
	<b>PROTOCOLO GESTIÓN DOCUMENTAL DEL HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA</b>				
	<b>CÓDIGO UCSP</b>	<b>VERSIÓN 04</b>	<b>FECHA 04/2024</b>	<b>VIGENCIA 5 años</b>	<b>N° PÁGINAS 22</b>



<b>Revisado Por:</b>	<b>Aprobado Por:</b>



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799  
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:  
<https://doc.digital.gob.cl/validador/2GSJZF-686>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 04
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE GESTIÓN DOCUMENTAL HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Página 2 de 22

## ÍNDICE:


I. INTRODUCCIÓN.....	3
II. OBJETIVOS.....	3
III. ALCANCE.....	4
IV. DEFINICIONES.....	4
V. RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN .....	5
VI. DESARROLLO DEL PROCESO .....	5
VII. CONTINGENCIAS.....	13
VIII. DISTRIBUCIÓN.....	13
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	13
X. MODIFICACIONES DEL DOCUMENTO .....	15
XI. ANEXOS .....	16
ANEXO N° 1: Flujograma para elaboración de protocolos: .....	17
ANEXO N° 2: Códigos por servicio: .....	18



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2GSJZF-686>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 04
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE GESTIÓN DOCUMENTAL HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Página 3 de 22

## I. INTRODUCCIÓN

En este ítem se debe describir el tema a protocolizar, respaldando con evidencia científica, epidemiología, magnitud del problema y, si lo requiere, con procedimientos provenientes de normativa legal o reglamentaria.

Además, se debe indicar población objetivo, vale decir, a quien va dirigido este protocolo o los involucrados en el proceso.

## II. OBJETIVOS

### **General:**

*Se debe Plantear solo un Objetivo General:*

Para determinarlo debemos responder a la pregunta ¿Qué?

La respuesta es: qué queremos protocolizar (alguna técnica, procedimiento) cuál es la importancia de este documento para el Hospital, entendiendo por éste, a un documento en el cual se describe o se resume un conjunto de procedimientos técnico-médicos o administrativos.

Debe iniciarse con un verbo en infinitivo (Ej.: establecer, implementar, etc.) y ser redactada de manera sencilla y específica para ser entendido por todas las personas involucradas en el mismo, así como por todos los que manejan el documento. Podemos especificar "Por qué" o "Para qué".

### **Específicos:**

*De preferencia plantearse como máximo dos Objetivos Específicos:*


Una vez determinado el ¿qué?, mediante la definición del objetivo general, intentaremos responder el ¿Cómo?



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2GSJZF-686>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 04
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE GESTIÓN DOCUMENTAL HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Página 4 de 22

Los objetivos específicos serán aquellos que nos darán las pautas de desarrollo, mediante las cuales guiaremos nuestro objetivo general. Serán además los puntos que se medirán en el período de evaluación.

También deben iniciarse con un verbo en infinitivo.

### III. ALCANCE

El alcance corresponde al público objetivo a quién va dirigido el Protocolo, es decir, quiénes queremos que revisen y utilicen dicho documento.

Por ejemplo: Este protocolo está dirigido a las/los funcionarios de la Unidad de Laboratorio Clínico del Hospital Urgencia Asistencia Pública.

### IV. DEFINICIONES

Presentar significados de términos utilizados que tengan el carácter de técnico o médico que encuentre necesario el profesional que elabore el Protocolo.

Incluir en este ítem siglas que estén contenidas y que sean relevantes de mencionar en el Protocolo.

#### **Por ejemplo:**


- **HUAP:** Hospital de Urgencia Asistencia Pública
- **IAAS:** Infecciones Asociadas a Atención en Salud
- **MINSAL:** Ministerio de Salud
- **APA:** Estándares creados por la *American Psychological Association*, con el fin de unificar la forma de presentación de trabajos escritos a nivel internacional, diseñados especialmente para proyectos de grado o cualquier tipo de documentos de investigación.
- **LENGUAJE INCLUSIVO:** se entiende la manera de expresarse oralmente y por escrito sin discriminar a un sexo, género social o identidad de género en particular



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2GSJZF-686>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 04
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE GESTIÓN DOCUMENTAL HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Página 5 de 22

y sin perpetuar estereotipos de género. Uso de pronombres y determinantes sin género.

