

	PROTOCOLO PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	Código: E-GCC-T-037
		Versión: 003
		Fecha: Enero 2019
		Página: 1 de 18

1. OBJETIVO

Estandarizar las pautas de enfermería necesarias para brindar un cuidado de forma integral a los pacientes y acorde a sus necesidades, logrando así mejorar su estado de salud y bienestar.

2. ALCANCE

Aplica la sede Norte y la sede Sur de la Clínica Antioquia, inicia con el ingreso del paciente a cualquiera de los servicios donde se brinda atención y finaliza con el egreso de la institución.

3. DEFINICIONES

Autocuidado: Según la teoría del Autocuidado de Dorothea Orem, El autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar, por tanto es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, necesidad de autocuidado, y actividad de autocuidado conforman los fundamentos que permiten entender las necesidades y las limitaciones de acción de las personas que pueden beneficiarse de la enfermería. Como función reguladora del hombre, el autocuidado es diferente de otros tipos de regulación del funcionamiento y el desarrollo humano.

Cuidados de Enfermería: Son todas las actividades que se brindan al paciente durante el proceso de hospitalización, las cuales estarán enfocadas según el estado clínico y la gravedad, buscando satisfacer necesidades del paciente y la mejoría clínica.

Ejecución: Es el comienzo del plan de cuidados de enfermería para conseguir objetivos concretos. La fase de ejecución comienza después de haberse desarrollado el plan de cuidados y está enfocado en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al paciente a conseguir los objetivos deseados.

Examen Físico Cefalocaudal: Es el examen clínico que implica la obtención de información observable y objetiva del paciente. Se efectúa dirección céfalo-cauda, es decir con un orden lógico iniciando en la cabeza, por sistemas hasta extremidades inferiores; utilizando los cuatro principales métodos de exploración; que son, inspección, palpación, percusión y auscultación.

	PROTOCOLO PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	Código: E-GCC-T-037
		Versión: 003
		Fecha: Enero 2019
		Página: 2 de 18

Inspección: Exploración física del paciente que se efectúa por medio de la vista. Es el primer paso en un examen físico, y se basa en la observación total o parcial del cuerpo del paciente.

Kárdex: Es un instrumento que permite consignar la información más importante de cada uno de los pacientes atendidos, allí se consignan los cuidados, las conductas terapéuticas, los antecedentes, diagnósticos y pendientes que tiene el paciente, cualquier información que consideren relevante al momento de una intervención, tratamiento o cualquier emergencia.

Planeación: Es la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente, identificadas en el diagnóstico de enfermería. Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados.


Proceso de Atención de Enfermería (PAE): Es la aplicación del método científico a la práctica asistencial de la enfermería. Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

Usuario/ Paciente/ Cliente: Persona que utiliza, demanda y elige los servicios, en torno a él se organizan todos los servicios que se prestan en la institución.

Valoración de Enfermería: Es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de datos sobre el estado de salud del paciente, a través de diversas fuentes con el fin de iniciar el plan de acción para brindar cuidados eficientes y pertinentes a la necesidad del paciente.

4. NORMAS DEL PROCEDIMIENTO

- Todo paciente que ingrese a la clínica y requiera observación, hospitalización y/o cirugía, el enfermero jefe del área deberá diligenciar el kardex con la planeación de los cuidados de enfermería a ejecutar y los registros clínicos.
- El paciente y la familia deben estar involucrados en los cuidados implementados, con el fin de dar continuidad a estos en la casa del paciente luego del egreso.

	PROTOCOLO PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	Código: E-GCC-T-037
		Versión: 003
		Fecha: Enero 2019
		Página: 3 de 18

- Las tarjetas de cuidados específicos del grupo Ospedale deben estar integradas a los cuidados implementados y la educación al paciente durante su estancia.
- El jefe de enfermería debe garantizar el cumplimiento total de los cuidados implementados al paciente en cada día. Todos los cuidados deben ser ejecutados y se debe registrar todo en la historia clínica.

