



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD



Manual del Módulo de Cuidados

Versión 2.2.0.0

Aplicación de cuidados de enfermería



Elaborado por



Resumen de modificaciones del documento

Fecha	Versión	Realizado por	Aprobado por	Descripción
01/12/2006	1.0	<ul style="list-style-type: none">▪ Pedro Jesús Carmona Fernández▪ Rafael Torrente Fernández▪ Pedro Emilio Ventura Puertos	Tecnova	<ul style="list-style-type: none">▪ Versión inicial completa.
03/01/2007	1.1	<ul style="list-style-type: none">▪ Pedro Jesús Carmona Fernández▪ Rafael Torrente Fernández▪ Pedro Emilio Ventura Puertos▪ Antonio Jesús Luna Martín	Tecnova	<ul style="list-style-type: none">▪ Actualización en el identificador del operador.▪ Actualización del formato del documento
23/05/2007	1.2	<ul style="list-style-type: none">▪ M^a del Carmen Martínez Flores▪ Rafael Torrente Fernández▪ Pedro Emilio Ventura Puertos▪ Antonio Jesús Luna Martín	Tecnova	<ul style="list-style-type: none">▪ Actualización del formato del documento
23/07/2007	1.3	<ul style="list-style-type: none">▪ Teresa López Urbano▪ M^a del Carmen Martínez Flores▪ Laura Salazar Bravo▪ Pedro Emilio Ventura Puertos	Tecnova	<ul style="list-style-type: none">▪ Actualización del formato del documento.▪ Actualización de modificaciones del Módulo de Cuidados.
06/10/2008	1.4	<ul style="list-style-type: none">▪ Teresa López Urbano▪ Lola Luque Cuéllar▪ Laura Salazar Bravo	Tecnova	<ul style="list-style-type: none">▪ Actualización de modificaciones del Módulo de Cuidados.▪ Describe la funcionalidad de Azahar a partir de la versión 1.1.7.b_1.
05/05/2010	1.5	<ul style="list-style-type: none">▪ María José Estepa Luna▪ Estefanía Luque Lara	Tecnova	<ul style="list-style-type: none">▪ Actualización de modificaciones del Módulo de Cuidados.
07/04/2011	1.6	<ul style="list-style-type: none">▪ María José Estepa Luna▪ Estefanía Luque Lara	Tecnova	<ul style="list-style-type: none">▪ Actualización de modificaciones del Módulo de Cuidados.
14/05/2012	2.1.0.0	<ul style="list-style-type: none">▪ María José Estepa Luna▪ Estefanía Luque Lara	Tecnova	<ul style="list-style-type: none">▪ Actualización de modificaciones del Módulo de Cuidados.
03/09/2012	2.2.0.0	<ul style="list-style-type: none">▪ María José Estepa Luna▪ Estefanía Luque Lara	Tecnova	<ul style="list-style-type: none">▪ Actualización de modificaciones del Módulo de Cuidados.

Contenido

1. NOTAS PRELIMINARES.....	3
2. INTRODUCCIÓN.....	4
3. ACCESO A LA APLICACIÓN	5
3.1 ENTRADA A LA APLICACIÓN	5
3.2 ACCESO DE UNIDAD/USUARIO	6
3.2.1 Acceso de unidad.....	6
3.2.2 Acceso de usuario.....	6
4. MENÚ PRINCIPAL.....	7
4.1 MENÚ PRINCIPAL: AUXILIAR.....	7
4.2 MENÚ PRINCIPAL: ENFERMERA	7
4.3 MENÚ PRINCIPAL: SUPERVISORA	8
5. ASIGNACIONES.....	10
5.1 ASIGNACIÓN DE PACIENTES	10
5.2 ASIGNACIÓN ESTÁNDAR.....	13
5.3 ASIGNACIÓN DE ENFERMERA REFERENTE	14
6. MAPA DE CAMAS.....	16
7. MAPA DE CUIDADOS.....	19
7.1 VALORACIÓN	22
7.1.1 Valoración inicial	22
7.1.2 Cuestionarios de valoración.....	28
7.1.3 Valoraciones posteriores.....	31
7.1.4 Incidencias UPP.....	34
7.2 DIAGNÓSTICO Y PLAN DE CUIDADOS	37
7.2.1 Diagnóstico enfermero	37
7.2.2 Plan de cuidados/Requerimientos	41
7.3 OBSERVACIONES	48
7.3.1 Observaciones:	48
7.3.2 Hoja de Observaciones:.....	51
7.3.3 Registro de 24horas	52
7.3.4 Registro de constantes:.....	56
7.3.5 Gráficas de constantes.....	57
7.3.4.1 Gráfica de constantes extendida:.....	58
7.4 ALTA	60
7.4.1 Resumen de cuidados:.....	60
7.4.2 Informe de continuidad de cuidados:	61



7.5 VISOR HISTÓRICO	65
8. AGENDA	67
9. ACTIVAR AGENDA	74
10. DATOS DE EPISODIO	75
11. ELIMINAR CUIDADOS DEL PACIENTE	76
12. VER ESTADÍSTICAS BÁSICAS	78
13. CLAVE DE ACCESO	80

1. NOTAS PRELIMINARES

Para facilitar la comprensión del contenido de este manual, deben aclararse ciertos términos de referencia:

- OPERADOR: se usa para hacer referencia al “usuario de esta aplicación”, es decir, supervisora, enfermera y/o auxiliar de Enfermería.
- CNP (Código Numérico Personal) y NRP (Número de Registro Personal) ambos son identificadores personales.
- NHC: Número de Historia Clínica. Existen centros en los que se utiliza en su lugar otros identificadores como el CIP (Código Identificación Paciente).
- NUSHA: Número Único de Historia de Salud de Andalucía.