“La opción por un lenguaje inclusivo de género, además de tener fundamentos lingüísticos, tiene objetivos sociales como el de democratizar el lenguaje y dar visibilidad social a los géneros femenino y masculino, logrando de esta manera una sociedad más igualitaria y transparente desde el punto de vista del género lingüístico”.

## V. RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN

Indicar la Responsabilidad de las distintas Unidades y Departamentos del HUAP involucrados en el protocolo como fin, revisión y aprobación del Documento para su oficialización y difusión a las distintas Unidades Clínicas y Administrativas.

1. Responsable ejecución: quien(es) realiza(n) procedimiento(s) establecido(s) en el protocolo.
2. Responsable Supervisión: quien es el/la encargado/a de supervisar protocolo y qué actividades supervisa.
3. Responsable Evaluación: quien es el/la responsable de evaluar cumplimiento del protocolo, y encargado de actualizar protocolo según normativa vigente.

## VI. DESARROLLO DEL PROCESO

**Inicio del Protocolo:** Se nombra el documento o la actividad que da inicio al proceso. Ejemplo: Precauciones estándar, importancia y relevancia clínica del uso de estas medidas.

**Desarrollo del Proceso:** Se explica cómo se realiza la técnica o procedimiento, paso a paso. Ejemplo: Técnica de lavado de manos, Instalación de vía venosa.

**Término del Protocolo:** Se concluye con la distribución de éste, a que Unidades o Servicios Clínicos debe ser distribuido el documento.

Alcances si procede.


Bibliografía según formato establecido para Protocolos Institucionales



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2GSJZF-686>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 04
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE GESTIÓN DOCUMENTAL HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Página 6 de 22

## 1. **Elaboración de Protocolo**

Descripción de actualizadores y revisores

### **Elaboración o Actualización:**

El Protocolo debe ser elaborado por un Profesional que tenga dominio del tema y de preferencia sea Referente del ámbito a describir. El elaborador o actualizador no puede ser revisor del mismo Documento.

Debido a que los protocolos institucionales se trabajarán de manera digital, es que los actualizadores del documento deben ir siempre en la penúltima página, según se describe a continuación:

Actualizado por:

1. Nombre, Primer Apellido y Primera letra del segundo apellido, Cargo y Servicio al cual pertenece.

Los elaboradores o actualizadores solamente serán mencionados, mas no realizarán firma electrónica dentro del documento.

### **Revisión y Aprobación:**

Previo a su difusión, los documentos deben someterse a revisión por un tercero, distinto al autor del documento, e idealmente jerárquicamente superior.

Procedimientos clínicos, áreas administrativas y operaciones, serán firmados por el/la Jefe/a Servicio, Unidad o Sección/Subdirección, según corresponda, Jefe/a de Calidad y Seguridad del Paciente y Director.

Debido a que los protocolos institucionales se trabajarán de manera digital, es que los revisores del documento deben ir siempre en la penúltima página, según se describe a continuación:


1. Nombre, Primer Apellido y Primera letra del segundo apellido, Cargo y Servicio al cual pertenece.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2GSJZF-686>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 04
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE GESTIÓN DOCUMENTAL HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Página 7 de 22

Los revisores serán mencionados y, además, firmarán el documento con Firma Electrónica Avanzada, mediante la plataforma Doc Digital.

### **Consideraciones:**

En la elaboración del Protocolo debe quedar explícito la vigencia del documento. Para consenso institucional, se dejará establecido 5 años. El inicio de la vigencia será dado por la firma del/la Directora/a, aprobando el documento, mientras que, el término de la misma será una vez cumplidos los 5 años y 1 día de la fecha de aprobación.