4.1 INDICACIONES

Realizar el plan de cuidados de enfermería está indicado en todos los pacientes que están dentro de la institución cruzando un proceso de salud y enfermedad. Teniendo en cuenta que a enfermería le interesa en todo momento brindar una atención integral que permita:

- Promover la salud
- Evitar nuevas enfermedades o complicaciones
- Restablecer la salud
- Aliviar el sufrimiento
- Educar para disminuir miedos
- Fomentar el autocuidado

4.2 CONTRAINDICACIONES

No existe contraindicación, el cuidado de enfermería es universal en todo el ciclo vital y proceso de salud enfermedad y permite una atención de excelente calidad.

4.3 MATERIALES Y EQUIPOS NECESARIOS (INSUMOS)

Se requiere:

- Historia Clínica
- Computador
- Kárdex de enfermería

	PROTOCOLO PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	Código: E-GCC-T-037
		Versión: 003
		Fecha: Enero 2019
		Página: 4 de 18

4.4 RECOMENDACIONES

- Humanizar la atención y el cuidado.
- Realizar los cuidados en contacto directo con el paciente y su familia dando la educación respectiva.
- En todo momento la actitud del personal de enfermería debe ser de tolerancia al dolor del paciente, que está en una situación de vulnerabilidad, de respeto sensibilidad y calidez.
- El equipo de salud en todo momento debe tener una actitud de disposición e interés en pos del bienestar del paciente.
- Buscar en todo momento el mayor grado de bienestar del paciente.
- El paciente debe percibir la empatía del equipo de salud a su situación de enfermedad.
- Los cuidados brindados deben ser integrales a las necesidades individuales de cada paciente.
- Al implementar el plan de cuidados de enfermería, el personal deberá utilizar el método PAE, que les permita un orden lógico y sistemático para identificar las necesidades individualizadas de cada paciente:

El proceso se organiza para su operacionalización en cinco fases cíclicas, interrelacionadas y progresivas:

- a) Valoración:** Identificar los factores y las situaciones que guían la determinación de problemas presentes, potenciales o posibles, reflejando el estado de salud del individuo.

Para su realización se deberá considerar lo siguiente:

- Recolectar la información de diferentes fuentes (individuo, familia, personal del equipo de salud, registros clínicos, anamnesis, examen físico, laboratorio y otras pruebas diagnósticas). Para recolectar la información se utilizan métodos como la interacción personal, la observación y la medición.
- Realizar la valoración del estado de salud del paciente de forma sistemática, registrando los datos objetivos y subjetivos, y empleando técnicas de valoración directa e indirecta.
- Analizar los datos obtenidos.

	PROTOCOLO PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	Código: E-GCC-T-037
		Versión: 003
		Fecha: Enero 2019
		Página: 5 de 18

- Los datos subjetivos no se pueden medir y son propios del paciente, lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica (sentimientos).
- Los datos objetivos se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- Los datos históricos o antecedentes son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento, ayudan a referenciar los hechos en el tiempo y conocer el historial médico del paciente.
- Los datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.
- En la recolección de datos también se necesita:
 - Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, entre otros...) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones).
 - Habilidades técnicas e interprofesionales
 - Capacidad creadora
 - Sentido común y flexibilidad
- En la etapa de valoración se debe realizar un examen físico céfalo caudal o por sistemas utilizando las cuatro técnicas específicas: Es un complemento de la observación y la exploración física.
 - **Inspección:** realizar un examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Centrarse en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
 - **Palpación:** utilizar el tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (forma, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia, movilidad). Utilizar esta técnica para la palpación de órganos en el abdomen.
 - **Percusión:** dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, que aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates, que aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros, que aparecen cuando se percute sobre el pulmón normal lleno de aire. Timpánicos, se encuentran al percudir el estómago lleno de aire.

	PROTOCOLO PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	Código: E-GCC-T-037
		Versión: 003
		Fecha: Enero 2019
		Página: 6 de 18

➤ **Auscultación:** escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza en fonendoscopio y se determinan características sonoras del pulmón, corazón e intestino.

- Toda la valoración debe ser registrada en la historia clínica de cada paciente.

b) Diagnóstico de Enfermería: En este paso se va a exponer el proceso mediante el cual se logra identificar un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Los pasos de esta fase son:

- **Identificación de problemas:** Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis, Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.
- **Formulación de problemas:** Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes es decir los de competencia médica, que solicita de la intervención de enfermería como lo es la administración de medicamentos entre otros.

