUNIONES
 PD-DE-F-14 Ver 1



NIT: 900.950.719-7
 Matrícula: 949542-96

El desarrollo de las actividades fue realizado por personal capacitado el cual se muestra a continuación:

- Daniño Rojas Collazos – Ingeniero Mecánico
- Esteban Valencia Avila – Ingeniero Mecánico
- Alexander Góngora Castro – Ingeniero Electrónico e Ingeniero Electricista
- Luis Martínez – Ingeniero Electrónico
- Jhon Alex Baena Rodríguez – Técnico Electromecánico
- Diego Fernando Agredo – Técnico Electromecánico
- Hoover Jair Montdragón Cuervo – Auxiliar Mecánico
- Diego Fernando Sañudo Girón – Técnico en Mantenimiento Diesel

INFORME ELABORADO POR:

Alexander Góngora Castro
 Ingeniero Electrónico e Ingeniero Electricista
 MP: VL 206 – 73174 Electrónico
 MP: VL 205 – 137547 Electricista

RECIBIDO POR:
 Jaime Flor Gutiérrez
 Supervisor

Calle 35N #3N – 70, Prados del Norte, Cali, Valle Tel: (032) 347 2300
 serviciosalud@grupoperpresensalromo.com, comercial@grupoperpresensalromo.com



Santiago de Cali, 8 Julio 2021

OPD-1316-21

Señoría:
 HOSPITAL DPTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E
 ING. DAVID BOLAÑOS
 CALI

REFERENCIA: INFORME MANTENIMIENTO TANQUE "PLASTICO 9" DE RESERVA DE AGUA POTABLE
 Saludo cordial, en el presente informe están consignados todos los detalles de tipo logísticos y técnicos relacionados con el servicio de limpieza y desinfección del sistema de almacenamiento de agua potable de HOSPITAL DPTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.

Proceso de Mantenimiento

La hora para realizar el mantenimiento fue la recomendada por la administración responsable del mantenimiento, con el objeto de no perturbar las labores cotidianas, el proceso de mantenimiento se realizó de acuerdo con el estándar utilizado por nuestra empresa para este fin:

- Remoción de lodo acumulado en piso y adherido a las paredes, utilizando agua a presión.
- Aplicación de desincrustante.
- Enjuague del desincrustante con agua a presión.
- Aplicación de detergente neutro, adecuado para reservorios de agua potable.
- Enjuague del detergente con agua a presión.
- Desinfección, mediante la aplicación de cloro dejándolo en reposo durante el tiempo adecuado para lograr la desinfección.
- Enjuague del Cloro y puesta en operación del sistema.

Revisión General del Tanque

El servicio de limpieza y desinfección del tanque de almacenamiento de agua consumo humano se ejecutó el día 8 Julio 2021 de 08:30 am a 02:30 pm.

La revisión general de los Tanques definió que este se encuentra en **malas** condiciones.

-Cantidad de Partículas de Origen en el Aire: 20.8

Recomendaciones

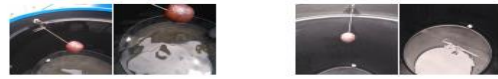
- Tanques: * El Tanque no tiene Cubierta y al ser podría evaporar el cloro residual y la calidad del agua se pueda ver comprometida.
- Generales: * Instalar una Cubierta al Tanque de agua, tal como lo indica la norma. * Realizar el Mantenimiento con la periodicidad mínima exigida por la Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali, es decir mínimo cada 4 meses.

REGISTRO FOTOGRAFICO

FOTOS ANTES

FOTOS DESPUES

Tel: (032) 8601180 | Cal: (032) 913702019 - 912282248 | info@acuatanke.com



Esperamos seguir trabajando de manera mancomunada por el bien del servicio a la comunidad, cualquier inquietud adicional al presente con gusto será atendida.

Aterramiento

Cesar Sánchez
 Director Comercial

Mortalidad HMCR



COMITÉ DE MORTALIDAD PLAN DE GESTIÓN AÑO 2021

1 TRIMESTRE 2021

INDICADOR 17

ANÁLISIS DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA

FECHA: **ABRIL 16 2020**

LUGAR: **Seguimiento central**

HORA: 2 pm

DESARROLLO:

1. En el Comité de Mortalidad del 1 Trimestre de 2021 se identificaron un total de 73 defunciones de las cuales 48 son de mayores a 48 horas de estancia hospitalaria, 22 defunciones menores a 48 horas y en caso 2 óes.

CUADRO N° 1

		1 TRIMESTRE 2021				
SERVICIO	ESTANCIA (HORAS)	ENERO	FEBRERO	MARZO	TOTAL	
URGENCIAS	MAYOR	1	2	3	6	
	MEJOR	1	2	3	6	
	SUB TOTAL URGENCIAS	2	4	6	12	
MEDICINA INTERNA	MAYOR	0	0	0	0	
	MEJOR	0	0	0	0	
	SUB TOTAL MEDICINA INTERNA	0	0	0	0	
QUIRÓFANOS	MAYOR	0	0	0	0	
	MEJOR	0	0	0	0	
	SUB TOTAL QUIRÓFANOS	0	0	0	0	
ORTOPEDIA	MAYOR	0	0	0	0	
	MEJOR	0	0	0	0	
	SUB TOTAL ORTOPEDIA	0	0	0	0	
PEDIATRIA	MAYOR	0	0	0	0	
	MEJOR	0	0	0	0	
	SUB TOTAL PEDIATRIA	0	0	0	0	
UO	MAYOR	14	9	10	33	
	MEJOR	14	9	10	33	
	SUB TOTAL UO	28	18	20	66	
TOTAL INTRAHOSPITALARIAS		30	19	22	71	
TOTAL MENORES 48 HORAS HOSPITALIZACIÓN		9	1	6	16	
TOTAL MAYORES 48 HORAS HOSPITALIZACIÓN		0	0	0	0	
TOTAL MENORES 48 HORAS HOSPITALIZACIÓN		0	0	0	0	
TOTAL MAYORES 48 HORAS HOSPITALIZACIÓN		0	0	0	0	
TOTAL DE FUNCIÓNES (SUAF)		30	20	28	78	

