
 <p>Gobernación de Norte de Santander</p>	<p><b>PROTOCOLO DE EGRESO DEL PACIENTE</b></p>	
Código: PT-HSP-01-02 V.02	Página 1 de 13	

## PROTOCOLO DE EGRESO DEL PACIENTE

### 1. OBJETIVO

Estandarizar las actividades indispensables para el egreso del paciente que garantice la adecuada finalización de la atención en salud de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona y apoye la continuidad de los cuidados en casa.

Desarrollar y fortalecer el conocimiento técnico en el autocuidado para la aplicación de prácticas seguras en el hogar, con el fin de lograr el involucramiento de los pacientes en el autocuidado de su salud, logrando un cambio cultural frente al cuidado y el mantenimiento de su salud.

### 2. ALCANCE Y RESPONSABILIDADES

Comprende desde la valoración médica según la evolución donde se toma la conducta de finalización de plan hospitalario y/o ambulatorio y finaliza una vez el paciente sale de la institución o el servicio que haya recibido.

Deberá ser aplicado en todos los servicios y dependencias de la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona.

### 3. RESPONSABLE



Médico Especialista y/o Profesional tratante  
Personal de Enfermería (jefes de enfermería y auxiliares de enfermería)

### 4. DEFINICIONES

**Hospitalización:** Proceso por el cual dispone o realiza el ingreso del paciente, desde la atención inicial de urgencias o de Consulta Externa, al área clínica Observación urgencias, Cirugía, Hospitalización medicina interna gineco pediatría, con el fin de determinar las acciones de diagnóstico y tratamiento enmarcadas en un plan de cuidado que den solución a condiciones específicas de salud.

**Ingreso:** Inicio de la atención al paciente que amerita atención hospitalaria, comprende la admisión, el registro, la verificación de servicios, planeación de la atención, la asignación de Unidad funcional, la información y verificación de comprensión sobre la institución.

**Servicio:** Recurso humano, tecnología e infraestructura, destinados a satisfacer las necesidades de atención en salud del paciente y la comunidad.

 <p>Gobernación de Norte de Santander</p>	<p><b>PROTOCOLO DE EGRESO DEL PACIENTE</b></p>	
<p>Código: PT-HSP-01-02 V.02</p>	<p>Página 2 de 13</p>	

**Usuario:** Sujeto que recibe la atención de un Médico u otro Profesional de la salud, sometiéndose a valoración, diagnóstico, intervención o tratamiento, de lo cual debe, ser debidamente informado.

**Egreso:** Finalización de la atención hospitalaria a cualquiera de los destinos: casa, remisión otra institución de salud, otra unidad funcional, alta voluntaria, por fuga o por muerte. Contempla la documentación completa para el proceso de facturación, registro estadístico, manejo farmacológico, estudios complementarios y la totalidad de las instrucciones para la continuidad de los cuidados en casa y/o informe a otra institución de salud.

**Servicios Ambulatorios:** Son los servicios que se prestan en cualquier modalidad Intra o extramurales y/o telemedicina encargados de brindar la atención al paciente para necesidades de Promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, rehabilitación y cuidados paliativos, que se prestan sin la necesidad manifiesta de observar y/o monitorear al paciente en una jornada diferente a la diurna.

**Consulta prioritaria:** consiste en el manejo de enfermedades que no son urgentes y no comprometen la vida del paciente, pero por su condición requieren ser atendidas de inmediato. Para este servicio no se necesita cita previa, y allí se atienden.

**Signos de alarma:** son aquellos síntomas que indican la presencia de enfermedades graves en el organismo.

## 5. Condiciones Generales

Este procedimiento aplica para los servicios de: Hospitalización, Cirugía y Urgencias y todas las modalidades (intra-extramural, ofertadas por la ESE, acorde con lo estipulado en el REPS, en la ESE y su sede del Hospital San Juan de Dios de Pamplona.

- Los pacientes que egresan de quirófano por procedimientos quirúrgicos ambulatorios deben ser valorados por el Médico general antes del egreso y en lo posible deben ser trasladados en silla de ruedas hasta la salida de la institución.
- El paciente por su seguridad nunca debe salir solo de la institución, Independientemente del servicio que se encuentre se debe garantizar acompañamiento ya sea del auxiliar de enfermería o del camillero hasta un lugar seguro
- Se debe verificar la orden de salida y todos los registros necesarios debidamente diligenciados y firmados por profesional tratante
- En la salida de Recién Nacidos o pacientes pediátricos se debe verificar los datos de identificación de la madre o responsable.