Tipos de Diagnósticos: Son de cuatro tipos: reales, de alto riesgo, de bienestar y posibles.

- **Real:** Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen. El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.
- **Alto Riesgo:** Es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. Descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedida por el término alto riesgo Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

	PROTOCOLO PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	Código: E-GCC-T-037
		Versión: 003
		Fecha: Enero 2019
		Página: 7 de 18

- **Posible:** Describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- **De Bienestar:** Juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: Deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

c) **Planeación:** Establecer y llevar a cabo los cuidados de enfermería, que conduzcan a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. Esta fase del proceso de enfermería incluye cuatro etapas:

- **Establecer prioridades en los cuidados:** Seleccionar todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar el paciente. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
- **Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados:** Determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Esto es necesario porque proporciona la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. También, es importante formular objetivos que permitan evaluar la evolución del paciente así como los cuidados proporcionados.

- **Elaboración de las actuaciones de enfermería:** Determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados que corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el

	PROTOCOLO PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	Código: E-GCC-T-037
		Versión: 003
		Fecha: Enero 2019
		Página: 8 de 18

cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizando la situación.

Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones reducen o eliminar los factores de riesgo, previniendo la presentación del problema, monitorizando su inicio.

Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones recopilan datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios se monitorizan los cambios de situación, controlan los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.

d) Ejecución-Intervención: Se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recolección y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería, existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas.
- Dar los informes verbales de enfermería.
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

Enfermería tiene la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones

	PROTOCOLO PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	Código: E-GCC-T-037
		Versión: 003
		Fecha: Enero 2019
		Página: 9 de 18

dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

De las actividades que se llevan a cabo es importante la continuidad de la recogida y valoración de datos, para profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

e) Evaluación: La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación de los cuidados enfermero permiten establecer conclusiones, que sirvan para plantear mejora y continuidad de los cuidados con conclusiones claras que permitan identificar:

- Si el paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- Si está en proceso de lograr el resultado esperado, o plantearse otras actividades.
- Si el paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso, se debe realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.
- Medir los cambios del paciente/cliente, en relación a los objetivos marcados.
- Realizar las correcciones en caso de ser necesario plantear nuevas metodologías o acciones que permitan mejorar los resultados y tener resultados efectivos.

	PROTOCOLO PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	Código: E-GCC-T-037
		Versión: 003
		Fecha: Enero 2019
		Página: 10 de 18

- Realizar los registros clínicos con los resultados obtenidos.
- Tener en cuenta el listado de diagnósticos de enfermería Nanda 2015-2017. Que proporciona la taxonomía de enfermería, los factores relacionados que aplican para cada diagnóstico y las características.

5. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO/PROTOCOLO: Con enfoque global a todos los servicios:

N°	Actividades esenciales	Responsable
1	El paciente es recibido en primera instancia por el médico tratante y procede a realizar interrogatorio, anamnesis, valoración, examen físico, antecedentes de enfermedades pre existente, antecedentes alérgicos, motivo de consulta.	Médico Tratante (Urgencias médico general, Médico especialista en las demás áreas).
2	Luego de realizada la valoración y determinar el motivo de consulta, el medico inicia los registros clínicos respectivos, emite las órdenes para iniciar el manejo del paciente.	Médico tratante.
3	Entregar al área designada al paciente para inicio de tratamiento.	Médico tratante.
4	Enfermería da la bienvenida al paciente, se presenta y lo ubica en el área donde estará supervisado por el equipo de salud, colocando la manilla de identificación, explicando las tarjetas de cuidados específicos que son los cuidados estándar a ofrecer, se le enseña el manejo del timbre y las normas de seguridad para evitar caídas .	Auxiliar de enfermería
5	Realizar revisión de la historia clínica y elaboración del kardex con todos los datos completos como: (Nombre completo, fecha de ingreso, Numero de Historia Clínica que es el mismo documento del paciente, Edad, Hora, talla y peso, Especialidad, tipo de dieta, ordenes médicas, diagnóstico médico, antecedentes, pendientes, asegurador, medicamentos a administrar y horarios.).	Enfermera Jefe
6	Realizar ingreso al paciente, valoración física, toma de signos vitales y consignar la información en la historia clínica.	Auxiliar de enfermería