2. INTRODUCCIÓN

El Módulo de Cuidados AZAHAR es una plataforma abierta e interoperable, de última generación para el soporte del trabajo asistencial de Enfermería que posee las siguientes características:

- Supone un entorno tecnológico de soporte integrado al Proceso Asistencial de Enfermería, en condiciones de continuidad intra y extra-hospitalaria, mediante acceso Wi-Fi y codificación digital de los planes de cuidados.
- Integra, desde su diseño, un método de atención coherente con la forma de trabajo de Enfermería, con unos contenidos que contemplan la más reciente evidencia en los cuidados.
- Es Implantable en el ámbito hospitalario y extensible a otros niveles asistenciales, como Atención Primaria e incluso Asistencia Domiciliaria.
- Por su interfaz multidispositivo, permite llevar el proceso de cuidados a pie de cama, proporcionando una producción de servicios única y coordinada, mejorando la continuidad de los cuidados y permitiendo una evaluación objetiva de la efectividad de las intervenciones.

El Manual del Módulo Cuidados AZAHAR pretende ser un documento didáctico y ordenado que facilite el proceso de aprendizaje de la aplicación en sus diferentes niveles y categorías profesionales.

La estructura y ordenación del manual está orientada a imitar la estructura y manejo de la aplicación en su utilización. De esta forma, puede observarse que la secuencia de capítulos coincide con las fases del Proceso Enfermero como método de trabajo con el paciente.

3. ACCESO A LA APLICACIÓN

Cada profesional posee un CNP mediante el cual accede con seguridad a la aplicación.

3.1 Entrada a la aplicación

Acceso directo situado en el escritorio, haciendo doble clic sobre el icono Módulo de Cuidados (Figura 3.1).



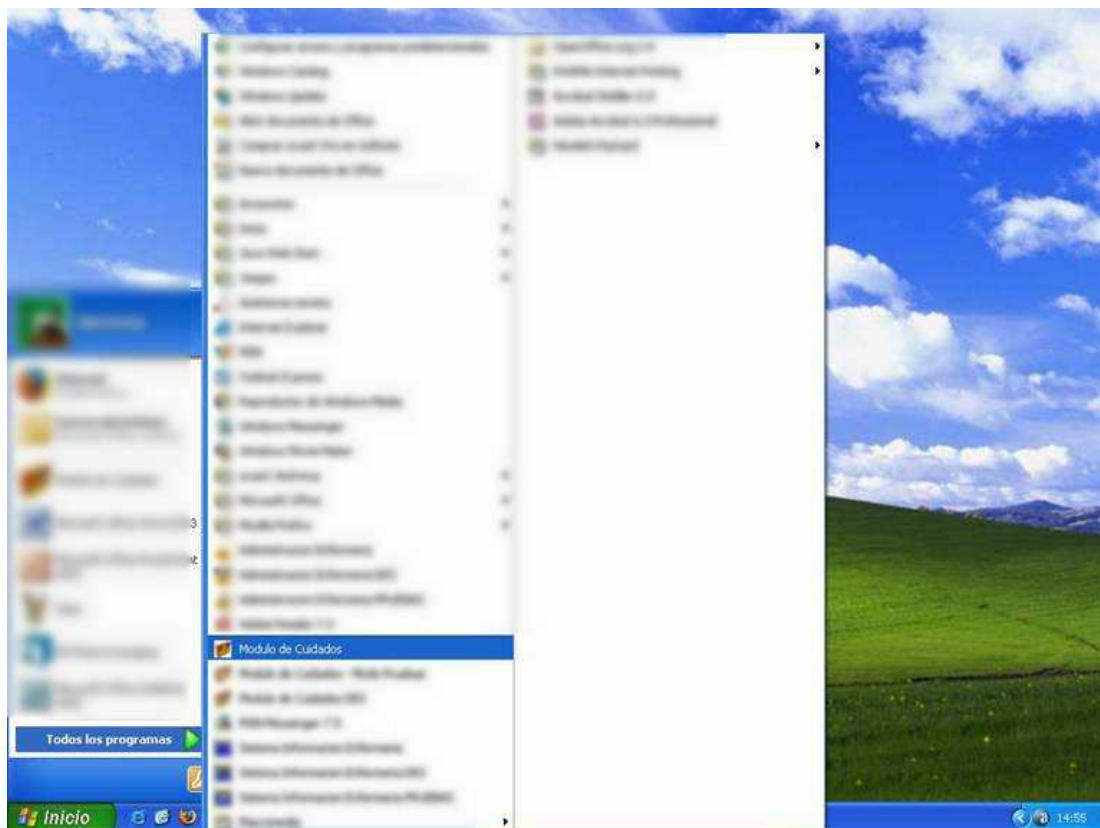
(Figura 3.1)

En el caso de que no se encuentre el acceso directo en el escritorio, se accede clicando sobre la Barra de Inicio (Figura 3.2).