En caso de incorporar algún cambio en su periodicidad o actualización del tema, se debe registrar en Modificaciones del Documento, según se describe en el apartado pertinente.

Para evitar modificaciones de terceros, no autorizados, los archivos serán publicados en formato PDF.

Los documentos implementados deben ser ingresados al Repositorio institucional vigente para el acceso de los funcionarios.

Los Protocolos deben estar siempre disponibles en las diferentes Unidades y/o Servicios Clínicos y de apoyo, asegurando el libre acceso de éstos a los funcionarios.

### **Flujo del Protocolo (Anexo 1):**


1. Se realiza la elaboración por el/la referente y entrega a Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente para su revisión (\*).
2. Luego de ser aprobado por la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente, se envía a Jefatura o Revisor para su revisión (\*).
3. Una vez aprobado por todos los participantes, se sube a plataforma Doc Digital, para que sea firmada electrónicamente.
4. Al ser firmada por todos los revisores, se vuelve a gestionar por Doc Digital para revisión final por Jefatura de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y aprobación por Dirección.
5. Finalmente, luego de ser aprobado por Director/a, se descarga protocolo en formato PDF y se sube a Repositorio documental para difusión final a toda la comunidad hospitalaria.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2GSJZF-686>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 04
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE GESTIÓN DOCUMENTAL HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Página 8 de 22


6. Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente enviará mail a los involucrados informando que documento se encuentra disponible en Repositorio Institucional.

(\*) se puede devolver el protocolo para realizar correcciones

Todos los Documentos deberán elaborarse con el Formato Institucional considerando lo siguiente:


Tamaño Papel	Carta (216 x 279 mm)
Fuente	Arial tamaño 12 (tablas puede ser menor)
Párrafo	Justificado
Interlineado	1.15
Márgenes	Derecho: 2,5 cm. Izquierdo: 2,5 cm. Superior: 3 cm. Inferior: 3 cm.
Encabezado	Tamaño fuente: 10 cm. Fuente: Arial Tamaño: 1.5 cm Columna Izquierda: Logo Institucional <u>Columna Central:</u> <u>Primera fila:</u> Nombre Institución <u>Segunda fila:</u> Unidad de Dependencia <u>Tercera fila:</u> Unidad Clínica o administrativa que elabora Documento <u>Cuarta fila:</u> Nombre del protocolo o documento



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 04
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE GESTIÓN DOCUMENTAL HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Página 9 de 22

	<p><u>Columna Derecha:</u></p> <p><u>Primera Fila:</u> En el caso de documentos que no estén relacionados con la acreditación usar código (Anexo 2), esto corresponde a las tres o cuatro primeras letras en mayúscula, de acuerdo al Departamento o Unidad de la cual proviene.</p> <p>En documentos requeridos para acreditación, no se usará código, se debe colocar de acuerdo a la característica que corresponde, ejemplo: GCL 1.2</p> <p>En el caso de que la característica tenga más de un documento, se agrega el número de éste, ejemplo: GCL1.2 – 1.</p> <p><u>Segunda fila:</u> Versión del documento</p> <p><u>Tercera fila:</u> Fecha elaboración (mm/aaaa). La vigencia del documento</p> <p><u>Cuarta fila:</u> número de página (página X de Y)</p>
Redacción	<p>Debe ser redactado en tercera persona.</p> <p>Incluir lenguaje inclusivo. Ejemplo: “el/la”; “personas profesionales”, “personal de salud”</p>
Portada	Título del Documento y formato establecido en este protocolo.
Pie de Página	2.0 cm
Títulos	<p>Fuente: Arial</p> <p>Tamaño: 12</p> <p>Formato: Negrita</p> <p>Tipo de texto: Mayúsculas, numerados con números arábigos seguidos de un punto.</p> <p><u>Otros títulos:</u></p> <p>Fuente: Arial</p>



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 04
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE GESTIÓN DOCUMENTAL HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Página 10 de 22

	<p>Tamaño 12</p> <p>Formato: Negrita</p> <p>Tipo de texto: Mayúsculas o minúsculas, según se desee destacar puede ir en negrita y/o cursiva</p>
--	---


El código a utilizar, en el caso de un protocolo de Acreditación corresponderá siempre a la característica que le aplique, según la Pauta de Cotejo.