N°	Actividades esenciales	Responsable
7	Valorar el paciente y correlacionar la información suministrada, con lo observado y escrito por el médico para la implementación del plan de cuidados de enfermería.	Enfermera Jefe
8	Iniciar implementación de plan de cuidados de enfermería teniendo en cuenta un orden cefalocaudal, estado de salud, motivo de consulta, dispositivos médicos del paciente, teniendo en cuenta la metodología PAE y sus cinco pasos. El kardex le permite una orientación resumida de las actividades a realizar.	Enfermera Jefe
9	Enfermera jefe entrega al personal auxiliar de enfermería el plan implementado con el paciente, teniendo en cuenta las actividades del cuidado de enfermería y las interdependientes ordenadas por el médico tratante. En este momento, está delegando el cuidado y la ejecución de los cuidados implementados con la debida supervisión.	Enfermera jefe.
10	Ejecutar órdenes médicas de su competencia y cumplir el plan de cuidados realizando los respectivos registros.	Auxiliar de enfermería
11	Ejecutar acciones que solo son de competencia profesional como: (paso de sondas, urocultivo, hemocultivos, curaciones mayores, gases arteriales entre otras actividades) y realizar los registros clínicos correspondientes. Además, verificar que el personal auxiliar este dando cumplimiento el plan de cuidados programado para el paciente.	Enfermera jefe.
12	Realizar ronda de enfermería en la mañana, tarde y noche, brindar al paciente educación, aclarar dudas e identificar nuevas necesidades de cuidados.	Enfermera jefe
13	Realizar los monitoreos de los paciente mínimo cada 6 horas en general y según las especificaciones particulares de cada paciente y su estado hemodinámico, ya que habrá otros que deberán estar en monitoreo continuo o valorados cada dos horas por sus condiciones específicas.	Auxiliar de enfermería.
14	Realizar valoración y actualización de los cuidados a implementar según la evolución del paciente.	Enfermera jefe.

	PROTOCOLO PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	Código: E-GCC-T-037
		Versión: 003
		Fecha: Enero 2019
		Página: 12 de 18

N°	Actividades esenciales	Responsable
15	En la entrega de turno, el personal de enfermería deberá entregar lo realizado, lo pendiente y el estado del paciente.	Auxiliar de enfermería.
16	Durante cada turno, el personal auxiliar de enfermería deberá informar al jefe situaciones específicas y relevantes del paciente, de ser necesario se debe informar al médico tratante cambios significativos de importancia.	Auxiliar de enfermería y enfermero jefe.
17	Realizar educación continua al paciente y su familia durante su estancia. Preparar para los cuidados ambulatorios.	Enfermera jefe y Auxiliar de enfermería.
18	Al egreso, el personal de enfermería deberá transcribir el plan de cuidados a implementar en casa con sus respectivos signos o síntomas de alarma en caso de presentarse, con la finalidad que el paciente tenga una orientación escrita y pueda saber en qué momento debe considerar regresar al servicio de la clínica.	Auxiliar de enfermería.

6. INDICACIONES AL USUARIO

Corresponde al personal de enfermería la educación continua a la familia en lo referente a los procedimientos realizados continuamente de acuerdo al plan de cuidados estipulado, así mismo verificar que la información sea entendida por paciente y familia, confirmar la comprensión de lo instruido promoviendo que los indicados repitan las veces que sea necesario.

Es responsabilidad también del personal de enfermería hacer el despliegue de los instructivos de educación del programa de seguridad del paciente los cuales son parte fundamental para el cumplimiento normativo además son la forma más efectiva de involucrar al paciente y su familia en el cuidado de su salud y plan de recuperación.

7. RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

N°	Riesgo	Barrera de seguridad
1	Valoración ineficaz de las necesidades del paciente.	Adherencia a plan de cuidados de enfermería

	PROTOCOLO PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	Código: E-GCC-T-037
		Versión: 003
		Fecha: Enero 2019
		Página: 13 de 18

2	Diagnóstico de enfermería no pertinente	Adherencia a plan de cuidados de enfermería
3	No ejecución de los cuidados asignados	Rondas de seguridad y adherencia a protocolos.
4	Evolución tórpida del paciente	No aplica
5	Errores en la ejecución de los cuidados	Rondas de seguridad y adherencia a protocolos.
6	Error en la transcripción de las acciones a ejecutar.	Rondas de seguridad y adherencia a protocolos. Auditoria de historia.
7	Eventos adversos relacionados con cuidados ineficaces.	Rondas de seguridad y adherencia a protocolos.