(Figura 3.2)

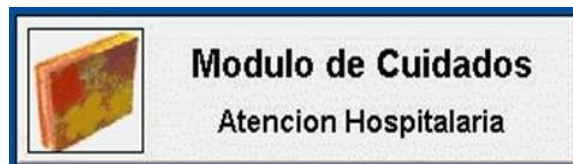
Una vez se despliega el menú, se coloca el cursor sobre "Programas" y aparece la lista con los programas que hay instalados en el ordenador; buscar Módulo de Cuidados (Figura 3.3) y hacer un clic sobre éste.



(Figura 3.3)

3.2 Acceso de unidad/usuario

Pantalla de bienvenida a la aplicación. (Figura 3.4)



(Figura 3.4)

3.2.1 Acceso de unidad

Se debe introducir el código y la clave de la unidad y hacer clic sobre el botón Aceptar (Figura 3.5).

Puede ocurrir que en nuestro centro no encontremos esta primera ventana, sino que, en su lugar, aparezca directamente la ventana que se explica a continuación.



(Figura 3.5)

3.2.2 Acceso de usuario

Para identificarnos, se escribe:

- USU. (Usuario)
- Clave personal

Para finalizar se hace clic sobre el botón Aceptar (Figura 3.6)

Una vez autenticada la identificación del operador, aparece el "Menú principal" de la aplicación.



4. MENÚ PRINCIPAL

Punto de partida para acceder a cualquiera de las funciones que el Módulo de Cuidados ofrece.

Dependiendo de la categoría profesional a la que se pertenezca, el sistema muestra una serie de funciones a las que acceder, las cuales se detallan a continuación.

4.1 Menú principal: Auxiliar

Distinguimos dos secciones (Figura 4.1):

- Auxiliar: nos permite acceder a la “Agenda”, “Mapa de camas”, “Asignación de pacientes” y “Observaciones”.
- Configuración de usuario: con el botón de “Clave de acceso”.

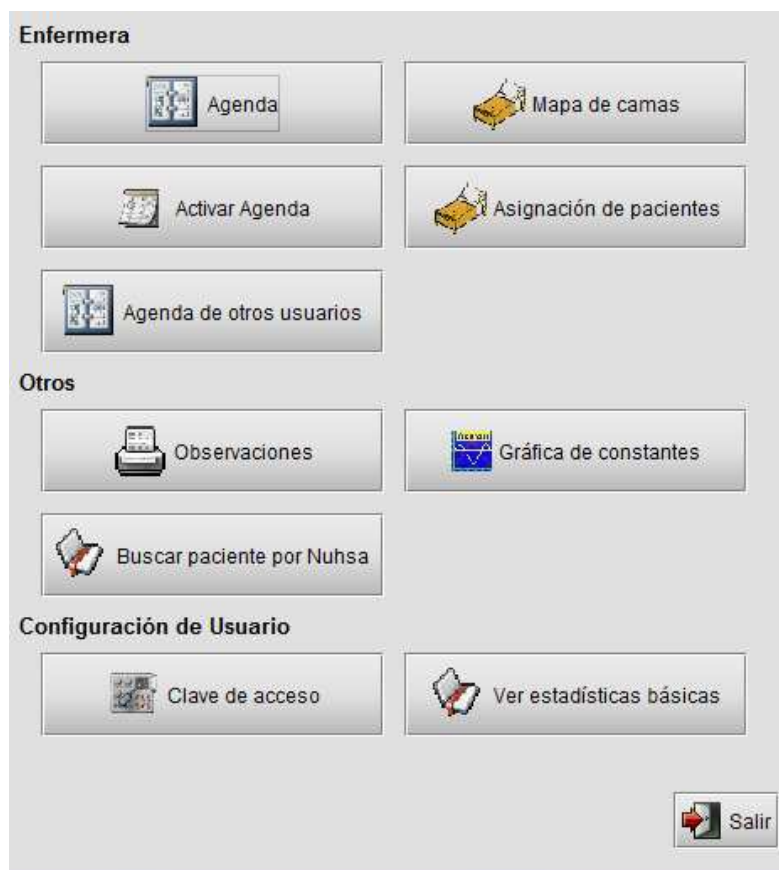


(Figura 4.1)

4.2 Menú principal: Enfermera

Distinguimos dos secciones (Figura 4.2):

- Enfermera: accede a las funciones “Agenda”, “Agenda de otros usuarios”, “Mapa de camas”, “Asignación de pacientes”, “Observaciones” y “Activar Agenda”, “Gráfica de constantes” y “Buscar paciente por nuhsa”.
- Configuración de usuario: con el botón “Clave de Acceso”.



(Figura 4.2)

4.3 Menú principal: Supervisora

Distinguimos tres secciones (Figura 4.3):

- Enfermera: accede a las funciones “Agenda”, “Mapa de camas”, “Asignación de pacientes”, “Agenda de otros usuarios” y “Activar Agenda”.
- Supervisora: accede a las funciones de “Asignación estándar”, “Asignación de enfermera referente”.
- Otros: accede a las funciones de “Observaciones”, “Eliminar cuidados del paciente”, “Buscar paciente por NHC” y “Gráfica de constantes”.
- Configuración de usuario: con el botón de “Clave de acceso” y “ver estadísticas básicas”.

