PROTOCOLO PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES

REGISTRO DE ELABORACION Y APROBACION DEL DOCUMENTO

	ELABORO	**REVISO**	**APROBO**
Nombre	FUNDACION STEFF SALUD-LINA RODRIGUEZ	YURI JOSE ARIAS SILVA	YURI JOSE ARIAS SILVA
Firma			
Cargo	Contratista	Gerente	Gerente
Fecha	Diciembre 21 del 2023	Diciembre 21 del 2023	Diciembre 21 del 2023

Contenido

1. OBJETIVO 3
   1.1. OBJETIVO ESPECÍFICOS 3
2. RESPONSABLES 4
   2.1. RESPONSABLES DE EJECUCION 4
   2.2. RESPONSABLE DE ADHERENCIA 4
3. MARCO NORMATIVO 4
4. DEFINICIONES 4
5. GENERALIDADES 6
6. ACTIVIDADES DE ENFERMERIA 6
7. PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA 13
8. PRECAUCIONES 19
9. CONCLUSIONES 20
10. EDUCACION AL PACIENTE Y SU FAMILIA 20
11. CONTROL DE CAMBIOS 20

1. OBJETIVO

Fomentar el cuidado integral de enfermería en los usuarios, garantizando así el mejoramiento continuo del usuario que se encuentra en la ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES

1.1. OBJETIVO ESPECÍFICOS

- Establecer planes y cuidados de enfermería de acuerdo a las necesidades del usuario
- Ejecutar de manera asertiva los planes de enfermería, mejorando así cada vez más la patología del usuario
- Realizar una evaluación de los planes de enfermería, vigilando la evolución del usuario, midiendo la eficacia de los planes de enfermería
- Liderar los planes y cuidados de enfermería y participar en la planeación de los servicios de salud
- Identificar los problemas de salud prioritarios
- Ejecutar plan de charlas educativas sobre la importancia de la promoción de la salud.

2. RESPONSABLES

2.1. RESPONSABLES DE EJECUCION

Está a cargo del personal de enfermería de los servicios (auxiliares y enfermeras jefes).

2.2. RESPONSABLE DE ADHERENCIA

Auditor de Calidad y funcionarios y/o contratistas con funciones de Coordinadores de la ESE Hospital Jorge Isaac Rincón Torres.

3. MARCO NORMATIVO

Decreto 1011 del 2006

Resolución N.° 3100 de 2019

guía técnica 'buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud"

4. DEFINICIONES

Proceso de atención de Enfermería: La aplicación del método científico en la práctica asistencial del profesional de enfermería, es el método conocido como proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.).

Este método permite a los enfermeros prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

Valoración de Enfermería por modelos de Autocuidado: Teoría de Dorotea Orem. Esta autora califica su teoría como una teoría general sobre el déficit del autocuidado, y consta de tres partes. La teoría del autocuidado (lo describe y

explica). La teoría del déficit del autocuidado (justifica por qué la enfermería puede ayudar a la gente).

La teoría de los sistemas de enfermería (explica las relaciones que tienen que existir para que esté la enfermería). Su idea básica sobre la Enfermería coincide substancialmente con la de Virginia Henderson.

Para ella el objetivo de la Enfermería es: ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad.

Hay varios tipos de autocuidados:

- Los derivados de las necesidades fundamentales que tiene cada individuo: alimento, oxígeno, agua, reposo, etc.
- Los derivados de las necesidades específicas que se plantean en determinados momentos del desarrollo vital: niñez, embarazo, vejez, etc.
- Los derivados de las desviaciones del estado de salud. Es decir, cuando se produce una enfermedad que hace preciso se realicen determinadas acciones para enfrentarse a ella o a sus consecuencias.
- Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

a) Actuar en lugar de la persona, por ejemplo, en el caso del enfermo inconsciente.
b) Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
c) Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
d) Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.
e) Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar. La educación entendida para efectos de mejoramiento de la calidad en la

atención de los servicios de salud debe involucrar la familia o cuidador del paciente.

Valoración de Enfermería por el método cefalocaudal: Este es un método de valoración del paciente orientado hacia la valoración de sus problemas y necesidades, complementado con la valoración funcional e instrumental.