- Para el egreso de adulto mayor o con discapacidad, siempre se debe contar con la presencia de un acompañante responsable al cual se dará la información y la documentación.
- Se deben realizar las observaciones, recomendaciones y aclaraciones pertinentes al paciente y acompañante responsable, con la correspondiente verificación de su comprensión. y en lo posible entrega de ayudas educativas según corresponda.

Siempre se debe contar con el apoyo de Trabajo social para la orientación y acompañamiento de los pacientes que lo requieren.



## 6. CONTENIDO

No.	Responsable	Descripción
6.1	<b>Médico Especialista y Médico General y/o Profesional tratante</b>	<p style="text-align: center;"><b>REQUISITOS</b></p> Orden médica de salida. Historia clínica completa. Epicrisis. Fórmula médica de salida. Orden de control por consulta externa. Recomendaciones médicas de egreso. cuidados y autocuidados en casa Hoja de referencia y Contrarreferencia. Certificado de defunción. Bitácora de traslado de Ambulancia
6.2	<b>Médico Especialista y Médico General y/o Profesional tratante</b>	<b>VALORACIÓN MÉDICA:</b>



- Realiza valoración médica según el **P-GA04-04 v.00 “Procedimiento de Ronda Médica Especializada”** e informa al paciente y su acompañante responsable sobre las condiciones y recomendaciones para el egreso; El profesional tratante debe proveer información básica al usuario y su acompañante responsable como resultado de su atención. Especial importancia se le da a los cuidados y el autocuidado en casa [dietas especiales, seguimiento farmacológico, reposo o ejercicios, rehabilitación, etc.). en todo el procedimiento debe escuchar la voz del usuario y acompañante responsable, para complementar su plan de cuidados al egreso:

- Si el paciente se encuentra en algún servicio ambulatorio, y no requiere de ningún otro servicio según su estado clínico el profesional tratante debe definir su egreso seguro, considerando las recomendaciones dadas por cada servicio, los parámetros definidos en las prácticas seguras según aplique.
- Si el paciente se encuentra en urgencias y requiere complementar su atención en área clínica; da orden de egreso para hospitalización
- Si el paciente se encuentra en urgencias y NO requiere complementar su atención en área clínica; da orden de egreso al domicilio. (establecer algunos criterios específicos para usar el traslado básico al domicilio y según contratación con Entidad responsable de pago)
- Si el paciente se encuentra hospitalizado con evolución satisfactoria se procede a dar orden de egreso por alta médica.
- Si el paciente se encuentra en cirugía ambulatoria y dadas las condiciones clínicas requiere egreso al domicilio, debe estar en compañía de familiar.
- Si el paciente se encuentra en cirugía programada o de urgencias y requiere hospitalización o remisión posterior se debe realizar solicitud de asignación de unidad en cama o iniciar siguiente paso.
- Si el paciente requiere de una atención en otro nivel de complejidad, se procede a elaborar la remisión a otra institución. según **P-AS-08-01-01 “procedimiento por orden de remisión”**

 <p>Gobernación de Norte de Santander</p>	<p><b>PROTOCOLO DE EGRESO DEL PACIENTE</b></p>		
	<p>Código: PT-HSP-01-02 V.02</p>	<p>Página 5 de 13</p>	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Si el paciente mayor de edad desea la salida y a pesar de su estado y explicación médica se procede a dar orden de egreso por Alta voluntaria. Firmando Formato Acta de salida voluntaria código <b>F-AS-02-12 v.00</b>. el cual se escanea y adjunta a historia clínica.</li> <li>● Si el paciente es menor de edad o adulto vulnerable <b>nunca</b> debe estar solo, ni puede tomar esta decisión.</li> <li>● Si el paciente ha fallecido, se procede al egreso por defunción. Considerando aplicación del procedimiento de embalaje de cadáveres con patologías infectocontagiosas (COVID-19)</li> </ul>
6.3	<p><b>Médico Especialista y Médico General y/o Profesional tratante</b></p>	<p><b>ELABORACIÓN DE ORDEN DE SALIDA:</b></p>



El Médico: registra en la evolución las condiciones de egreso, registra en Plan de manejo la orden de salida y diligencia los formatos de:

- Reporte final de su estadía y los requerimientos futuros necesarios. (EPICRISIS)
- RIPS de Hospitalización (si aplica)

Además:

✓ **POR MEJORÍA:**

- Diligencia el formato para plan farmacológico en casa.
- Diligencia el formato para solicitud ayudas diagnósticas complementarias pendientes (si aplica)
- Diligencia el formato para solicitud ayudas terapéuticas complementarias
- Diligencia el **F-GA07-01 V.00 Formato plan de recomendaciones y cuidados después del egreso**
- Diligencia el formato para autorización de control y otras valoraciones especializadas por consulta externa
- Diligencia formato para la Incapacidad (si aplica)

✓ **VOLUNTARIA**

- Diligencia el formato Acta de Salida Voluntaria

✓ **POR REFERENCIA A NIVEL SUPERIOR**

- Diligencia el formato único para remisión con copia
- Diligencia el formato de solicitud de ambulancia

✓ **POR CONTRA-REFERENCIA**



- Diligencia formato de contra-referencia (si aplica)
- Diligencia el formato para plan farmacológico en casa
- Diligencia **F-GA07-01 V.00 Formato plan de recomendaciones y cuidados después del egreso**
- Diligencia el formato autorización de control por consulta externa

✓ **POR MUERTE**

- Diligencia el formato Certificado de defunción
- Entrega al paciente y acompañante responsable, la información correspondiente al egreso y da explicaciones sobre cuidados y controles.
- Por integralidad en la atención, según lo definido en Ruta PYMS, se debe realizar canalización a programas o servicios que requiera el paciente según el curso de vida, es responsabilidad de toda esta actividad.



6.4	<b>Profesional de enfermería</b>  <b>Auxiliar de enfermería.</b>	<p><b>REVISION DE DOCUMENTACION:</b></p> <p>Se realiza verificación que todos los documentos para el egreso por los servicios ambulatorios y hospitalarios y/o cualquier otra modalidad, estén debidamente diligenciados y firmados.</p> <p>Verificar la salida del usuario con el personal de facturación para confirmar si necesita o no realizar copago antes de su egreso. En el caso de que el paciente deba realizar copago verificar la boleta de salida antes de su egreso.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Se verifican y completan los registros en la Historia clínica: <ul style="list-style-type: none"> <li>Resumen de atención o epicrisis</li> <li>Evolución de interconsultas</li> <li>Hoja de administración de medicamentos</li> <li>Copia de resultados de exámenes de laboratorio</li> <li>Resultados o copia de ayudas diagnósticas</li> <li>Hoja de oxígeno, curaciones, evoluciones de terapias, nebulizaciones</li> <li>Copia hoja de anestesia si hay cirugía, descripción quirúrgica (si aplica), formato estudio de biopsia, copia hoja de anestesia (si aplica).</li> <li>Copia de datos del recién nacido, copia del nacido vivo (si aplica). (certificado de nacido vivo y /o certificado de defunción)</li> <li>Referencia y Contrarreferencia, bitácora de ambulancia, formato de solicitud de medicamento NO POS.</li> <li>Hoja de administración de glóbulos rojos.</li> <li>Cuando el egreso es por el servicio de urgencias se verifica; resumen de atención o epicrisis si la estancia hospitalaria es mayor a 6 horas, evolución de interconsulta, hoja de administración de medicamentos, copia resultados de exámenes de laboratorio, resultados o copia de ayudas diagnósticas, hoja de oxígeno, curaciones, evoluciones de terapias, nebulizaciones, referencia y contrarreferencia, bitácora de ambulancia, hoja de administración de glóbulos rojos.</li> </ul> </li> <li>● Entregar la documentación que soporte la cuenta en facturación</li> </ul>
-----	--	---

 <b>Gobernación de Norte de Santander</b>	<b>PROTOCOLO DE EGRESO DEL PACIENTE</b>		
	<b>Código: PT-HSP-01-02 V.02</b>	<b>Página 8 de 13</b>	

6.5	<b>Profesional de enfermería auxiliar de enfermería</b>  <b>Auxiliar de enfermería.</b>	<b>CIERRE DE NOTAS DE ENFERMERÍA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Cierra las notas de enfermería, notas de medicamentos, exámenes de diagnóstico y apoyo terapéutico. Y entrega de documentación respectiva</li> <li>● Elabora el <b>F-AS-01-01 v.00 formato de seguimiento interno al egreso</b></li> </ul>
6.6	<b>Facturador</b>	<b>ELABORACIÓN DE LA FACTURA:</b> Mediante el sistema, se facturan las actividades, procedimientos realizados y registrados en la Historia clínica.
6.7	<b>Auxiliar de enfermería.</b>	<b>VERIFICACIÓN DE INVENTARIO:</b> Se verifica que el inventario entregado al ingreso del paciente sea el mismo que recibió el paciente (sábanas, cobijas, fundas, etc.)
6.8	<b>Profesional de enfermería</b>  <b>Auxiliar de enfermería</b>	<b>ENTREGA DE DOCUMENTOS DE EGRESO:</b> Una vez verificado que el paciente cumple con las condiciones de salida, se determina el tipo de egreso del paciente.  Si el paciente es dado de alta se entregan recomendaciones al usuario, respecto a cuidados necesarios posteriores y explicación de órdenes médicas. <ul style="list-style-type: none"> <li>● Si es materna además se anexa copia de la Historia Clínica del Recién Nacido, entrega del Carnet Prenatal y carnet de vacunas.</li> </ul>