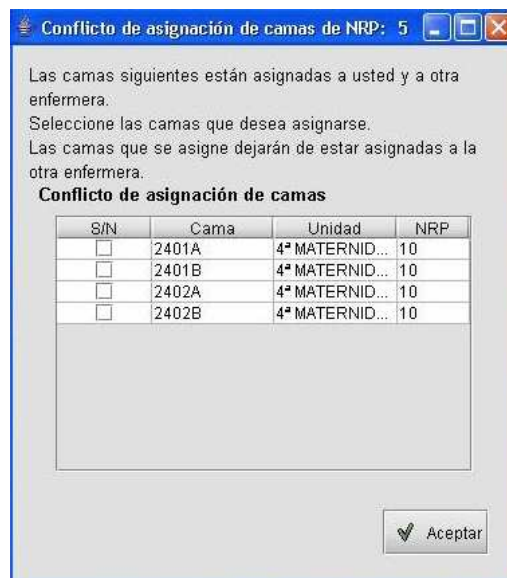


(Figura 4.3)

5. ASIGNACIONES

Descripción de las posibles formas de asignación por parte de la supervisora, enfermera y auxiliar de enfermería.

Conflicto de asignación de camas; antes de que aparezca el Menú principal, puede surgir la notificación de un Conflicto de asignación de camas (Figura 5.1). Donde aparece un texto en el que se nos indica que existen camas asignadas a varios profesionales. Para solucionar este conflicto se seleccionan la/s cama/s de los clientes que se va a asignar y “Aceptar”.



(Figura 5.1)

5.1 Asignación de pacientes

Cada operador se asigna sus propios clientes, siempre y cuando no exista una Asignación estándar (llevada a cabo por la supervisora) o en el caso de querer modificar ésta. Los cambios o modificaciones realizados por la enfermera en “Asignación de pacientes” únicamente tendrán validez para el día concreto y turno en el que se realizan.

Acceso a la función mediante el botón “Asignación de pacientes” del Menú principal (Figura 5.2). Aparecen diferentes secciones:



(Figura 5.2)

- Unidad: se observa el Hospital, Unidad y Turno al que se ha accedido (Figura 5.3). La enfermera no podrá modificar los datos que aparecen en esta sección.

Unidad

Hospital: H. PROVINCIAL Unidad: 1ª PLANTA Turno: Mañana

Camas/Pacientes

Cama	NHC	Nombre	1º Apellido	2º Apellido	Enfs	Auxs
4103A		MIGUEL			009616	006556
4103B		ANTONIO			009616	006556
4104A		JOSE			009616	006556
4104B		BALTASAR			009616	006556
4105A		ANA			009616	006556
4105B		CARMEN			009616	006556
4106A		MARIA			009616	006556
4106B		ENCARNACION			009616	006556

(Figura 5.3)

- Camas/Pacientes: aparece un listado de todos los pacientes ingresados en dicha Unidad (identificados con nombre, apellidos, NHC y número de cama) y el CNP/NRP de la enfermera y auxiliar asignadas (Figura 5.3)
- Usuarios: aparecen los profesionales que trabajan en dicha unidad, su categoría profesional y, por último, los pacientes asignados a éstos. De forma automática aparece seleccionado (sombreado) el operador que entra a la función ya que únicamente puede realizar cambios sobre sí mismo y esta inactivo para el resto de operadores (Figura 5.4).

Usuarios

NRP	Nombre	1º Apellido	2º Apellido	Categoría	Camas
000001	ABEL	VALLEJOS	GALLARDO	Enf	
000002	ALBA	SERRANO	SERRANO	Aux	
000003	ANABELA	TORRALBO	ALBERTO	Aux	
000004	ANACALLA	MORA	GUZMAN	Enf	
000005	B. VALLE	VALLE	WILLER	Aux	
000006	MARIA	CAJÓ	DE MORALES	Enf	4903A, 4903B
000007	VICTORIANO	MORENO	RODRIGO	Aux	4908B
000008					

(Figura 5.4)

- Asignados/Restantes: compuesta de dos apartados entrelazados (Asignados al usuario con... y Restantes al usuario con...), por los que se realizan las acciones de asignación y liberación de clientes.

Para asignar los pacientes se seleccionan en la sección “Restantes al usuario con...”, quedando marcados en gris (Figura 5.5), y clicando en el botón “Asignar” pasan al área de “Asignados al usuario con...” (Figura 5.6).