Fuente: Estadística - SUAF

Con el siguiente cuadro describimos el servicio de las mortalidades ocurridas durante el MES A MES del 1 trimestre de 2021

CUADRO N° 2

ENERO 2021

FEBRERO 2021



SP	SECTOR	AREA	CLASIFICACION	DIAGNOSTICO	SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	TIPO DE DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	M	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	F	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	M	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	F	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	M	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	F	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	M	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	F	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	M	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	F	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	M	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	F	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	M	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	F	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	M	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	F	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	M	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	F	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	M	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	F	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	M	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	F	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	M	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	F	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	M	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	F	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	M	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	F	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	M	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	F	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	M	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	F	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	M	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	F	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	M	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	F	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	M	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	F	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	M	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	F	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	M	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	F	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	M	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	F	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	M	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	F	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	M	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	F	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	M	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	F	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	M	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	F	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	M	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	F	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	M	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	F	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	M	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	F	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	M	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	F	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	M	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	F	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	M	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	F	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	M	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	F	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	M	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	F	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	M	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	F	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	M	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	F	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	M	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	F	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	M	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	F	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	M	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	F	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	M	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	F	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	M	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	F	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	M	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	F	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	M	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	F	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	M	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	F	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	M	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	F	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	M	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	F	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	M	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	F	1	1	DEFUNCION
1	URGENCIAS	URGENCIAS	010	010	M	1	1	DEFUNCION



MACROPROCESO PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO
 PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
 MODELO ACTA DE REUNIONES
 PD-DE-F-14 Ver 1

Tercer trimestre 2021

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 NIT No. 900 399 047-9

COMITÉ DE MORTALIDAD PLAN DE GESTIÓN AÑO 2021
 3 TRIMESTRE 2021
 INDICADOR 17
 ANÁLISIS DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA

FECHA: 17/09/2021
 LUGAR: Subgerencia Clínica
 HORA: 2 pm

DEBARROLLO:

1. En el 3 Trimestre de 2021 se identificaron un total de 102 defunciones de las cuales 85 son de menores a 48 horas de estancia Hospitalaria, 23 defunciones menores a 48 horas y 6 pacientes en casa

CUADRO N° 1

TERCER TRIMESTRE 2021					
SERVICIO	ESTADÍSTICA	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL
URGENCIAS	VIOLINER	12	5	5	22
	SUB TOTAL URGENCIAS	12	5	5	22
NEOPLASIA	VIOLINER	0	0	1	1
	SUB TOTAL NEOPLASIA	0	0	1	1
INTERMEDIA	VIOLINER	2	0	0	2
	SUB TOTAL INTERMEDIA	2	0	0	2
QUIRURGICA	VIOLINER	1	2	1	4
	SUB TOTAL QUIRURGICA	1	2	1	4
ORTOPEDIA	VIOLINER	0	0	0	0
	SUB TOTAL ORTOPEDIA	0	0	0	0
REOATERIA	VIOLINER	0	0	0	0
	SUB TOTAL REOATERIA	0	0	0	0
UCI	VIOLINER	22	2	2	26
	SUB TOTAL UCI	22	2	2	26
UCHI	VIOLINER	0	0	1	1
	SUB TOTAL UCHI	0	0	1	1
TOTAL INTRAHOSPITALARIA		35	24	19	78
TOTAL MENORES DE 48 HORAS		12	5	5	22
TOTAL MENORES DE 48 HORAS EN CASA		0	0	0	0
TOTAL MENORES DE 48 HORAS		12	5	5	22
TOTAL MAYOR DE 48 HORAS		23	19	14	56
TOTAL DEFUNCIONES (SUJETS)		35	24	19	78