8. ESTRATEGIA DE SOCIALIZACIÓN

- Subir el documento en la plataforma documental del sistema de calidad para conocimiento de todo el personal involucrado en el procedimiento.
- Presentar en grupos primarios el protocolo.
- A través de la plataforma virtual, se capacitará al personal de enfermería.

9. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROTOCOLO

La evaluación se realizará por el aula virtual y se realizará adherencia a éste de forma trimestral por medio de la Lista de Chequeo Adherencia al Protocolo de Plan de Cuidados de Enfermería **E-GCS-F-059**.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Aprendeonline.udea.edu.co. (2018). PAE: Ejecución de Intervenciones en el PAE. [online] Available at: <http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=61962> [Accessed 13 Oct. 2018].
2. Naranjo Hernández, Y., Concepción Pacheco, J. and Rodríguez Larreynaga, M. (2018). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. [online] Scielo.sld.cu. Available at:

	PROTOCOLO PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	Código: E-GCC-T-037
		Versión: 003
		Fecha: Enero 2019
		Página: 14 de 18

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009 [Accessed 13 Oct. 2018].

3. Es.slideshare.net. (2018). Cuidado de enfermería. [online] Available at: <https://es.slideshare.net/drais020810/cuidado-de-enfermeria-9087117> [Accessed 13 Oct. 2018].
4. Información sobre Enfermería. (2018). Etapas del PAE (Proceso de Enfermería). [online] Available at: <https://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/etapas.html> [Accessed 13 Oct. 2018].
5. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J. editores. Clasificación de Intervenciones de enfermería: NIC. 5 ed. Barcelona: Elsevier España; 2009.
6. Céspedes, Marta Luz. El proceso de atención de Enfermería. Documento de trabajo. Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Medellín

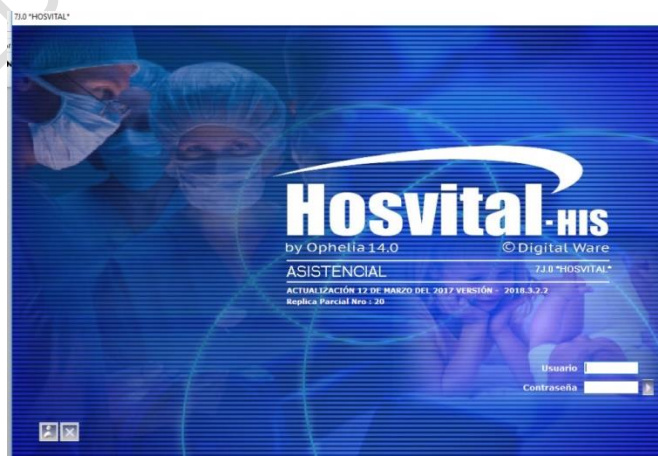
ANEXO: INSTRUCTIVO HOSVITAL

Parametrización: Para cada funcionario se creó un código con el objetivo de ingresar al sistema HOSVITAL y poder elegir diagnósticos de Enfermería (NANDA) y generar los cuidados de Enfermería correspondientes a dichos diagnósticos.

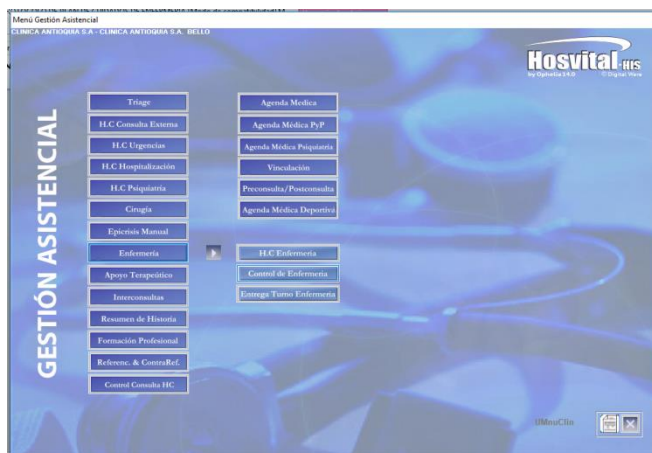
Para incluir un cuidado a un paciente debemos dar clic en “AGREGAR PROCEDIMIENTO” y se desplegara la pantalla para seleccionar el cuidado.