En caso de no corresponder a características de Acreditación, se utilizará el código descrito en el Anexo 1.

### Firmas Electrónicas Avanzadas

Una vez los revisores realicen su firma en la plataforma Doc Digital, éstas irán apareciendo en la última página, en el orden en el que vayan firmando. Es por esta razón que siempre se debe dejar la última página en blanco.

La visualización de las firmas ocurrirá de la siguiente manera:

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: APA 1.2 GCL 1.11
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Versión: 12
	UNIDAD DE ANATOMÍA PATOLÓGICA	Fecha: 03/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO PROCESO DE ETAPA PRE-ANALÍTICA: IDENTIFICACIÓN, ROTULACIÓN, TRASLADO Y RECEPCIÓN DE BIOPSIAS Y CITOLOGÍAS	Página 43 de 43



Firmado por:  
Camila Andrea Benítez Ugarte  
Profesional Unidad Calidad y  
Seguridad del Paciente  
Fecha: 26-03-2024 15:37 CLT  
Hospital de Urgencia Asistencia  
Pública



Firmado por:  
Daniela Francisca Urmeneta Berrios  
Coordinadora Unidad Anatomía  
Patológica  
Fecha: 26-03-2024 15:50 CLT  
Hospital de Urgencia Asistencia  
Pública



Firmado por:  
Constanza Isabel Dedes Rozas  
Jefatura Unidad de Anatomía  
Patológica  
Fecha: 26-03-2024 15:54 CLT  
Hospital de Urgencia Asistencia  
Pública




Firmado por:  
Carolina Andrea Rivas Jerez  
Subdirectora de Gestión del  
Cuidado  
Fecha: 26-03-2024 16:57 CLT  
Hospital de Urgencia Asistencia  
Pública



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2GSJZF-686>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 04
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE GESTIÓN DOCUMENTAL HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Página 11 de 22

## 2. Formato elaboración de indicadores

### Aspectos a Considerar:


1. Los Protocolos que por exigencia ministerial incluyan evaluación periódica se debe incorporar un indicador el cual puede ser de: Estructura, Proceso o Resultado
2. El Indicador no se coloca en el protocolo debido a que puede sufrir modificaciones que obligarían a actualizar el protocolo con cada cambio al indicador.
3. Construcción del Indicador: Se debe considerar los siguientes pasos:
  - Nombre Indicador: Conciso, pero auto explicativo
  - Propósito: tiene que tener relación con un proceso que involucre la seguridad de la atención. También se debe considerar como voy a medir y evaluar este indicador.
  - Fórmula Matemática: Construido por un Numerador/ Denominador.
  - Periodicidad: Cada cuanto quiero medir, puede ser Mensual, Trimestral, Semestral, Anual.
  - Metodología Medición: Se debe seleccionar una muestra de lo que quiero medir, medición con intervalo de Confianza (Calculadora SIS), se debe mencionar si la muestra es Aleatoria, por oportunidad etc.
  - Fuentes de Información: De donde obtendré la información, hay dos tipos de fuentes:
    - a) Fuentes primarias: Pauta de Supervisión, Ficha Clínica, Planilla Estadística, Consolidado mediciones y cumplimiento
    - b) Fuentes secundarias: Pautas de Cotejo.
  - Umbral de cumplimiento: Cumplimiento esperado establecido por la Institución.
  - Responsables: Personal a cargo de la evaluación y mantención del indicador.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2GSJZF-686>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 04
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE GESTIÓN DOCUMENTAL HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Página 12 de 22

Ejemplo:


INDICADOR	% cumplimiento de la oportunidad de higiene de manos según pauta de cotejo
FÓRMULA	N° de pautas aplicadas de oportunidad de higiene de manos que cumplen según Manual de I.A.A.S. x100
	N° Total de pautas aplicadas de oportunidad de higiene de manos
ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO	90%
FUENTE DE INFORMACIÓN	Pauta de cotejo software REDCap.
PERIODICIDAD	Mensual
RESPONSABLE	Enfermeras Encargadas de Calidad de cada Servicio
METODOLOGÍA DE MEDICIÓN	<p>Las pautas se aplican diariamente de Lunes a Viernes en horario hábil, a conveniencia de cada Servicio.</p> <p>Para el cálculo de la muestra, se utiliza universo desconocido, usando Calculadora Muestral de la SdS, con un umbral de cumplimiento esperado de 90% y margen de error de 5%, lo que da a evaluar un mínimo de 12 pautas mensuales.</p> <p>Con el objetivo de realizar intervenciones en los Servicios, se decide en conjunto con IAAS, utilizar metodología según recomendaciones de la OMS, ajustado a la realidad local. Para ello, el mínimo de pautas de oportunidad de higiene de manos a aplicar por Servicio se detalla a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dental: 50 (10 Dental UST; 40 Dental UEH)</li> <li>- UEH: 200</li> <li>- UPC Valech (*): 200</li> <li>- UPC Respiratoria (*): 200</li> <li>- UCM primer piso: 100</li> <li>- UPC quinto piso (*): 100 por sector</li> <li>- UCM cuarto piso: 70 por sector</li> <li>- UCM sexto piso: 100 por sector</li> <li>- CAPC: 200</li> <li>- UPC Quemados (*): 200 UCI; 100 UTI</li> <li>- UCM tercer piso: 100 por sector</li> </ul> <p>El Servicio debe dividir el número mínimo de pautas a evaluar en el mes según sus días hábiles. Al resultado se le deben aplicar los criterios de aproximación de números enteros, para distribuir las pautas equitativamente en los días a medir.</p>
CRITERIOS DE CUMPLIMIENTO	Se considera pauta correcta cuando existe oportunidad de higiene de manos en el momento observado (5 momentos de la higiene de manos, según OMS).
SERVICIOS O UNIDADES	UCM sexto piso, UCM cuarto piso, UCM tercer piso, UCM primer piso, CAPC, UEH, Dental.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2GSJZF-686>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 04
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE GESTIÓN DOCUMENTAL HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Página 13 de 22

## VII. CONTINGENCIAS

Se entiende a toda situación de Emergencia que pueda interrumpir la correcta implementación del protocolo. Se debe colocar esta sección sólo si en el protocolo en específico le aplica alguna situación especial que interrumpa el normal desarrollo del proceso.

Ejemplo: Alerta sanitaria, lo cual puede aumentar la Consulta al servicio de Urgencias de la población que atiende el HUAP, alterando el normal Funcionamiento, provocando horas excesivas de espera, pacientes en espera de hospitalización, etc.

## VIII. DISTRIBUCIÓN

Unidades Clínicas o Administrativas del HUAP a quienes va dirigido el Protocolo y a quien se les distribuirá dicho documento.

Siempre deben ir:

1. Dirección
2. Subdirección que corresponda
3. Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente
4. Unidad que elabora el documento
5. Unidades involucradas en el proceso descrito

## IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


Mencionar fuentes a través de las cuales se recopiló y construyó el documento (Introducción, fundamentos, definiciones, procedimiento y además aquellos documentos que se deben usar durante la ejecución de sus pasos). Para construir las referencias se debe usar estilo APA.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2GSJZF-686>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 04
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE GESTIÓN DOCUMENTAL HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Página 14 de 22

### Normativa APA

1. Autor Apellido e inicial(es) de los nombre(s)
2. Año de publicación (entre paréntesis)
3. Título del trabajo y subtítulo, si hay, separados por dos puntos (en itálicas o negritas)
4. Edición a partir de la segunda edición, se abrevia con (ed.) (minúsculas y va entre paréntesis)
5. Lugar de publicación.
6. Editorial.