Fuente: Estadística - RUIP

CUADRO N° 2

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 NIT No. 900 399 047-9

CUADRO PACIENTES CON MORTALIDAD MAYOR 48 HORAS HOSPITALIZACIÓN

N°	FECHA	FECHA DEFUNCIÓN	CC	NOMBRE PACIENTE	SALA	EDAD	SEXO	EPS	CAUSA DIRECTA
1	17/09/21	17/09/21	866617	LEONARDO PUIGROTES	UD	F	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
2	17/09/21	17/09/21	866618	SOLEDAD	UD	F	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
3	17/09/21	17/09/21	866619	LUIS ALBERTO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
4	17/09/21	17/09/21	866620	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
5	17/09/21	17/09/21	866621	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
6	17/09/21	17/09/21	866622	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
7	17/09/21	17/09/21	866623	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
8	17/09/21	17/09/21	866624	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
9	17/09/21	17/09/21	866625	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
10	17/09/21	17/09/21	866626	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
11	17/09/21	17/09/21	866627	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
12	17/09/21	17/09/21	866628	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
13	17/09/21	17/09/21	866629	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
14	17/09/21	17/09/21	866630	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
15	17/09/21	17/09/21	866631	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
16	17/09/21	17/09/21	866632	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
17	17/09/21	17/09/21	866633	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
18	17/09/21	17/09/21	866634	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
19	17/09/21	17/09/21	866635	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
20	17/09/21	17/09/21	866636	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
21	17/09/21	17/09/21	866637	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
22	17/09/21	17/09/21	866638	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
23	17/09/21	17/09/21	866639	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
24	17/09/21	17/09/21	866640	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
25	17/09/21	17/09/21	866641	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
26	17/09/21	17/09/21	866642	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
27	17/09/21	17/09/21	866643	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
28	17/09/21	17/09/21	866644	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
29	17/09/21	17/09/21	866645	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
30	17/09/21	17/09/21	866646	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
31	17/09/21	17/09/21	866647	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
32	17/09/21	17/09/21	866648	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
33	17/09/21	17/09/21	866649	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
34	17/09/21	17/09/21	866650	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
35	17/09/21	17/09/21	866651	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
36	17/09/21	17/09/21	866652	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
37	17/09/21	17/09/21	866653	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
38	17/09/21	17/09/21	866654	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
39	17/09/21	17/09/21	866655	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
40	17/09/21	17/09/21	866656	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
41	17/09/21	17/09/21	866657	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
42	17/09/21	17/09/21	866658	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
43	17/09/21	17/09/21	866659	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
44	17/09/21	17/09/21	866660	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
45	17/09/21	17/09/21	866661	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
46	17/09/21	17/09/21	866662	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
47	17/09/21	17/09/21	866663	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
48	17/09/21	17/09/21	866664	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
49	17/09/21	17/09/21	866665	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
50	17/09/21	17/09/21	866666	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
51	17/09/21	17/09/21	866667	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
52	17/09/21	17/09/21	866668	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
53	17/09/21	17/09/21	866669	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
54	17/09/21	17/09/21	866670	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
55	17/09/21	17/09/21	866671	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
56	17/09/21	17/09/21	866672	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
57	17/09/21	17/09/21	866673	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
58	17/09/21	17/09/21	866674	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
59	17/09/21	17/09/21	866675	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
60	17/09/21	17/09/21	866676	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
61	17/09/21	17/09/21	866677	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
62	17/09/21	17/09/21	866678	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
63	17/09/21	17/09/21	866679	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
64	17/09/21	17/09/21	866680	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
65	17/09/21	17/09/21	866681	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
66	17/09/21	17/09/21	866682	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
67	17/09/21	17/09/21	866683	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
68	17/09/21	17/09/21	866684	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
69	17/09/21	17/09/21	866685	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
70	17/09/21	17/09/21	866686	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
71	17/09/21	17/09/21	866687	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
72	17/09/21	17/09/21	866688	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
73	17/09/21	17/09/21	866689	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
74	17/09/21	17/09/21	866690	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
75	17/09/21	17/09/21	866691	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
76	17/09/21	17/09/21	866692	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
77	17/09/21	17/09/21	866693	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
78	17/09/21	17/09/21	866694	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
79	17/09/21	17/09/21	866695	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
80	17/09/21	17/09/21	866696	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
81	17/09/21	17/09/21	866697	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
82	17/09/21	17/09/21	866698	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
83	17/09/21	17/09/21	866699	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
84	17/09/21	17/09/21	866700	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
85	17/09/21	17/09/21	866701	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
86	17/09/21	17/09/21	866702	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
87	17/09/21	17/09/21	866703	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
88	17/09/21	17/09/21	866704	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
89	17/09/21	17/09/21	866705	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
90	17/09/21	17/09/21	866706	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
91	17/09/21	17/09/21	866707	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
92	17/09/21	17/09/21	866708	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
93	17/09/21	17/09/21	866709	JOSE ANTONIO RAMIREZ	UD	M	M	NO ASSEGURADO	CHOCQUE SEPTICO
94	17/09/21	17/09/21	866710	JOSE ANTONIO RAMIREZ					



MACROPROCESO PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO
 PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
 MODELO ACTA DE REUNIONES
 PD-DE-F-14 Ver 1

		HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E. PROTOCOLO DE LAVADO DE MANOS		Código: HOSP-P-004-61 Vigencia: Septiembre 2018 Versión: 03 Páginas: 7 de 10		
No.	Actividad	Proceso	Responsable	Descripción	Documentos	Observaciones
3	Enjuagar manos con abundante agua	Proceso Asistencial	Todo personal Asistencial	Una vez de cuarenta (20) a 30 segundos de lavado, se enjuagan las manos con abundante agua, dando palmadas y dándose un ligero frotido la muñeca.		
4	Realizar fricción de manos	Proceso Asistencial	Todo personal Asistencial	Enjuagarse cada brazo por separado, empezando por las muñecas de los dedos, manteniendo siempre las manos por encima del nivel de los codos.		
5	Verificar las condiciones de sitio donde realiza	Proceso Asistencial	Todo personal Asistencial	Se debe verificar que las instalaciones de lavado de manos estén en condiciones de uso, que el agua sea caliente y abundante, que el jabón sea suficiente y que el agua de drenaje funcione correctamente.		

PROCEDIMIENTO LAVADO DE MANOS CON FRICCIÓN ALCOHOLICA.

La higienización es un procedimiento complementario para la adecuada asepsia de las manos, así previamente se ha retirado la suciedad visible, no se recomienda en caso de exposición a secreciones, excreciones y fluidos corporales. Puede sustituir al lavado social y clínico de manos, siempre y cuando se haya indicado por lavado clínico, en los servicios de consulta externa y hospitalización.

No.	Actividad	Proceso	Responsable	Descripción	Documentos	Observaciones
1	Retirar la suciedad visible de las manos, aplicando agua y jabón.	Proceso Asistencial	Todo personal Asistencial	Se deben retirar todos los residuos que quedan en las manos antes de aplicar alcohol.		Debe verificarse que no debe usarse espuma, no se aplica jabón, se aplica alcohol en las manos antes de aplicar alcohol.

		HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E. PROTOCOLO DE LAVADO DE MANOS		Código: HOSP-P-004-61 Vigencia: Septiembre 2018 Versión: 03 Páginas: 8 de 10		
No.	Actividad	Proceso	Responsable	Descripción	Documentos	Observaciones
2	Realizar higienización	Proceso Asistencial	Todo personal Asistencial	Depositar en la palma de la mano una cantidad suficiente de producto para cubrir la superficie a tratar. Frotarse las palmas de las manos entre sí. Frotarse la palma de la mano derecha con el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y movimiento. Frotarse las palmas de las manos entre sí entrelazando los dedos. Frotarse el dorso de los dedos de las manos con la palma "opuesta" apretando los dedos. Frotarse con el movimiento de rotación el pulgar rodeándolo con el dedo índice de la mano dominante. Frotarse con la punta del dedo índice de la mano dominante el meñique de la mano dominante. Frotarse un movimiento de fricción y movimiento.		Cuando sus manos se encuentran secas son seguras.