Ruta para agregar los diagnósticos y cuidados de enfermería en Hosvital:

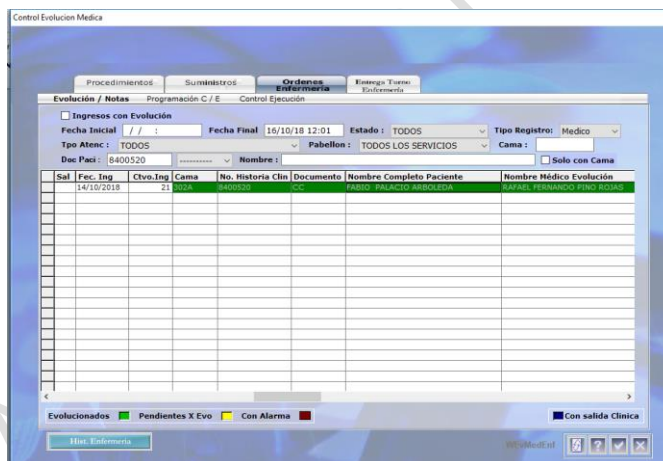
1. Ingresar a la historia Clínica electrónica:



2. Acceder a control de enfermería:



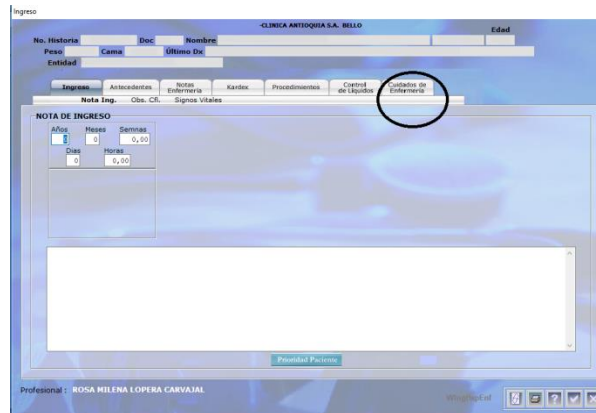
3. Acceder a órdenes de enfermería, registrar el documento y F4.



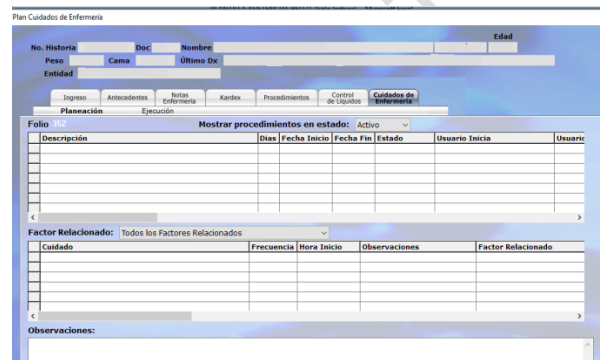
4. Dar clic en la historia seleccionada y dar clic en Historia enfermería. Dar registrar folio:



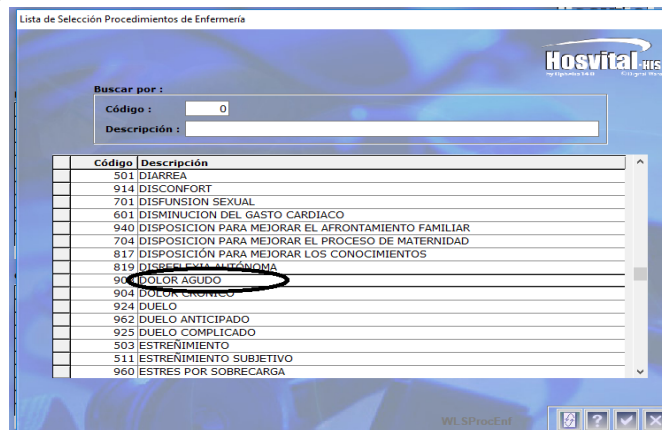
5. Seleccionar la pestaña de Cuidados de enfermería:



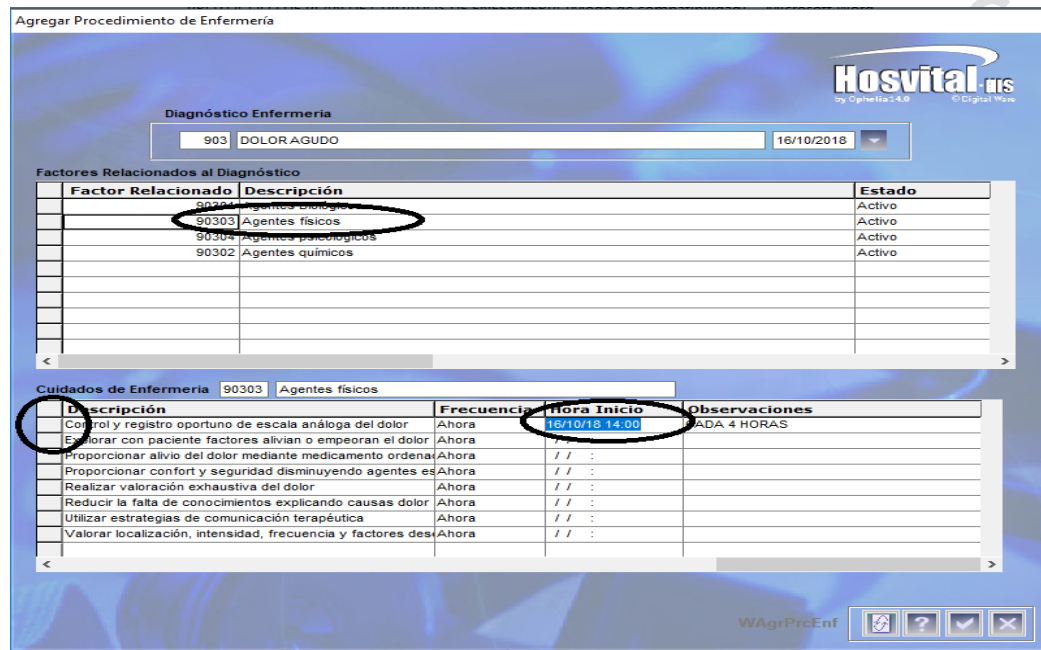
6. Dar clic a la opción de agregar diagnóstico de enfermería y a la nueva pantalla dar F4.



7. Se despliega el listado de diagnósticos. Señalar el diagnostico de enfermería que aplica al paciente y confirmar.



8. La historia electrónica solicita la fecha de inicio del diagnóstico y despliega listado de acciones y cuidados a realizar según el diagnóstico seleccionado. Se debe seleccionar el factor relacionado al diagnóstico y las actividades a realizar con su respectiva programación de horario y confirmar.



Diagnóstico Enfermería
903 DOLOR AGUDO 16/10/2018

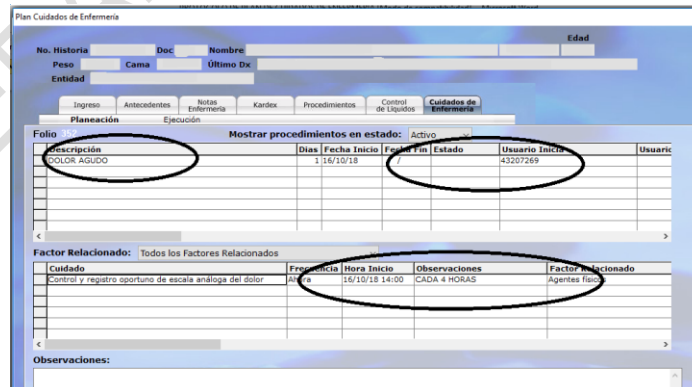
Factores Relacionados al Diagnóstico

Factor Relacionado	Descripción	Estado
90301	Agentes biológicos	Activo
90303	Agentes físicos	Activo
90304	Agentes psicológicos	Activo
90302	Agentes químicos	Activo