- Kardex: Compendio de las acciones a realizarse para el cuidado de Enfermería, en el paciente durante su hospitalización.
-

5. GENERALIDADES

La enfermería aplica un proceso en la atención (PAE) para diagnosticar y trata las respuestas humanas a los problemas reales o potenciales de salud; para ello, se basa en un amplio marco teórico. El proceso de enfermería es el método mediante el cual se aplica este marco a la práctica profesional; con lo cual se busca asegurar la calidad de los cuidados al sujeto de atención y proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar e investigar en este campo. La diferencia entre la enfermería y otras profesiones del área de la salud: es que la enfermería es la única cuyo objeto de estudio es la persona en su totalidad e integralidad, con quien interactúa permanente como sujeto de atención las 24 horas del día. Esto le ha permitido permanecer a lo largo del tiempo como profesión irreemplazable y necesaria a través de la práctica.

6. ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

Una vez se ingresa el usuario a la institución y se realice la valoración y diagnostico medico se procede a realizar el plan de atención de enfermería (PAE) el cual se describe a continuación:

a) Identificación y definición de la patología según diagnóstico médico.
b) Describir la Fisiopatología
c) Factores desencadenantes
d) Sintomatología clínica, como subjetivo, objetivo

e) Exámenes diagnósticos
f) Evolución
g) Complicaciones
h) Elaboración

Priorizar cuidados de enfermería específicos:

- Actuar para resolver las dificultades
- Prever o curando la enfermedad
- Identificando las necesidades reales o potenciales del usuario, familia o comunidad.

Manual de diagnósticos de enfermería

Dominio, clase, objetivo, evolución,

Taxonomía nanda NOC Y NIC es la planificación de los cuidados de enfermería, realizando un análisis identificando el problema que sirve de base para elegir las intervenciones de enfermería que permitan conseguir los resultados esperados

NANDA: HIPERTERMIA

NOC: HIDRATACION, TERMOREGULACION

NIC: TRATAMIENTO DE LA FIEBRE, REGULACION DE LA TEMPERATURA

NANDA: DIARREA

NOC: EQUILIBRIO HIDRICO, HIDRATACION

NIC: MANEJO DE LA DIARREA, MANEJO DE LIQUIDOS

NANDA: MANEJO INEFICAZ DE LAS VIAS AEREAS

NOC: ESTADO RESPIRATORIO: PERMEABILIDAD DE LAS VIAS RESPIRATORIAS, AUTOCONTROL DE LAS ALTERACIONES DE RESPIRATORIAS

NIC: ADMINISTRACION DE LA MEDICACION: INHALACION, FISIOTERAPIA

PROMOCION DE LA SALUD: Toma de conciencia del bienestar o normalidad de las funciones y estrategias usadas para mantener el control y fomentar el bienestar y la normalidad del funcionamiento.

Clase 2: Manejo de la salud: Identificación, control, realización e integración de actividades para mantener la salud y el bienestar

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Mantenimiento inefectivo de la salud

Dominio: 1 promoción de la salud

Clase 1: estilo de vida saludable

Clase 2: disposición para mejorar la inmunización

Planes:

Educación sobre la importancia de los buenos hábitos saludables.

Educación sobre factores de riesgo

Sensibilizar sobre el buen recurso de los centros de atención en salud Importancia de la administración de las vacunas, ya que ayudar a combatir enfermedades

Dominio 2 Nutrición. Actividades de ingerir, asimilar y usar los nutrientes a fin de mantener y reparar los tejidos y producir energía.

Clase 3: Leche materna insuficiente

Educación sobre lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, ha libre demanda, Ayuda a tener un desarrollo mental en el menor.

Protege al menor de infecciones

Fortalece vinculo madre e hijo

Garantiza el crecimiento y desarrollo

Fomentar la higiene de los senos

Lubricar los senos

Clase 4:

Metabolismo: Procesos físicos y químicos que se producen en los organismos y células vivas para el desarrollo y uso de protoplasma, la producción de productos de desecho y energía, y la liberación de energía para todos los procesos vitales.

- Disminuye hemorragia pos parto
- Disminuye el riesgo de cáncer en seno ovario
- Fortalece vinculo madre e hijo

Clase: 2

Riesgo de deterioro hepático

Riesgo de la glucemia inestable

Clase 5: **Hidratación:** Captación y absorción de líquidos y electrólitos. Diagnósticos aprobados:

- Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos
- Control de líquidos ingeridos y eliminados
- Déficit de volumen de líquidos

Dominio 3 Eliminación e Intercambio.

Secreción y excreción de los productos corporales de desecho.