Figura



		HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E. PROTOCOLO DE LAVADO DE MANOS		Código: HOSP-P-004-61 Vigencia: Septiembre 2018 Versión: 03 Páginas: 10 de 10
--	--	--	--	--

14. Registro de Modificaciones

Versión	Fecha	Modificación o Cambio
1	Diciembre 2014	
2	Octubre 2017	Ajuste al contenido
3	Septiembre de 2018	Ajuste al contenido

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Estefanía Ochoa García Líder en atención del paciente	Juan Carlos Joseph Jefe del cove Gabby Susana Heredia Coordinadora de Enfermería	Juan Carlos Cadavid Bonilla subdirección científica

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO
 SUBPROCESO COVE
PROTOCOLO DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD

EJES TEMÁTICOS DE LA ACREDITACIÓN

GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA	HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD
MEJORAMIENTO CONTINUO	ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO

SANTIAGO DE CALI, MAYO 2021

Código: COVE-P-020-01 Versión: 1 Página: 7 de 24 Vigencia: Mayo 2021

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO
 SUBPROCESO COVE
PROTOCOLO DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD

1. OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL:
 Generar mecanismos para prevenir las infecciones asociadas a la atención en salud, a través de la implementación de estrategias y acciones de educación continua a pacientes, familiares y colaboradores, garantizando la seguridad del paciente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Promover la educación continua y cultura de la correcta implementación de la higiene de manos, aplicando el programa de la organización mundial de la salud "SALVE VIDAS: límpiese las manos".
- Establecer estrategias que permitan disminuir la aparición de infecciones relacionada con el uso y manejo de dispositivos invasivos.
- Identificar, prevenir y controlar la presencia de epidemias o brotes de infecciones asociadas a la atención en salud, con el propósito de garantizar la vigilancia adecuada y control oportuno.
- Monitorear el comportamiento de las infecciones asociadas a la atención en salud, a fin de establecer planes de intervención que garanticen el mejoramiento continuo y la seguridad del paciente.
- Minimizar el impacto en las infecciones hospitalarias apoyadas en los procesos de limpieza y desinfección de áreas y equipos biomédicos.

2. ALCANCE
 Este protocolo de vigilancia y control de infecciones será aplicado por todos los colaboradores asistenciales y administrativos, de igual modo a los pacientes hospitalizados y ambulatorios que son atendidos en la institución.

3. NORMATIVA

- Decreto 3518 de 2006 el cual crea y reglamenta el sistema de vigilancia en salud pública.
- Decreto 351 del 2014: por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares.

Código: COVE-P-020-01 Versión: 1 Página: 3 de 24 Vigencia: Mayo 2021

Elabora por: Profesional de Calidad	Revisado por: Profesional Calidad	Aprobado por: Vicepresidente Planeación y Riesgos Corp.
SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD		Aprobado en febrero de 2020 32



**MACROPROCESO PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO
PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
MODELO ACTA DE REUNIONES
PD-DE-F-14 Ver 1**

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO
PROCESO SUBPROCESO	COVE
PROTOCOLO DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD	

6.2.3. PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE SITIO QUIRÚRGICO

PREOPERATORIO	PERIOPERATORIO	CUIDADOS POSTOPERATORIOS
<ul style="list-style-type: none"> Controle las enfermedades subyacentes como diabetes, obesidad, desnutrición. Resuelva primero las infecciones a distancia (infecciones urinarias, de piel y tejidos blandos, etc.). No retire el vello a menos que interfiera con la operación, si es necesario realice rasurado con máquinas eléctricas, realizar el procedimiento en quirófano antes de la asepsia de la piel. Seleccione y administre profilaxis antimicrobiana dentro de la hora previa a la incisión, excepto vancomicina que debe administrarse 2 horas antes del procedimiento. Seleccione la terapia profiláctica apropiada basada en el procesamiento y los patógenos, más comúnmente involucrados y ajuste la dosis de acuerdo con el peso. Realice higiene oral con clorhexidina una hora o inmediatamente antes de la intervención. 	<ul style="list-style-type: none"> Aplique la lista de verificación CIRU-F-013-01 para el cumplimiento de las prácticas para mejorar la seguridad del paciente quirúrgico. Use clorhexidina al 2% con alcohol etílico al 70% para la preparación de la piel, mantener la normotermia, y administrar la oxigenación suplementaria de oxígeno inmediatamente después de los procedimientos que requieren ventilación mecánica. No cambiar el apósito antes de las 24 horas siguientes a la terminación del procedimiento quirúrgico. Aplique la técnica aséptica durante el cambio de vendajes por drenaje mayor cuando se observe abundante carga orgánica. 	<ul style="list-style-type: none"> Suspenda los antibióticos profilácticos, una vez terminada la cirugía (máximo 24 horas después de la cirugía). Controle la glucemia entre 110 y 180 mg / dL, las primeras 24 horas luego de finalizada la cirugía. Optime la oxigenación tisular mediante la administración de suplementaria de oxígeno inmediatamente después de los procedimientos que requieren ventilación mecánica. no cambiar el apósito antes de las 24 horas siguientes a la terminación del procedimiento quirúrgico. Aplique la técnica aséptica durante el cambio de vendajes por drenaje mayor cuando se observe abundante carga orgánica.

Código COVE-P-020-01 Versión 1 Página 12 de 24 Vigencia Mayo 2021

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO
PROCESO SUBPROCESO	COVE
PROTOCOLO DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD	

6.2.4. PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A CATÉTER

PREVIO A LA INSERCIÓN	DURANTE LA INSERCIÓN	CUIDADOS POSTERIORES
<ul style="list-style-type: none"> Descoloree pacientes en UCI con baño diario usando Clorhexidina al 2% (pacientes mayores de 2 meses de edad). Prepare la piel limpia con clorhexidina alcohólica antes de la inserción del catéter y durante los cambios de apósito. Use el kit con todos los elementos necesarios para la inserción de catéter que incluyan: mascarilla quirúrgica, bata estéril, guantes estériles, gomo y campo estéril grande que lo cubra todo, con un orificio que solo permita el acceso al sitio de inserción. Realice higiene de manos (lavado y fricción) antes de la inserción del catéter. 	<ul style="list-style-type: none"> Use precauciones estándar y técnica estéril. Insertiones subclavas en lugar de yugulares o femorales en pacientes adultos. Use catéteres venosos centrales con el número mínimo de puertos necesarios para el manejo del paciente. Utilice catéter un lumen para nutrición parenteral. Si se anticipa la necesidad de un CVC por más de 4 semanas, prefiera los tunelizados o implantables. Use guía estéril transparente o apósito semipermeable para cubrir el sitio del catéter. Solo se puede hacer recambio del CVC por guía si no hay evidencia de infección. Cuando la adherencia a la técnica aséptica durante la inserción del catéter ha quedado en duda (situaciones de emergencia) reemplace el catéter tan pronto sea posible. 	<ul style="list-style-type: none"> Cuestione diariamente signos de bacteriemia asociada a catéter, la necesidad del dispositivo y retiro tan pronto como sea posible. Mantenga en todo momento una técnica aséptica para el cuidado de los catéteres intravasculares. Realice higiene de manos (fricción con solución alcohólica) antes y después de entrar en contacto con el dispositivo. Desinfecte conectores y puertos de inyección antes de acceder al catéter. Realice curación del catéter con clorhexidina 2% y cambio de apósitos transparentes cada 7 días o inmediatamente si el vendaje se empuja, se desprende o se humedece. Sustituya catéteres periféricos cada 72 horas. Reemplace los elementos y equipos utilizados de infusión cada 72 horas y para transfusión, hemoderivados o lípidos en las 24 horas siguientes. Si existe sospecha de infección asociada al catéter, retiro y preferia cambio por nueva vía y puñero. Baño diario con clorhexidina en pacientes con estancia en UCI