Cuidados de Enfermería 90303 Agentes físicos

Descripción	Frecuencia	Hora Inicio	Observaciones
Control y registro oportuno de escala analógica del dolor	Ahora	16/10/18 14:00	CADA 4 HORAS
Explorar con paciente factores alivian o empeoran el dolor	Ahora	/// :	
Proporcionar alivio del dolor mediante medicamento ordenado	Ahora	/// :	
Proporcionar confort y seguridad disminuyendo agentes estresantes	Ahora	/// :	
Realizar valoración exhaustiva del dolor	Ahora	/// :	
Reducir la falta de conocimientos explicando causas dolor	Ahora	/// :	
Utilizar estrategias de comunicación terapéutica	Ahora	/// :	
Valorar localización, intensidad, frecuencia y factores desencadenantes	Ahora	/// :	

9. El diagnóstico y las acciones quedarán guardados para que el personal auxiliar le dé aplicado cuando ejecute la acción.



Plan Cuidados de Enfermería

No. Historia: Doc: Nombre: Edad:
Pesi: Cama: Último Dx:
Entidad:

Ingreso: Antecedentes: Notas Enfermería: Kardex: Procedimientos: Control de Líquidos: Cuidados de Enfermería

Planeación: Ejecución

Mostrar procedimientos en estado: Activo

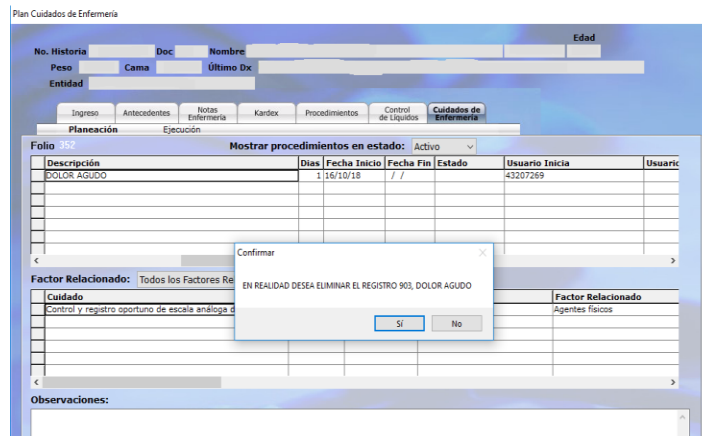
Descripción	Días	Fecha Inicio	Fecha Fin	Estado	Usuario Inicio	Usuario
DOLOR AGUDO		16/10/18		Activo	43207269	

Factor Relacionado: Todos los Factores Relacionados

Cuidado	Frecuencia	Hora Inicio	Observaciones	Factor Relacionado
Control y registro oportuno de escala analógica del dolor	Ahora	16/10/18 14:00	CADA 4 HORAS	Agentes físicos

Observaciones:

10. Así mismo cuando la enfermera considere puede eliminar el diagnóstico según la evolución del paciente.



Plan Cuidados de Enfermería

No. Historia Doc Nombre Edad

Peso Cama Último Dx

Entidad

Ingreso Antecedentes Notas Enfermería Kardex Procedimientos Control de Líquidos Cuidados de Enfermería

Planeación Ejecución

Folio 352

Mostrar procedimientos en estado: Activo

Descripción	Dias	Fecha Inicio	Fecha Fin	Estado	Usuario Inicia	Usuari
DOLOR AGUDO		1/16/10/18	/ /		43207269	

Factor Relacionado: Todos los Factores Re

Confirmar

EN REALIDAD DESEA ELIMINAR EL REGISTRO 903 DOLOR AGUDO

SI No

Cuidado

Control y registro oportuno de escala analógica

Factor Relacionado

Agentes físicos

Observaciones:

11. CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción	Elaboró	Revisó	Aprobó
001	Marzo 2012	Creación del plan de cuidados de enfermería.	Departamento de enfermería	Director médico	Comité técnico científico
002	Enero 2015	Actualización de documento.	Coordinadora de enfermería	Director médico	Comité de Calidad
003	Enero 2019	Actualización del protocolo en cuanto a su estructura y contenido.	Coordinación de enfermería sede Norte	Coordinación de enfermería sede Sur	Comité de guías