- Se realiza educación y entrega del plan de recomendaciones y cuidados después del egreso escrito, que incluye la explicación acorde con el nivel de conocimiento y comprensión del paciente y su familia acerca de los cuidados que debe seguir una vez egrese, incluyendo información de los medicamentos y su administración, uso de equipos médicos, alimentación y su administración, rehabilitación y signos y síntomas de alerta temprana de posibles complicaciones si aplica.  
**(PLAN DE PACIENTE EXPERTO). según corresponda la patología para medicina interna gineco pediatría y cirugía.**

**EDUCACIÓN POR PARTE DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO.**

**NUTRICIONISTA**



- Plan nutricional a seguir.
- Cita de control por consulta externa
- Posibles complicaciones de su patología
- Todos estos ítems deben ser consignados en Historia Clínica, imprimirse y entregarse al paciente al egreso

**FISIOTERAPEUTA**

- Uso de medicamentos y/o elementos propios del área.
- Se informan trámites administrativos para controles por consulta externa y Rutas de promoción y Mantenimiento de salud, a que tiene derecho, referencias, medicamentos en cuanto a dosis, horarios y continuidad, autorizaciones o procedimientos diagnósticos que requiere con los documentos para solicitarlos
- Entrega de toda la información relevante a la empresa promotora de salud, o las que se asimilen, para las autorizaciones y planificación de la integralidad y continuidad del seguimiento.
- Entrega de Planes documentados y de referencia para el seguimiento y tratamiento que incluyen: lugar, fecha y razones de referencia y personas que debe contactar, si aplica.
- Dar la Información de los trámites que los usuarios deben realizar en caso de necesitar un proceso de remisión o solicitud de cita con otro prestador.
- Si no se cuenta con información requerida, se direcciona a la oficina de atención al usuario donde aclaran sus dudas administrativas.



		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompañar al paciente hasta la salida por su seguridad, Independientemente del servicio que se encuentre se debe garantizar acompañamiento ya sea del auxiliar de enfermería o del camillero hasta un lugar seguro para su egreso.</li> </ul>
<b>6.9</b>	<b>Profesional de enfermería</b>	<p><b>EGRESO POR REMISIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verifique orden médica de traslado por especialista.</li> <li>• verificación de trámites respectivos de referencia.</li> <li>• Informe al paciente y su familia sobre el traslado.</li> <li>• Verifique elaboración de Epicrisis en caso de cambio de complejidad o de especialidad. copia de los apoyos diagnósticos, copia de interconsulta, evolución.</li> <li>• Verifique la admisión del paciente en la otra institución (correo o soporte) diligenciamiento de plataformas de aceptación, de traslado de paciente.</li> <li>• Si requiere de oxígeno para el traslado, verifique que cuenta con bala de oxígeno portátil.</li> <li>• Asegure la oxigenación, monitorización y administración de goteos vitales, durante el traslado.</li> <li>• Verifique el traslado del paciente con sus pertenencias, la historia clínica y las ayudas diagnósticas. De acuerdo al nivel de complejidad el paciente debe ser acompañado por el personal médico y de Enfermería, que garantice la seguridad en el traslado.</li> <li>• Informe al médico de turno una vez se presente la tripulación de la ambulancia, para hacer la entrega del paciente</li> <li>• Realice entrega oficial del paciente al personal asistencial de ambulancias paciente limpio, con accesos venosos permeables. equipos biomédicos funcionales, últimas dosis administradas de tratamiento, novedades del paciente.</li> <li>• Elabore registro correcto de Enfermería, estado general en que sale el paciente, lugar de remisión, tipo de traslado básico o medicalizado, hora de salida, médico, enfermera o funcionario que entrega, el paciente, acompañante.</li> <li>• Realice conteo de inventario de la unidad, limpieza y desinfección terminal,</li> </ul>
<b>6.10</b>	<b>Profesional de enfermería</b>	<b>EGRESO VOLUNTARIO</b>