Unidad

Hospital: H. MATERNO-NEONATAL Unidad: 3ª MATERNIDAD Turno: Nocturno

Camas/Pacientes

Cama	NHC	Nombre	1º Apellido	2º Apellido	Enfs	Auxs
2301A						
2301B	442172	MARIA DEL CA	CRIBADO	OLIVERERO		
2302A	4114	MARIA CARMEN	AGUADO	HEREDIA		
2302B	282718	CLARA	MILLA	CARRILLO		
2303A						
2303B	442388	CECIBEL MARIA	OLIVERA	TORALE		
2304A						

Usuarios

NRP	Nombre	1º Apellido	2º Apellido	Categoría	Camas
3				Aux	
2				Enf	
10				Sup	
1				Sup	

Asignados al usuario con NRP " 1 "

Cama	Nombre	1º Apellido	2º Apellido
------	--------	-------------	-------------

Restantes al usuario con NRP " 1 "

Cama	Nombre	1º Apellido	2º Apellido
2301A			
2301B			
2302A			
2302B			
2303A			
2303B			
2304A			
2304B			

Asignar Liberar

(Figura 5.5)

Asignados al usuario con NRP " 1 "

Cama	Nombre	1º Apellido	2º Apellido
2301B			

Restantes al usuario con NRP " 1 "

Cama	Nombre	1º Apellido	2º Apellido
2301A			
2302A			
2302B			
2303A			
2303B			
2304A			
2304B			

Asignar Liberar

Cerrar

(Figura 5.6)

Para liberar un paciente se señala en la lista de "Asignados al usuario con..." y clicando el botón "Liberar" vuelve a la lista de "Restantes al usuario con..."
Para finalizar guardamos los cambios realizados desde el botón "Cerrar" (Figura 5.7).

Pregunta

¿Desea guardar los cambios?

Sí No Cancelar

(Figura 5.7)

5.2 Asignación estándar

La supervisora puede asignar de forma estándar las camas por turno al equipo de enfermería, de este modo tanto la enfermera como la auxiliar de enfermería ya tendrán los pacientes asignados al entrar al turno. Dicha asignación es permanente (pudiendo cada operador personalizarla cuando lo desee).

La supervisora selecciona Hospital, Unidad, Turno y profesional sanitario al que le asignará las camas de forma estandarizada. (Figura 5.8).

Cama	Enfs	Auxs
4103A	006325, 006631, 008164, 009616, 009900	000940, 004415, 010397
4103B	006325, 008164, 009616, 009900	000940, 004415, 010397
4104A	006325, 008164, 009616, 009900	000940, 004415, 010397
4104B	006325, 008164, 009616, 009900	000940, 004415, 010397
4105A	006325, 008164, 009616, 009900	000940, 004415, 010397
4105B	006325, 008164, 009616, 009900	000940, 004415, 010397
4106A	006325, 008164, 009616, 009900	000940, 004415, 010397
4106B	006325, 008164, 009616, 009900	000940, 004415, 010397

(Figura 5.8)

En la sección Usuarios se observa el listado del personal de la unidad y las camas que de forma estandarizada tienen asignadas en el turno (Figura 5.9). Para modificar dicha asignación, la supervisora utiliza los apartados “Asignado al usuario con...” y “Restantes al usuario con...” (Figura 5.10)

NRP	Nombre	1º Apellido	2º Apellido	Categoría	Camas
00...	Aux	
00...	Aux	4103A, 4103B, 4104A, 4104B, 4105A, 4105B, 4106A, 4106B, 4107A, 4107B, 4108A, 41...
00...	Aux	
00...	Aux	
00...	Aux	4111A, 4111B, 4112A, 4112B, 4113A, 4113B, 4114A, 4114B
00...	Aux	
00...	Aux	4121A, 4121B, 4122A, 4122B, 4123A, 4123B
00...	Aux	

(Figura 5.9)

Asignados al usuario con NRP " 006173 "

Cama
4113B
4114A

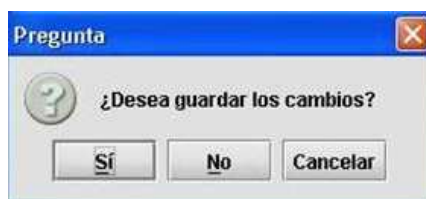
Restantes al usuario con NRP " 006173 "

Cama
4103A
4103B
4104A
4104B
4105A
4105B
4106A
4106B

Asignar Liberar

(Figura 5.10)

La aplicación solicita siempre una confirmación de los cambios efectuados antes de llevarlos a cabo, después de hacer clic en el botón cerrar (Figura 5.11).



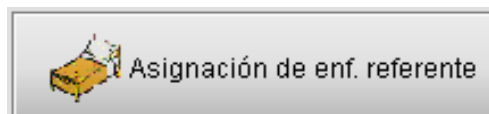
(Figura 5.11)

5.3 Asignación de enfermera referente

La supervisora tiene la posibilidad de realizar la asignación enfermera referente, que puede modificarse por diversos motivos:

- Una enfermera es referente de más pacientes.
- Un traslado de un paciente que tiene como referente a una enfermera de otra unidad.
- La enfermera referente está ausente durante un periodo largo de tiempo (baja, vacaciones, permisos...).
- Otras situaciones.

Se entra en la función haciendo clic en el botón “Asignación de enfermera referente” del Menú principal (Figura 5.12).



(Figura 5.12)

Se observan las diferentes secciones que mantienen el mismo esquema de “Asignación estándar” (Figura 5.13), en este caso, la supervisora puede elegir Hospital y Unidad a la que quiere acceder (en caso de que sea supervisora de diferentes unidades). En la sección Asignados/Restantes observamos que no aparece el botón Liberar, por lo que sólo se puede asignar pacientes.