Código COVE-P-020-01 Versión 1 Página 13 de 24 Vigencia Mayo 2021

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO
PROCESO SUBPROCESO	COVE
PROTOCOLO DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD	

6.2.5. PREVENCIÓN DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO ASOCIADAS A CATÉTERES

PREVIO A LA INSERCIÓN	DURANTE LA INSERCIÓN	CUIDADOS POSTERIORES
<ul style="list-style-type: none"> Inserte catéteres urinarios solo cuando sea necesario y manténgalo solo si existe la indicación médica. Considere otros métodos alternativos como: catéteres de condición, cateterización intermitente o uso de pañales. Garantice el equipo completo y estéril. Seleccione la sonda vesical del calibre adecuado para minimizar el trauma uretral. 	<ul style="list-style-type: none"> Realice higiene de manos antes y después de la inserción del catéter vesical. Asegúrese que el equipo esté completo y estéril, y que sea funcional. Realice higiene perineal y del meato urinario con jabón de clorhexidina y aplique clorhexidina solución en el sitio de inserción. Inserte la sonda vesical usando técnica aséptica y equipos estériles. Conecte el sistema de drenaje a la sonda vesical. Asegure adecuadamente los catéteres vesicales permanentes después de la inserción, para evitar el movimiento y la tracción de la uretra. 	<ul style="list-style-type: none"> Revise diariamente la pertinencia del catéter vesical, y la tracción uretral. Mantenga el sistema de drenaje cerrado (no desconectar la sonda vesical de la bolsa recolectora). Mantenga el flujo de orina sin obstrucciones. Mantenga la bolsa colectoras por debajo del nivel de la vejiga del paciente para evitar el retorno de orina, nunca sobre el piso. Realice limpieza diaria del meato urinario y al retirar la sonda vesical. Cambie la sonda vesical cada 20 días con todo su sistema o en caso de infección de vías urinarias, obstrucción, pérdida del sistema cerrado, ruptura del balón y para cirugía urológica programada.

6.2.6. PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A VENTILACIÓN MECÁNICA

- Eleva la cabecera de la cama entre 30 y 45 grados
- Interrupción de la sedación diaria y evaluación diaria de la preparación para la extubación
- Cuidados orales diarios con clorhexidina al 2%
- Profilaxis para la enfermedad ulcerosa péptica
- Profilaxis para la trombosis venosa profunda
- Cambio del circuito del ventilador solo si están visiblemente sucios o dañados.
- Uso de sistema cerrado de succión traqueal
- Cambio cada 5 días del sistema cerrado de succión. Antes si está visiblemente sucio o dañado.

Código COVE-P-020-01 Versión 1 Página 14 de 24 Vigencia Mayo 2021

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO
PROCESO SUBPROCESO	COVE
PROTOCOLO DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD	

- Gabin N, Webster J, Chan R, Clarice R. Frecuencia de cambios de apósitos para dispositivos de acceso venoso central en infecciones relacionadas con catéteres. 2016. DOI 10.1002/14651858.CD009213.pub2
- Odoñez C, Ferrada D, Buñago R. Cuidado intensivo y trauma 2da edición. 2009 ISBN 978-958-8379-14-2
- http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia_promocion_solidaridad_paciente.pdf
- Sean Wasserman, MD, Angeli Messina, BPharm. GUÍA PARA EL CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD. PAQUETES PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES Y PRÁCTICAS SEGURAS, International Society for Infectious Diseases. 2018. Available from: <https://rid.org/guia/2018/06/paquetes/>
- Vaneska Stempniuk, Ricardo Bustamante, Cristian Palares. Manual de medidas básicas para el control de infecciones en IPS. Minsalud 2018. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/VE/PP/PA/Manual-prevencion-iaas.pdf>

13. CONTROL DE REGISTROS

Versión	Fecha	Modificaciones o cambios
1	Mayo 2021	Elaborado por primera vez

14. ELABORO, REVISO Y APROBO

Elaborado por: JANIER SEGURA CHENG Epidemiólogo	Revisado por: DEYDI RODRIGUEZ ARELLANO Especialista COVE	Aprobado por: DANIEL GALVAN Coordinador Médica	 JUAN MARIO SATIZABAL Subdirector Científico
---	--	--	--

Código COVE-P-020-01 Versión 1 Página 15 de 24 Vigencia Mayo 2021

Guia de manejo de infarto agudo de miocardio


Elabora por: Profesional de Calidad	Revisado por: Profesional Calidad	Aprobado por: Vicepresidente Planeación y Riesgos Corp.
SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD		Aprobado en febrero de 2020 33



**MACROPROCESO PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO
PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
MODELO ACTA DE REUNIONES
PD-DE-F-14 Ver 1**

E. S. E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
PROCESO	URGENCIAS
SUBPROCESO	INFARTO AGUDO A MIOCARDIO SIN ELEVACION DE ST

GUIA DE MANEJO PARA EL INFARTO AGUDO A MIOCARDIO SIN ELEVACION DE ST



EJES TEMATICOS DE LA ACREDITACION

ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO	GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA
HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD	GESTIÓN DEL RIESGO

Fuente: | | | | Fuente: | | | |

E. S. E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
PROCESO	URGENCIAS
SUBPROCESO	INFARTO AGUDO A MIOCARDIO SIN ELEVACION DE ST