 <b>Gobernación de Norte de Santander</b>	<b>PROTOCOLO DE EGRESO DEL PACIENTE</b>		
	<b>Código: PT-HSP-01-02 V.02</b>	<b>Página 11 de 13</b>	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si el paciente sale por su propia voluntad; no se entrega fórmula, ni recomendaciones.</li> <li>• Previa firma de salida voluntaria (formato de consentimiento de salida voluntaria)</li> <li>• se anexa a historia clínica en formato PDF escaneado adecuadamente.</li> </ul>
<b>6.11</b>	<b>Profesional de enfermería</b>	<p style="text-align: center;"><b>EGRESO POR DEFUNCIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si el paciente egresa por defunción se hace el traslado físico del cadáver al depósito de cadáveres y se entrega certificado de defunción a los familiares. Considerando la aplicación del procedimiento de embalaje de cadáveres con patologías infectocontagiosas (COVID-19).</li> <li>• Respectivas notas indicando número de consecutivo y persona responsable de recibir el documento.</li> <li>• En lo posible se escanea el certificado de defunción y se anexa a historia clínica.</li> </ul>

<b>HISTORIA DE MODIFICACIONES</b>			
<b>Versión</b>	<b>Naturaleza de cambio</b>	<b>Fecha de cambio</b>	<b>Aprobación de cambio</b>
01	Actualización	Mayo 2022	Gerencia
02	Actualización	Diciembre 2022	Calidad

<b>DOCUMENTOS DE REFERENCIA</b>		
<b>Código o referencia</b>	<b>Tipo de documento</b>	<b>Nombre del documento</b>
M-GH-P-015	Protocolo	Protocolo egreso del paciente
HS PT 12	Protocolo	Protocolo egreso hospitalario
PRT-HO-HS-08	Protocolo	Protocolo de ingresos y egresos de paciente

<b>ADMINISTRACIÓN DE REGISTROS</b>						
<b>Código</b>	<b>Nombre</b>	<b>Responsable</b>	<b>Ubicación</b>	<b>Acceso</b>	<b>Tiempo de retención</b>	<b>Disposición</b>
LT-URG-21-01 V.01	Lista de chequeo egreso del paciente					

### **ANEXOS**

- **LISTA DE CHEQUEO AL EGRESO**
- **AYUDAS EDUCATIVAS**
- **Postoperatorio De Apendicectomía.**
- **Diabetes Mellitus**
- **Hipertensión Arterial**
- **Infección De Vías Urinarias.**
- **Paciente Postrado En Cama**
- **Cuidados de la sonda vesical**
- **infección local**



	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PAMPLONA	
	Lista de chequeo Procedimiento para el Egreso del Paciente	
	Código:	Página: 1 de 2

IDENTIFICACION DEL PACIENTE			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	
Nº DE HISTORIA CLINICA	SERVICIO	SALA O CUARTO	UNIDAD

ITEM	ACTIVIDAD	SI	NO	NO APLICA
1.	Verificar egreso del paciente con facturación.			
2.	Valorar la necesidad de información en cuanto al estado del paciente como resultado de la atención recibida.			
3.	Informar al Paciente sobre aspectos relacionados con los tramites y el tiempo requerido para su egreso.			
4.	Entregar el plan de medicamentos y brindar información sobre la dosis, horarios, efectos secundarios, contraindicaciones y la importancia de asistir nuevamente en caso de que se presenten efectos adversos relacionados con el tratamiento.			
5.	Informar sobre requerimiento de estudios complementarios, valoraciones especializadas u otros eventos necesarios y el proceso para su autorización.			
6.	Brindar la información necesaria en caso de referencia y contra referencia y los documentos requeridos.			
7.	Entregar incapacidad en caso de ser necesario e informar sobre el requerimiento de aprobación por la EPS.			
8.	Brindar indicaciones claras sobre ordenes impartidas en cuanto a terapias, programas de rehabilitación y salud ocupacional.			
9.	Brindar educación al paciente en cuando al cuidado en el hogar sobre su patología de base alimentación adecuada, reposo/ejercicio, curaciones y/o retiro de gustos y adherencia al tratamiento.			
10.	Brindar Indicaciones relacionadas con los Servicios del Programa de Promoción y Prevención a que tiene derecho por edad y patología.			
11.	Entregar formato de seguimiento interno al egreso (historia clínica, epicrisis, ordenes medicas y formulas medicas)			
12.	Retiro de acceso venoso u otros dispositivos.			