Cama	NHC	Nombre	1º Apellido	2º Apellido	Enf. Resp.
4917A		MANUEL			001176
4917B		ANDRES			002300
4918A		JOSE			002300
4918B		JOSE MANUEL			005213
4919A		MARIA ANGELES			005931
4919B		MARIA			006360
4920A		DOLORES			006668
4920B		CIPRIANA			006668

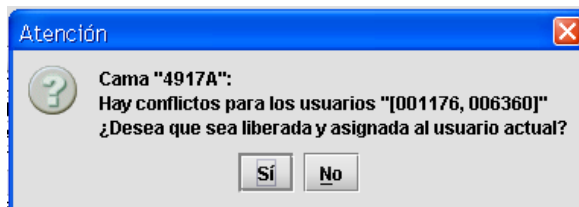
NRP	Nombre	1º Apellido	2º Apellido	Categoria	Pacientes
00	M. TORRES	MARIA	FLORIANI	Sup	4920B, 4927A
00	M. LUNA	MIGUEL	FLORIS	Enf	4917A
00	M. LUNA	IGNACIO	PIRETO	Enf	4917B, 4918A
00	M. LUNA	CAROL	LOPEZ	Enf	4918B
00	CARMEN	PUENTES	MIGUEL	Enf	4919A
00	MARIA	CAJAL	DE MORALES	Enf	4919B, 4927B
00	JOSE LUIS	ARRANCA	HERRERA	Enf	4920A

Cama	Nombre	1º Apellido	2º Apellido
4920A	DOLORES		

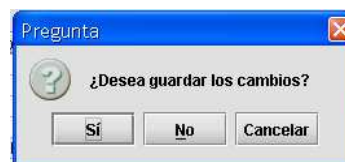
Cama	Nombre	1º Apellido	2º Apellido
4917A	MANUEL		
4917B	ANDRES		
4918A	JOSE		
4918B	JOSE MANUEL		
4919A	MARIA ANGELES		
4919B	MARIA		
4920B	CIPRIANA		

(Figura 5.13)

Para modificar la enfermera referente por motivos de traslado del paciente o por otras razones, al asignar el paciente a esta nueva enfermera referente aparece un aviso de conflicto entre usuarios (Figura 5.14) que debe resolverse.



(Figura 5.14)

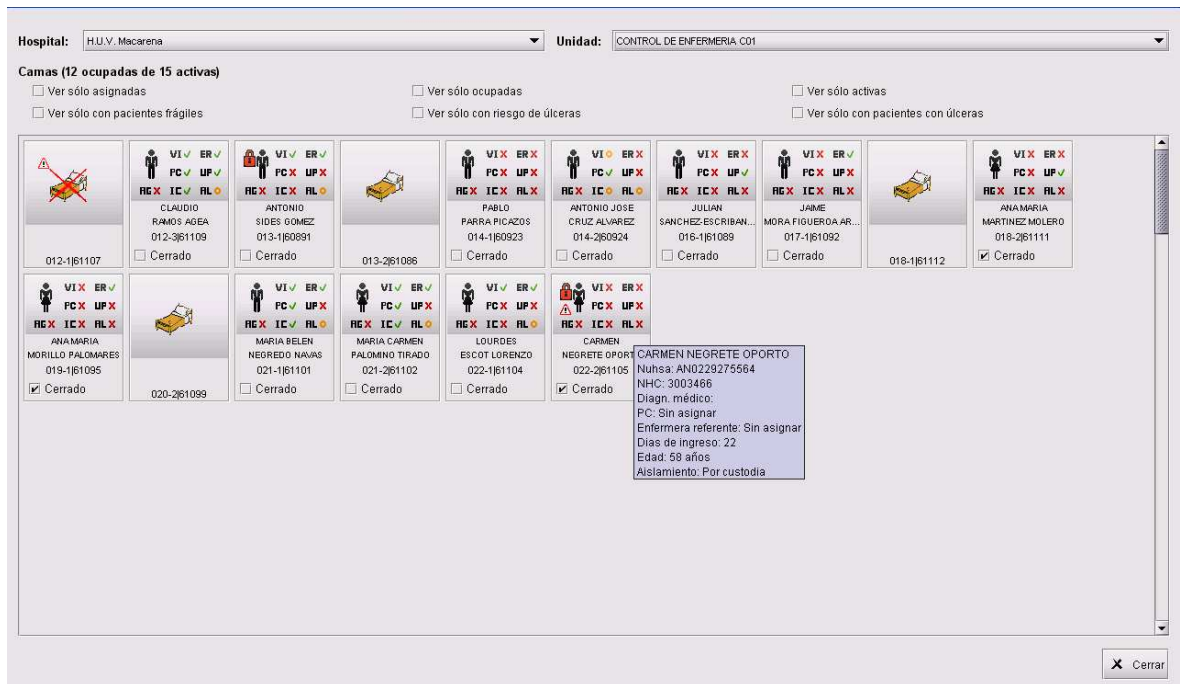


(Figura 5.15)

La aplicación siempre solicita la confirmación de los cambios (Figura 5.15) efectuados después de hacer clic en el botón Cerrar.