Clase 1: Sistema urinario: Procesos de excreción y secreción de orina.

- Deterioro de la eliminación
- Retención urinaria
- Incontinencia urinaria funcional
- Disposición para mejorar la eliminación urinaria

PLANES:

- Sonda vesical a libre drenaje
- Ejercicios vesicales ayuda a fortalecer los músculos vesicales
- En lo posible aumentar los líquidos orales
- Recomendar al familiar a no elevar la bolsa recolectora por encima de la cintura ya que ayuda a aumentar infecciones

Clase 2: Sistema gastrointestinal: Expulsión y excreción de productos de desecho del intestino

- Diarrea
- Estreñimiento

PLANES

- Aumenta la ingesta de líquidos
- Evaluar características de las deposiciones
- Masaje abdominal en caso de estreñimiento para aumentar el peristaltismo
- Auscultar ruidos peristaltismo
- Dieta rica en fibra para el estreñimiento

Dominio 4 Actividad/reposo

Producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos.

Clase 4: Respuestas cardiovasculares/respiratorias: Mecanismos cardiovasculares que apoyan la actividad/reposo.

- Deterioro de la ambulación
- Deterioro de la movilidad física
- Disminución del gasto cardiaco
- Deterioro de la respiración espontanea
- Patrón respiratorio ineficaz

- Disposición para mejorar el autocuidado
- Perfusión tisular inefectiva

PLANES

- Actividad física activa pasiva para mejorar la movilidad física
- Lubricar la piel para mejora tono de la misma
- Masajes para mejorar retorno venoso
- Fomentar en lo posible la actividad física para evitar sedentarismo
- Posición semifolwer para mejorar intercambio gaseoso
- Educación sobre el auto cuidado

Dominio 5 cognición percepción

Sistema de procesamiento de la información humana incluyendo la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación

Clase 3: Sensación/percepción: Recepción de información visual, auditiva, gustativa, olfatoria, táctil y cinestésica a través de los sentidos, así como la comprensión de tales datos que conduce a la identificación, asociación y patrón de reconocimiento:

Trastorno de la percepción sensorial

Clase 4: Cognición: Uso de la memoria, el aprendizaje, pensamiento, solución de problemas, abstracción, juicio, introspección, capacidad intelectual, cálculo y lenguaje.

Confusión aguda Deterioro de la memoria

Control ineficaz de los impulsos

Disposición para mejorar la comunicación

Dominio 7 Rol/relaciones

Conexiones y asociaciones negativas y positivas entre personas o grupos de personas y los medios por los que se demuestran tales conexiones.

Clase 3: Desempeño del rol: Calidad del funcionamiento de acuerdo con los patrones socialmente esperados.

Lactancia materna efectiva e inefectiva

Interrupción de la lactancia materna

Relación ineficaz

Dominio 8 Sexualidad.

Identidad sexual, función sexual y reproducción

Clase 3: Reproducción: Cualquier proceso por el que se producen nuevos individuos (personas).

Riesgo y Proceso de maternidad ineficaz

Dominio 11 Seguridad/protección. Ausencia de peligro, lesión física o trastorno del sistema inmunitario, evitación de las pérdidas y preservación de la protección y seguridad

Clase 1: Infección: Respuestas de huésped a la infección por gérmenes patógenos. Diagnóstico aprobado:

- Riesgo de infección
- Riesgo de aspiración
- Riesgo de caída
- Riesgo de deterioro cutáneo
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas
- Riesgo de shock
- Riesgo de sangrado

PLANES:

- Reposición de líquidos para mejorar hipovolemia
- Curación estricta para evitar infección
- Utilizar sonda educada para aspiración de secreciones, utilizando técnica aséptica

- Barandas elevadas
- Educación a la familia sobre la importancia de barandas elevadas riesgo de caída
- Realizar masaje para mejorar circulación
- Cambios de posición evita ulceras por presión

Dominio 12 Confort.

- Sensación de bienestar o comodidad física, mental o social.
- Dolor agudo
- Nauseas

Dominio 13 Crecimiento/desarrollo. Aumento o mejora de las dimensiones físicas, sistemas corporales y logro de las tareas de desarrollo acordes con la edad.

- Crecimiento y desarrollo
- Riesgo de crecimiento desproporcionado
- Retraso en el crecimiento y desarrollo

7. PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

FASES DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:

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

a) Valoración

b) Diagnóstico de enfermería

c) Planeación

d) Ejecución-intervención e) Evaluación.