CONTENIDO

1. INTRODUCCION	3
2. OBJETIVO	3
3. ALCANCE	3
4. NORMATIVA	3
5. DEFINICIONES	3
6. RIESGOS	4
7. CONTENIDO	4
7.1. DIAGNOSTICO	5
7.2. MEDIDAS TERAPEUTICAS	7
7.3. INDICACION DE CATETERISMO	7
8. RECURSOS	8
9. COMPLICACIONES	9
10. ANEXOS	9
11. CONTROL DE REGISTROS	9
12. ELABORO, REVISO Y APROBO	10

E. S. E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
PROCESO	URGENCIAS
SUBPROCESO	INFARTO AGUDO A MIOCARDIO SIN ELEVACION DE ST

1. INTRODUCCION

El motivo de estas recomendaciones es ayudar en la toma precoz de decisiones a los profesionales que inicialmente atienden al paciente con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST de forma fácil y práctica.

2. OBJETIVO

Establecer una guía médica a través de las recomendaciones diagnósticas y terapéuticas iniciales para el paciente y con una respuesta clínica sistémica derivada de la misma. De este modo, se pretende que se inicie oportunamente el tratamiento adecuado para evitar la progresión de la gravedad y mejorar el pronóstico del paciente.

3. ALCANCE

Los profesionales a las que van dirigidas son los especialistas de Medicina Intensiva y los médicos que trabajan en los servicios de urgencias hospitalarias.

4. NORMATIVA

Resolución 3100 de 2019 del 25 de noviembre del ministerio de salud y protección social, establece dentro del estándar de talento humano la comunicación asertiva en el personal de salud, siendo esta fundamental para lograr los objetivos propuestos con cada paciente.

Decreto 1011 de 2006. Por la cual se establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud del sistema general de seguridad social en salud.

5. DEFINICIONES

SCASEST: El síndrome coronario agudo (infarto de miocardio o angina de pecho inestable) sin elevación del segmento ST.

ANGINA INESTABLE: Es una afección en la cual el corazón no recibe suficiente flujo de sangre y oxígeno. Puede llevar a un ataque cardíaco. La angina es un tipo de molestia en el pecho causada por el flujo deficiente de sangre a través de los vasos sanguíneos (vasos coronarios) del músculo cardíaco (miocardio).

ECG: Un electrocardiograma (ECG o EKG) registra la señal eléctrica del corazón para buscar diferentes afecciones cardíacas.

E. S. E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
PROCESO	URGENCIAS
SUBPROCESO	INFARTO AGUDO A MIOCARDIO SIN ELEVACION DE ST

6. RIESGOS

RIESGOS	ACCIONES
Que NO se apliquen las normas de seguridad del paciente se presenten Eventos Adversos.	Ejecutar el programa de seguridad del paciente del hospital para disminuir la presentación de eventos adversos o incidentes.
Que no se aplique la guía médica institucional que corresponde al procedimiento realizado.	Realizar seguimiento a complicaciones mediante el comité científico, programa de seguridad del paciente y auditoría médica del hospital.

7. CONTENIDO

Un paciente se diagnostica de SCASEST si tiene dolor torácico de características coronarias, de presentación aguda, y alteraciones del electrocardiograma (ECG) consistentes en infartos/obstrucciones del segmento ST de manera transitoria o persistente, cambios de la onda T con inversión de esta, aplastamiento, "seudonormalización", y en ocasiones, sin cambio del ECG considerable en su inicio. Tras la determinación de biomarcadores (troponinas, Ig), se definirá el infarto agudo de miocardio (IAM) sin elevación del segmento ST cuando estas sean positivas o la angina inestable (AI) cuando sean negativas.

Es la consecuencia de la oclusión parcial o completa pero temporal, no definitiva, de una arteria coronaria. Provocada por la rotura o la fisura de una placa aterosclerosa previa, con la consiguiente formación de un trombo, de trombina y plaquetas, no completamente oclusivo, pero capaz de producir síntomas isquémicos.

E. S. E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
PROCESO	URGENCIAS
SUBPROCESO	INFARTO AGUDO A MIOCARDIO SIN ELEVACION DE ST

Existen otros mecanismos fisiopatológicos, distintos de la oclusión trombótica, que incluso sin existir estenosis coronaria pueden manifestarse con una clínica común y con aumento de marcadores de daño miocárdico. En estos el diagnóstico diferencial es la clave del tratamiento.

Puede deberse al proceso inflamatorio local, a mecanismos de embolización distal de la placa y a disminución del aporte de oxígeno (O2) al miocardio, asociado a diversas situaciones, como el shock de cualquier origen, la hipoxemia o la anemia grave. Todas estas situaciones pueden asemejarse clínica y electrocardiográficamente al SCABEST, pero su diagnóstico diferencial exige un tratamiento específico en cada caso.

El SCABEST es una de las entidades que mayores y más rápidos cambios ha presentado en cuanto al tratamiento terapéutico se refiere. A causa de ello, y según demuestran los recientes datos publicados del registro GRACE, la correcta utilización de todas las novedades terapéuticas que las guías de práctica clínica recomiendan ha supuesto una clara reducción de la mortalidad y de la aparición de fallo cardíaco en estos pacientes.

7.1. DIAGNOSTICO

El diagnóstico en una situación de urgencia tiene como principal objetivo indicar el tratamiento más acertado en un paciente concreto.

Para esto, necesitamos saber que el paciente al que vamos a tratar tiene un ICA y no otra enfermedad e individualizar en lo posible las características fisiopatológicas que predominan en el momento de la presentación del cuadro clínico. La literatura científica ha diferenciado 2 grandes ICA. En ambos casos el síntoma cardinal es el dolor, se subdivide a los pacientes mediante el ECG y se da lugar al ICA con elevación del segmento ST o al SCABEST. Este no es una subdivisión arbitraria, lleva implícita una importante diferencia fisiopatológica, como el tipo de trombo y la cuantía de la oclusión, que los hace diferentes en la elección del tratamiento y también en el pronóstico.