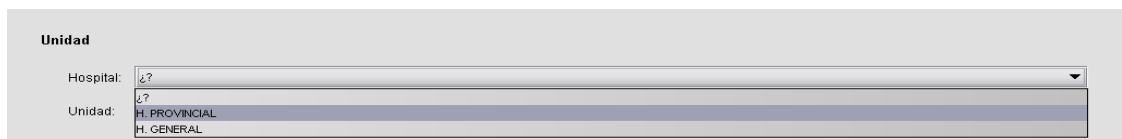
6. MAPA DE CAMAS

Nos da una visión global de la unidad. La ventana se divide en dos secciones, Unidad y Camas. (Figura 6.1)

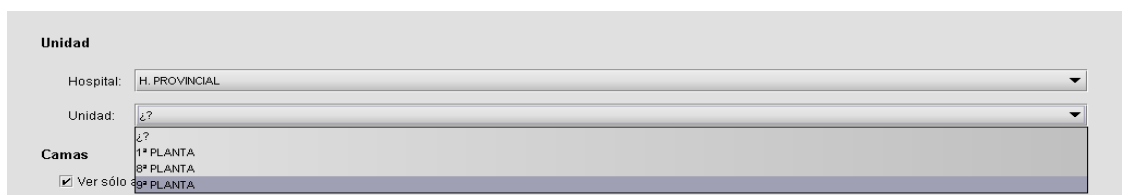


(Figura 6.1)

- **Unidad:** la supervisora puede tener acceso a varias unidades, eligiendo con la que quiere trabajar mediante el menú desplegable. (Figuras 6.2 y 6.3).

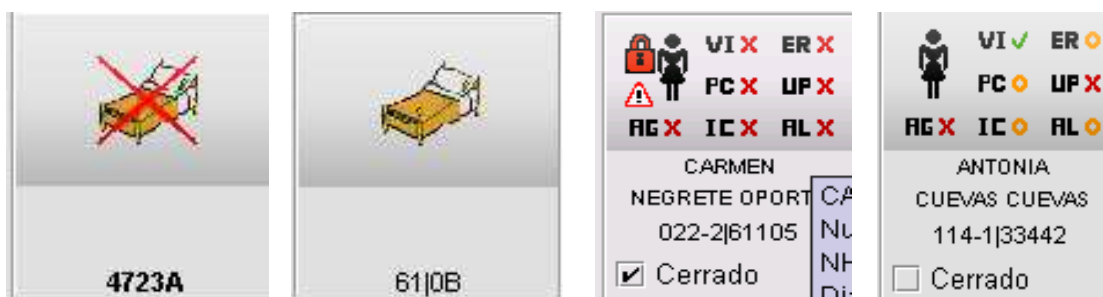


(Figura 6.2)



(Figura 6.3)

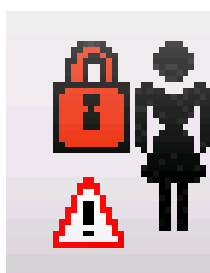
- **Camas:** se observan los pacientes ingresados (Figura 6.4), así como las camas disponibles (Figura 6.5) y las que no disponibles (Figura 6.6).



(Figuras 6.4, 6.5 y 6.6)

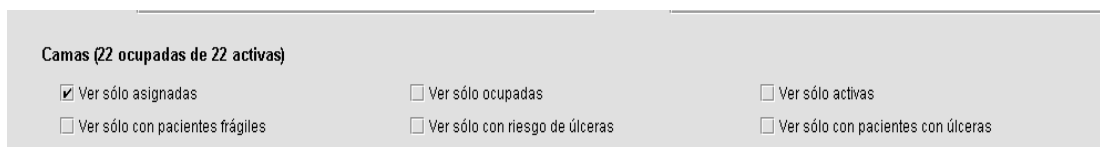
En el mapa de camas de la unidad podremos encontrar las camas en estos diferentes estados, que sería:

- Cama inactiva: encontramos la cama con un aspa en rojo lo cuál significa que en dicha cama no podrá ser ingresado ningún paciente y puede ser por diferentes circunstancias como pacientes en aislamiento de algún tipo, habitaciones o camas con algún tipo de problema de mantenimiento...
- Cama libre: disponible para un ingreso.
- Cama ocupada: muestra diferentes datos del paciente.




- Candado: se puede encontrar un símbolo de candado cerrado o candado abierto. Si el candado es cerrado nos informa que la información de este paciente es restringida, excepto a las personas autorizadas. Si el candado se encuentra abierto, indicará que en un anterior ingreso la información de dicho paciente se ha encontrado restringida.
- En algunas camas podremos encontrar una señal indicativa de aislamiento; si se coloca el cursor encima del símbolo indicará el tipo de aislamiento (contacto, aéreo, por custodia...)

En la parte superior hay seis filtros siendo el de “ver solo asignadas” el que está activado por defecto. Seleccionando uno o varios filtros acotamos la información del Mapa de camas (Figura 6.7).