PRIMERA ETAPA: VALORACIÓN

Esta fase ayuda a 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:

a. 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.
b. 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.
c. Analizar los datos obtenidos.

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 cefalocaudal o por sistemas utilizando las cuatro técnicas específicas:
- 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 percutir el estómago lleno de aire.
- 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

SEGUNDA ETAPA: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

La segunda fase prevé la formulación de un enunciado del problema real de alto riesgo o estado de bienestar para el sujeto de atención que requiere intervención para solucionarlo o disminuirlo con el conocimiento de la enfermería. Un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales.

El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería. Los diagnósticos se clasifican de acuerdo a sus características. Un diagnóstico puede ser de bienestar, real, de alto riesgo o posible. El bienestar es un juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición desde un

nivel específico de bienestar hasta un nivel más alto. Ejemplo: potencial para favorecer la paternidad.

El diagnóstico real, describe un juicio clínico que el profesional ha confirmado por la presencia de características que lo definen y signos o síntomas principales. Ejemplo: alteración de la nutrición por defecto relacionado con anorexia, náuseas/vómitos persistentes y aumento del índice metabólico.

El de alto riesgo describe un juicio clínico sobre un individuo o grupo que es más vulnerable de desarrollar el problema que otros en una situación igual o similar. Ejemplo: alto riesgo de alteraciones del mantenimiento de la salud relacionado con conocimientos insuficientes sobre el problema, actividades, dieta y medicamentos.

Diagnóstico posible: posible incapacidad para el autocuidado relacionado con la afectación en la capacidad de utilizar la mano izquierda secundaria a una vía intravenosa.

Por otra parte, el enunciado del diagnóstico de enfermería debe constar de una, dos o tres partes, lo cual depende del tipo de diagnóstico: los de bienestar se escriben como enunciados de una sola parte; los de alto riesgo y los posibles constan de dos partes, los problemas y los factores de riesgo relacionados con el mismo; y el diagnóstico real consta de tres partes (problema, factores concurrentes, signos y síntomas). (Ver Anexo 1. TAXONOMÍA 2012 – 2014)

Para realizar el diagnostico hay que tener en cuenta una serie de directrices:

- Unir la primera parte del diagnóstico con la segunda utilizando “relacionado con” mejor que “debido a” o “causado por”. Dado que así no quiere significar que hay una relación causa-efecto directa.
- La primera parte del diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de enfermería
- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal - Escribir el diagnostico sin emitir juicios de valor. Basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del diagnostico
- No indicar dos problemas al mismo tiempo, ya que ello, dificulta la formulación de los objetivos

TERCERA ETAPA: PLANIFICACIÓN

La selección de una intervención cuando el profesional de enfermería está haciendo el plan de cuidados siguiendo las etapas del proceso, forma parte de la toma de las decisiones clínicas que se toman en el día a día. Al elegir una determinada intervención deben tenerse en cuenta seis factores: resultados deseados en el paciente, correspondencia entre la intervención de enfermería y el problema del paciente (manifiesto en el diagnóstico de enfermería), posibilidad de realización de la intervención por parte del profesional de enfermería y el equipo de salud, aceptación del paciente.

Dicho plan debe estar orientado a la reducción o eliminación de estos problemas:

La planeación incluye las siguientes etapas:

a) Establecimiento de prioridades entre los diagnósticos de enfermería cuando un paciente tiene varios problemas.

b) Determinación de objetivos o metas esperadas. Es el resultado que se espera de la atención de enfermería; lo que se desea lograr con el paciente. Las metas se derivan de la primera parte del diagnóstico de enfermería o problema. Los resultados o metas, deben estar centrados en el comportamiento del paciente atendido, ser claros, concisos, observables y medibles. Abarcan múltiples aspectos de la respuesta humana (como el aspecto físico y funcional del cuerpo), síntomas, conocimientos, habilidades psicomotrices y los estados emocionales.

c) Planeación de las intervenciones de enfermería. Están destinadas a ayudar al paciente a lograr las metas del cuidado. Se enfocan a la parte etiológica del problema o segunda parte del diagnóstico de enfermería, por lo tanto, van dirigidas a eliminar los factores que contribuyen al problema.