Dolor torácico: Es el síntoma fundamental y el que orienta el diagnóstico. Es dolor u opresión retroesternal (angina) irradiado al brazo izquierdo, al cuello o a la mandíbula, puede ser intermitente o persistente, y es la forma de presentación clínica típica del SCABEST. Su aparición en reposo y la presencia conjunta de taquicardia, hipotensión o fallo cardíaco acortan el pronóstico.

Se distinguen en la actualidad, de manera clásica, varias presentaciones:

- Dolor en reposo de una duración superior a 20min
- Angina grave de reciente aparición.
- Instauración de una angina estable, con características de angina de clase superior o igual e III (angina in crescendo).

Código UR0E-Q-006-06 Versión 7 Página 6 de 10 Vigencia Octubre 2021

E. S. E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
PROCESO	URGENCIAS
SUBPROCESO	INFARTO AGUDO A MIOCARDIO SIN ELEVACION DE ST

- Angina post-IAM.

Existen presentaciones atípicas, dolor epigástrico, diarrea en aumento o dolor torácico con características pleuríticas que suelen ser frecuentes en jóvenes, ancianos, mujeres, pacientes diabéticos, con insuficiencia renal crónica o demencia.

Exploración física: Es frecuentemente normal, si existen signos de falla cardíaca o inestabilidad hemodinámica, empeora el pronóstico.

Electrocardiograma: Se debe obtener un ECG de 12 derivaciones en los primeros 10min, deberá incluir V3R, V4R, V7, V8 y V9.

Los datos diagnósticos que nos interesan son:

- Ausencia de elevación persistente del segmento ST.
- Descenso del segmento ST.
- Cambios en la onda T.

El número de derivaciones con depresión del segmento ST y la magnitud de los cambios (superior a 0.5mm en 2 o más derivaciones contiguas) son indicativos de la extensión y gravedad de la isquemia, y se correlacionan con el pronóstico. Un descenso del segmento ST superior o igual a 1mm se asocia al 11% de mortalidad e IAM al año y un descenso superior o igual a 2mm incrementa 8 veces el riesgo de mortalidad. Asimismo, depresiones del segmento ST combinadas con elevaciones transitorias se asocian a un subgrupo de alto riesgo. En esta línea, la inversión (r-1mm) aislada de la onda T en derivaciones con onda R predominantemente tiene mayor riesgo que un ECG de admisión normal.

En varios estudios, en alrededor de un 5% de pacientes con ECG normal se ha encontrado IAM o AI. Por eso, un ECG normal, en presencia de síntomas, no excluye SCABEST, y exige repetir el ECG a las 6 y a las 24h, y en caso de recurrencia del dolor torácico, y al darse de alta al paciente, en el caso de atención en los servicios de urgencia.

Otra opción diagnóstica en estas primeras horas puede ser la monitorización continua del segmento ST para detectar la verdadera naturaleza dinámica de la tromboas coronaria y la isquemia, ya que ofrece una información pronóstica complementaria.

Marcadores bioquímicos: La isquemia miocárdica se refleja en la aparición en sangre de los que se han venido en llamar marcadores de daño miocárdico. Han diagnósticos y pronósticos, siempre son complementarios, pero no sustitutos del diagnóstico clínico y electrocardiográfico.

Código UR0E-Q-006-06 Versión 7 Página 6 de 10 Vigencia Octubre 2021



MACROPROCESO PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO
 PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
 MODELO ACTA DE REUNIONES
 PD-DE-F-14 Ver 1

	E S E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO
PROCESO	URGENCIAS
SUBPROCESO	INFARTO AGUDO A MIOCARDIO SIN ELEVACION DE ST

Marcedores de daño miocárdico: Son las **TroT** y **TroC**. Consideradas las más específicas y sensibles para el diagnóstico del daño miocárdico y como predictores de infarto y muerte a corto plazo (30 días) y a largo plazo (primer año y después). Se debe obtener un resultado en 60min.

Los niveles de **Tro** alcanzan su pico precozmente y pueden persistir elevados durante 2 semanas. Una sola determinación negativa de las **Tro** a la llegada del paciente al hospital no es suficiente para descartar posible elevación posterior. Para demostrar o excluir daño miocárdico hay que repetir determinaciones a las 6-12h tras la admisión y tras cualquier episodio de dolor torácico.

7.2. MEDIDA TERAPÉUTICA

- Control de la glucemia: Debe hacerse en el paciente ingresado en la UCI para mantener una glucemia inferior a 140mg/dl.
- Ácidos: Deben administrarse de forma precoz. La dosis por utilizar precozmente que se ha recomendado es de 80mg de atorvastatina diariamente en la fase aguda.
- Prevención de la hemorragia gastrointestinal: la profilaxis con un IBP es otra de las medidas necesarias en los pacientes con SCABEST.
- Cuando un paciente sangra, debe suspenderse la medicación antitrombótica, este hecho y la hemorragia en sí misma empeoran el pronóstico.
- Salvo de contraindicación aórtica: Debe usarse en pacientes con inestabilidad hemodinámica y dolor persistente a pesar del tratamiento. Se utiliza antes de cateterismo o después de éste, o para control de complicaciones mecánicas.

7.3. INDICACION DE CATETERISMO

Plantearnos aquí las indicaciones de realizar coronariografía para evaluar las lesiones del árbol coronario y la necesidad de revascularización, se indica que la revascularización coronaria se considere apropiada cuando los beneficios esperados en términos de supervivencia o los resultados de salud (bienestar, estado funcional o calidad de vida) superan las posibles consecuencias negativas esperadas del procedimiento.

Código	Versión	Página	Vigencia
URGE-9-006-06	1	7 de 10	Octubre 2021

	E S E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO
PROCESO	URGENCIAS
SUBPROCESO	INFARTO AGUDO A MIOCARDIO SIN ELEVACION DE ST

Se consideran 3 modalidades:

- Cateterismo urgente:** Es el que se indica entre 4 y 24h.
- Cateterismo precoz no urgente:** Es el que se realiza entre 24 y 72h. La justificación para esta demora se debe a que el tratamiento asociado a bicucantinas mejora el pronóstico.
- Cateterismo programado:** Tras el alta de la UCI, según las indicaciones del servicio de cardiología.