### Ejemplo:


1. Elaboración y Gestión de documentos para el proceso de Acreditación en Salud. Recomendaciones para Prestadores Institucionales. Monografía de Apoyo a la Acreditación. Dra. Javiera Valdés P., E.U. Leonardo Jiménez Q., E.U. María Elena Álvarez A. Unidad de Asesoría Técnica. Intendencia de Prestadores. Septiembre 2013.
2. Superintendencia de Salud. Intendencia de Prestadores. Manual del Estándar general de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada. 2009. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/w3-article-4530.htm>
3. Consejo nacional de las artes. Guía de lenguaje inclusivo de género. 2016. Disponible en: <https://www.cultura.gob.cl/wp-content/uploads/2017/01/guia-lenguaje-inclusivo-genero.pdf>



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2GSJZF-686>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 04
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE GESTIÓN DOCUMENTAL HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Página 15 de 22

## X. MODIFICACIONES DEL DOCUMENTO


Se refiere a cualquier Modificación o actualización o incorporación al protocolo. Es fundamental realizar este registro para el correcto seguimiento del protocolo y sus modificaciones.

Registro de llenado: Fecha, Versión, Responsable de modificación, Motivo de modificación.

### Ejemplo:

SÍNTESIS DE MODIFICACIONES			RESPONSABLE MODIFICACIÓN	APROBADO POR
VERSIÓN	FECHA	CAUSA DE MODIFICACIÓN		
01	01/2017	Creación protocolo	T.M. Luz Garrido Ortiz Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente	Sergio Sánchez B. Director
02	02/2022	Se agrega definición xxx, pág xx	T.M. Luz Garrido Ortiz Unidad Calidad y Seguridad del Paciente	Sergio Sánchez B. Director




	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 04
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE GESTIÓN DOCUMENTAL HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Página 16 de 22

## XI. ANEXOS

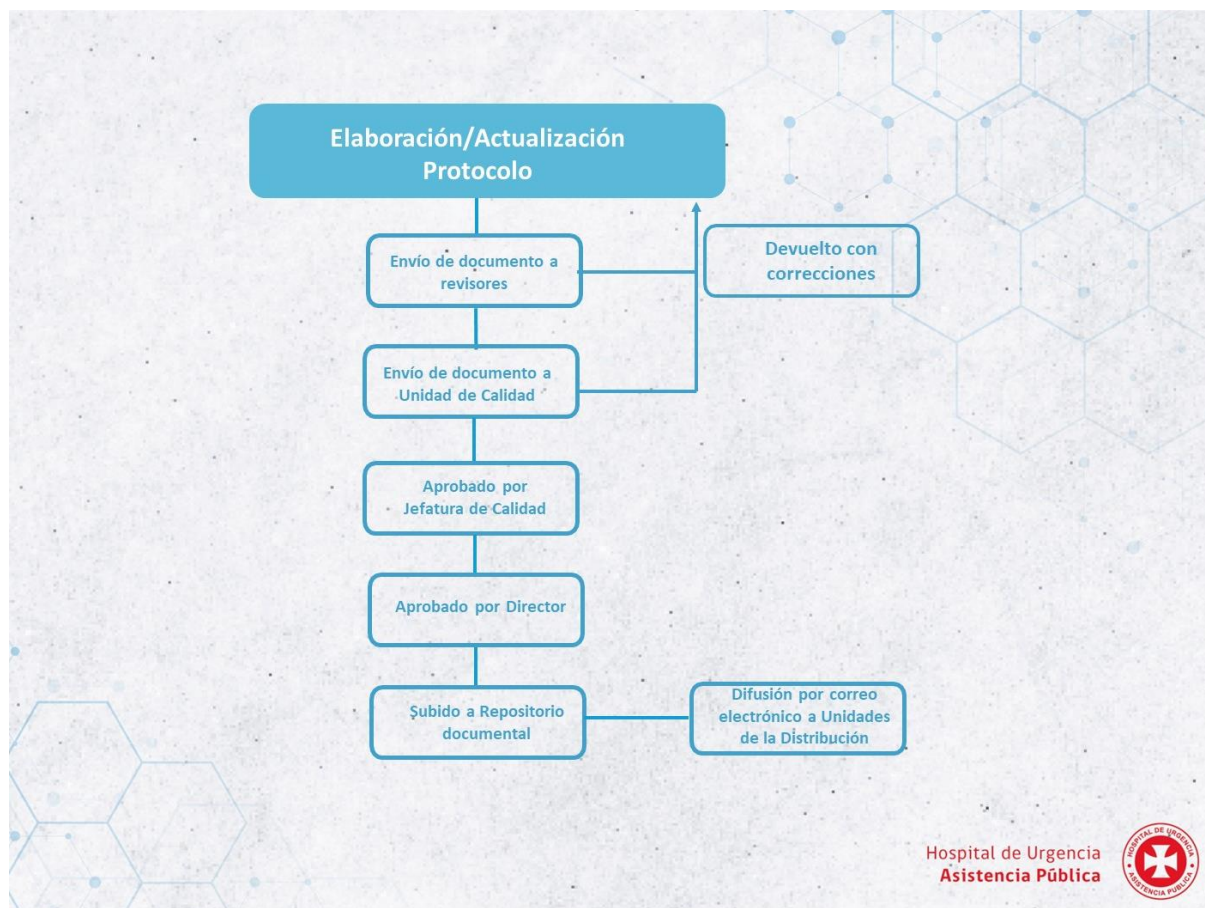
Contiene Información gráfica que sea Atingentes al Protocolo tales como: flujograma, escalas de valoración, tablas, gráficos, imágenes, pautas de supervisión o cotejo, afiches.




Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799  
 Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:  
<https://doc.digital.gob.cl/validador/2GSJZF-686>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 04
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE GESTIÓN DOCUMENTAL HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Página 17 de 22

### ANEXO N° 1: Flujograma para elaboración de protocolos:



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 04
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE GESTIÓN DOCUMENTAL HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Página 18 de 22

## ANEXO N° 2: Códigos por servicio:

### a. Servicios Clínicos:


Unidad de Epidemiología	UEP
Clínica Asistencial Posta Central	CAPC
Unidad de Gestión de la Demanda	UGD
Unidad de Alta Asistida	UAA
Unidad de Servicio Social de Pacientes	USS
Unidad de GES	UGES
Unidad de Gestión de Pacientes	UGP
Coordinación Gestión Clínica Asistencial	UGCA
Unidad de Cuidados Medios	UCM
Unidad de Neurología	UNE
Unidad de Traumatología	UTR
Unidad de Pabellón	UPQ
Unidad de Anestesia	UAN
Unidad de Angiografía	UAG
Unidad de Endoscopia	UEN
Unidad de Cirugía	UCX
Unidad de Emergencia Hospitalaria	UEH
Unidad de Dental	UDE
Coordinación Cardiología	UCA
Coordinación Fisiatría	UFS
Coordinación Psiquiatría	UPS
Coordinación Nutriología	UNT
Coordinación Nefrología	UNEF
Coordinación Gastroenterología	UGAS
Coordinación Neurocirugía	UNCX
Coordinación Urología	UURO
Unidad de Paciente Crítico Valech	UPCV
Unidad de Paciente Crítico 1° piso	UPC1
UTI 5° piso	UTI5
Unidad de Paciente Crítico Quemados	UPCQ



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2GSJZF-686>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 04
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE GESTIÓN DOCUMENTAL HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Página 19 de 22

Coordinación Cirugía Plástica y Reconstructiva	UCXP
--	------

b. Servicios de Apoyo Clínico y Diagnóstico:

Unidad de Rehabilitación y Gestión Funcional	URGF
Unidad de Procuramiento de Órganos	UPRO
Unidad de Nutrición	UNUT
Unidad de Farmacia Clínica	UFCL
Unidad de Psicotrauma	UPST
Unidad de Imagenología	UIMA
Unidad de Laboratorio Clínico	ULC
Unidad de Medicina Transfusional	UMT
Unidad de Anatomía Patológica	UAPA
Unidad de Farmacia	UFA
Unidad de Esterilización	UES
Unidad de Ropería	URO
Unidad de Imagenología	IPR
Unidad de Medicina Transfusional	UMT
Unidad de Anatomía Patológica	APA

c. Unidades Administrativas y Técnicas:


Departamento de Planificación y Control de Gestión	DPCG
Unidad de Control de Gestión	UCG
Unidad de Estadística Hospitalaria	UESH
Unidad de Archivo	UARC
Unidad de Proyectos	UPRO
Unidad de Auditoría	UAUD
Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente	UCSP
Unidad de Análisis Clínico GRD	UGRD
Unidad de Asesoría Jurídica	UAJ
Unidad de Comunicaciones y Relaciones Públicas	UCRP
Departamento de Formación, Investigación y Docencia	DFID



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799


Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2GSJZF-686>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 04
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE GESTIÓN DOCUMENTAL HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Página 20 de 22

Unidad de Calidad Percibida	UCP
Unidad Infecciones Asociadas a la Atención en Salud	IAAS
Secretaría de Dirección y Oficina de Partes	SDOP
Apoyo Gestión Presupuestaria y Financiera	AGPF
Unidad de Finanzas	UFI
Unidad de Contabilidad	UCON
Unidad de Cobranzas	UCOB
Unidad de Tesorería	UTES
Unidad de Admisión	UAD
Unidad de Análisis Financiero	UAFI
Unidad de Activo Fijo	UACF
Unidad de Tecnología de la Información	UTIC
Unidad de Operación y Soporte	UOPS
Unidad de Desarrollo Tecnológico	UDET
Unidad de Abastecimiento	UAB
Unidad de Licitaciones	ULIC
Unidad de Administración por Gestión de Contrato	UAGC
Unidad de Adquisiciones	UADQ
Unidad de Aprovisionamiento y Distribución	UAPD
Unidad de Recursos Físicos	URF
Unidad de Mantenimiento de Infraestructura	UMI
Unidad de Mantenimiento de Equipos Industriales	UMEI
Unidad de Mantenimiento de Equipos Médicos	UMEM
Apoyo en Control, Coordinación y Soporte	ACCS
Unidad de Gestión de Personas	UGP
Unidad de Remuneraciones	URE
Unidad de Administración de Personas	UADP
Unidad de Honorarios	UHO
Unidad de Calidad de Vida	UCV
Unidad de Prevención de Riesgos	UPR
Unidad de Salud del Trabajador	UST
Unidad de Sala Cuna y Cuidados Infantiles	USCI



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 04
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE GESTIÓN DOCUMENTAL HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Página 21 de 22


Unidad de Bienestar al Personal	UBIE
Unidad de Desarrollo Organizacional	UDO
Unidad de Reclutamiento y Selección	URES
Unidad de Capacitación	UCAP
Unidad de Inducción Institucional	UII

d. Subdirecciones y Dirección

Subdirección de Gestión Administrativa y Financiera	SGAF
Subdirección de Gestión del Cuidado	SDGC
Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas	SDGP
Subdirección De Gestión Clínica	SGC
Dirección	DIR

En el caso de documentos que no estén relacionados con Acreditación, se debe usar el código descrito en este anexo, según su Unidad o Departamento. Si su Servicio no se encuentra descrito, se deben utilizar las tres o cuatro primeras letras en mayúscula, del nombre de dicho lugar.



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código UCSP
	DIRECCIÓN	Versión: 04
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE GESTIÓN DOCUMENTAL HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Página 22 de 22

Actualizado por:

1. TM. Camila Benítez U., Profesional Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799  
 Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:  
<https://doc.digital.gob.cl/validador/2GSJZF-686>