Las intervenciones de enfermería reciben nombres diversos, acciones, estrategias, planes de tratamiento y ordenes de enfermería. Para la realización se deberá considerar lo siguiente:

- Adaptar o diseñar un plan de cuidados basados en conocimientos actualizados de las ciencias en enfermería, biológicas, sociales, físicas y comportamentales.
- Por cada diagnóstico el enfermero establece objetivos pactados con el paciente definidos de forma realista y mensurable, congruente con el resto de tratamientos planificados que especifiquen el tiempo de consecución y dirigida a maximizar la autonomía del paciente.
- Priorizar las intervenciones y así lograr los objetivos pactados o establecidos y a favorecer la participación del paciente.
- Priorizar estas intervenciones con base en la aplicación de los resultados de la valoración y de los conocimientos científicos vigentes.
- Prescribir las intervenciones con base en el servicio de enfermería que se requiera.
- Revisar y actualizar el plan de cuidados para adaptarlo a la evolución del estado de salud del paciente. Determinar las áreas de colaboración con otros profesionales

CUARTA ETAPA: EJECUCIÓN En la cuarta fase del proceso de atención se lleva a cabo la ejecución de las intervenciones de enfermería. Durante el desarrollo de esta fase se requiere:

a) Validar: es necesario buscar fuentes apropiadas para validar el plan con colegas expertos, otros miembros del equipo de salud y el paciente. Por lo tanto, las intervenciones deben estar orientadas a la solución del problema del paciente, apoyado en conocimientos científicos y cumplir con la priorización de los diagnósticos.

b) Documentar el plan de atención: para comunicarlo con el personal de los diferentes turnos, deberá estar por escrito y al alcance.

c) Continuar con la recolección de datos: a lo largo de la ejecución enfermería continúa la recolección de información, ésta puede utilizarse como prueba para la evaluación del objetivo alcanzado y para establecer cambios en la atención. La enfermera participa ampliamente en la ejecución del plan de cuidados y plan terapéutico, requiere un

razonamiento enfermero previo. Su aplicación puede englobar medidas preventivas, terapéuticas, de vigilancia y control o de promoción del bienestar; favorece el establecimiento de una relación terapéutica y facilita el proceso de aprendizaje del paciente, todo ello para contribuir al mantenimiento/restablecimiento de la salud del paciente o a una muerte serena.

QUINTA ETAPA: EVALUACIÓN

La última fase en enfermería evalúa y regula sistemáticamente, las respuestas del paciente a las intervenciones realizadas con el fin de determinar su evolución para el logro de los objetivos marcados, de diagnósticos enfermeros, los objetivos y/o el plan de cuidados. La evaluación consta de tres partes:

a) La evaluación del logro de objetivos. Es un juicio sobre la capacidad del paciente para desarrollar el comportamiento especificado en el objetivo. Su propósito es decir si el objetivo se logró, lo cual puede ocurrir de forma total, parcial o nula.

b) Revaloración del plan. Es el proceso de cambiar o eliminar diagnósticos de enfermería, objetivos y acciones con base en los datos que proporciona el paciente.

c) La satisfacción del paciente atendido. Es importante conocer su apreciación y discutir con el paciente acerca de sus cuidados.

8. PRECAUCIONES

Viabilidad en los planes de enfermería, cuales son aplicables y cuál no

Establecer la evolución del estado de salud del paciente, que puedan contraindicar seguir con el plan

9. CONCLUSIONES

Herramienta de trabajo útil y valido para los profesionales de enfermería de la institución, que contribuyen a la evolución y mejoramiento del usuario.

Garantizar la satisfacción de las necesidades durante el proceso de salud

Desarrollar un rol propio de enfermería

10. EDUCACION AL PACIENTE Y SU FAMILIA

Hábitos saludables sobre signos de alarma que indiquen peligro para la salud

Evitar sedentarismo, indicar actividad física moderada

Alimentación adecuada para cada patología

Controles de crecimiento y desarrollo

Controles médicos, riesgo Cardio vascular

Esquema de vacunación completo

Lactancia materna exclusiva a libre demanda

Estimulación temprana

Signos de alarma que indiquen peligro al menor

Rondas de seguridad al paciente

11. CONTROL DE CAMBIOS

VERSION	PROCESO ACTUALIZADO		FECHA			INFORMACION DE CAMBIOS			ELABORO/ACTUALIZO	DESCRIPCION DEL CAMBIO
	PROCESO	SUBPROCESO	DIA	MES	AÑO	E	M	X		
1	Prestación de servicios de salud	Urgencias	21	12	2023	X			Stef Salud	