Cateterismo urgente	Cateterismo precoz no urgente	Cateterismo programado
<ul style="list-style-type: none"> Entre 4 y 24 h (SACHS-TIMI 18P) Angina inestable, sobre todo si coexiste con inestabilidad hemodinámica o isquemia para tratar los pacientes con tratamiento del ritmo, y en pacientes sin independencia de la revascularización por grave comorbilidad o gran riesgo en la realización de la técnica (clase IIIb) 8P 	<ul style="list-style-type: none"> Entre 24 y hasta 72 h Electro como estrategia intervencionista, UCI, según las indicaciones del servicio de Cardiología En pacientes tratados con estrategia farmacológica y que a pesar del tratamiento bien tratado presentan signos de isquemia recurrente, IC o arritmias En pacientes que son de riesgo por hallazgos clínicos Pacientes a los que se les ha hecho ACP o cirugía preoperatoria 	<ul style="list-style-type: none"> Tras el alta de la UCI, según las indicaciones del servicio de Cardiología

8. RECURSOS

Materiales: Tensiómetro, **saludos**, de oxígeno, glucómetro, termómetro, electrocardiograma

Personas:

- Médico
- Enfermera
- Auxiliar de enfermería
- Especialista
- Personal de imagenología y laboratorio.

Código	Versión	Página	Vigencia
URGE-9-006-06	1	8 de 10	Octubre 2021

	E S E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO
PROCESO	URGENCIAS
SUBPROCESO	INFARTO AGUDO A MIOCARDIO SIN ELEVACION DE ST

9. COMPLICACIONES

Las complicaciones son el avance o empeoramiento del infarto de miocardio, la insuficiencia cardíaca, el shock cardiogénico, las arritmias y la muerte.

10. ANEXOS

Score de riesgo GRACE		
Nivel de riesgo	Score GRACE	Mortalidad hospitalaria, %
Bajo	<108	<1
Intermedia	108-140	1-3
Alto	>140	>3

Nivel de riesgo		
Score GRACE	Mortalidad a los 6 meses tras el alta hospitalaria, %	
Bajo	<88	<3
Intermedia	88-118	3-6
Alto	>118	>6

Escala de hemorragia TIMI	
Tipo de hemorragia	Características
Mayor	Hemorragia intracranial o hemorragia externamente manifiesta (incluido por pruebas de imagen) con descenso de hemoglobina >3 g/dl
Menor	Hemorragia externamente manifiesta (incluido por pruebas de imagen) con descenso de hemoglobina de 1 a <3 g/dl
Mínima	Hemorragia externamente manifiesta (incluido por pruebas de imagen) con descenso de hemoglobina <3 g/dl

11. CONTROL DE REGISTROS

Versión	Fecha	Modificaciones o cambios
1	Octubre 2021	Elaborado por primera vez

Código	Versión	Página	Vigencia
URGE-9-006-06	1	9 de 10	Octubre 2021

	E S E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO
PROCESO	URGENCIAS
SUBPROCESO	INFARTO AGUDO A MIOCARDIO SIN ELEVACION DE ST

12. ELABORO, REVISO Y APROBO

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
JONNATHAN HACHITO MOIGUERA Médico internista	DANIELA GALVAN Coordinadora Médica LILIANA ALEORIAS Jefe de Urgencias	WILLIAM ROMERO QUINTERO Subdirector Científico

Código	Versión	Página	Vigencia
URGE-9-006-06	1	10 de 10	Octubre 2021



5. Tareas o compromisos

Los compromisos deben ser registrados en el siguiente esquema:

Actividad	Responsable	Plazo máximo
Envío de acta de reunión para posterior firma	Profesionales de auditoría de calidad	10 de noviembre 2021

6. Evaluación de la reunión

Ítem	% cumplimiento (0-100%)
Planeación de la reunión	
1) La reunión fue convocada con mínimo dos días de antelación	100%
2) La agenda a desarrollar fue comunicada en la convocatoria	100%
Desarrollo de la reunión	
3) Se inició y terminó la reunión de manera puntual	100%
4) El moderador coordinó la reunión e hizo respetar la agenda y las reglas establecidas para la reunión, de manera eficiente	100%
5) Se cumplió con la totalidad de la agenda definida de manera ordenada, ítem por ítem uno a la vez	100%
6) Se respetaron los tiempos definidos para cada tema y se mantuvo el foco en los puntos centrales de la discusión	100%
7) Los compromisos asumidos se plantearon de manera explícita	100%
8) Todos los asistentes cumplieron con los horarios establecidos de hora de llegada	100%
9) Todos los asistentes estuvieron atentos durante el desarrollo de la reunión. (participación activa y permanencia en el lugar de la reunión)	100%
10) Todos los participantes evitaron el uso de elementos que generaran interferencia en la reunión (Computador, celular, reproductores etc.)	100%
EFFECTIVIDAD DE LA REUNION (Promedio de valores)	100%

7. Firma de los asistentes

N°	Nombre	Cargo	Firma
1	Estefanía Arcila	Enfermera Jefe de Seguridad del paciente	
2	Edith Carolina Velasquez Giraldo	Profesional Junior de auditoría de calidad	
3	Luz Ángela Ramírez Fajardo	Profesional Junior de auditoría de calidad	

Elabora por: Profesional de Calidad	Revisado por: Profesional Calidad	Aprobado por: Vicepresidente Planeación y Riesgos Corp.
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		Aprobado en febrero de 2020 4



MACROPROCESO PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO
PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
MODELO ACTA DE REUNIONES
PD-DE-F-14 Ver 1

Fecha próxima reunión	A necesidad	Acta elaborada por	Luz Ángela Ramírez Fajardo	Cargo	Profesional junior de auditoría de calidad Dptal
------------------------------	-------------	---------------------------	----------------------------	--------------	--

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
1	03/02/2020	Este documento reemplaza el SGI-CA-F-13_Ver_01, el cual es trasladado del proceso de Calidad al proceso de Dirección estratégica. Se adiciona punto 7, firma de los asistentes y se realizan unos ajustes de forma (colores institucionales)

DOCUMENTO CONFIDENTIAL

Elabora por: Profesional de Calidad	Revisado por: Profesional Calidad	Aprobado por: Vicepresidente Planeación y Riesgos Corp.
SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD		Aprobado en febrero de 2020 5