(Figura 6.7)

- Cuadro del paciente: contiene signos y abreviaturas fáciles de interpretar, que proporcionan, de forma rápida y clara información de los cuidados de nuestro paciente: (Figura 6.8)

 VI ✓ ER ✓ PC ✓ UF ✗ AG ✗ IC ✓ AL ✓ ANTONIA CUEVAS CUEVAS 114-1 33442 <input type="checkbox"/> Cerrado	VI: Valoración inicial		PC: Plan de cuidados		
	✗	No comenzado	✗	No comenzado	
	○	Comenzado	○	Comenzado	
	✓	Firmada	✓	Firmado	
ICC: Informe Continuidad Cuidados		ER: Enfermera Referente		UP: Úlceras por presión	
✗	No comenzado	✗	No tiene	✗	No valorado
○	Comenzado	○	Tiene, pero no es el usuario de la aplicación	○	Paciente de riesgo medio/alto
✓	Firmado	✓	Tiene y es el propio usuario	✓	Paciente con úlceras
AL: Alergias		AG: Agenda para hoy			
✗	No se ha revisado	✗	Inactiva		
○	Se ha revisado y no se han encontrado alergias	○	Está siendo creada		
✓	Se han encontrado alergias	✓	Activa para el paciente		

(Figura 6.8)

- Check de cerrado en el cuadro del paciente: se utilizará cuando el paciente sea dado de alta por el equipo sanitario, una vez que la enfermera tique este check el paciente será dado de alta en admisión y la cama quedará libre para un nuevo ingreso.
 - Cuadro emergente: situando el cursor sobre cualquier Cuadro del paciente, aparece un cuadro de texto que muestra información sobre el paciente: Nombre y Apellidos, NHC, Diagnóstico Médico, Plan de Cuidados asignado (PC), Nombre de la Enfermera referente, si la tiene, Días de ingreso y Edad del paciente (Figura 6.9)

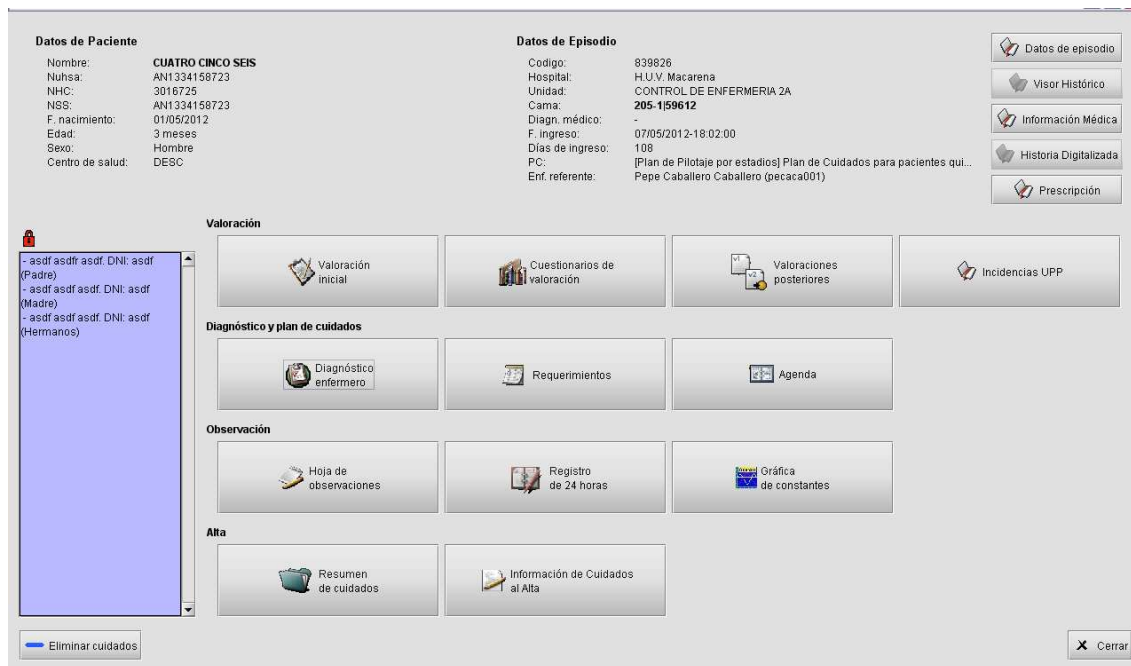
NHC: 23784
Diagn. médico: GONARTROSIS DCHA.
PC: Plan de Cuidados Individual
Enfermera referente: Sin asignar
Días de ingreso: 3
Edad: 68 años

(Figura 6.9)

7. MAPA DE CUIDADOS

Clicando sobre una de las camas ocupadas se accede al Mapa de cuidados de dicho paciente (Figura 7.1)

Se diferencian siete secciones en la ventana:

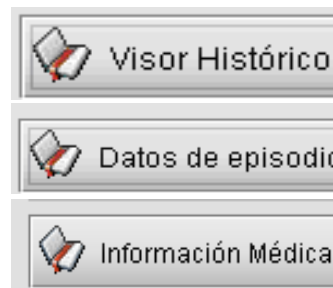


(Figura 7.1)

- Datos personales: nombre, NHC u otro identificador del paciente, Número de Seguridad Social (NSS), fecha de nacimiento, edad, sexo y centro de salud al que pertenece.
- Episodio: información sobre el episodio que presenta el paciente: el hospital y la unidad en la que se encuentra ingresado, así como la cama, el Diagnóstico Médico, la fecha de ingreso y los días que han pasado desde que ingresó, el Plan de Cuidados y la Enfermera Referente

Visor Histórico, datos de episodio, información médica, historia digitalizada y prescripción: situado en la parte superior derecha del Mapa de cuidados del paciente.

- Visor histórico: se podrán ver los informes de ese paciente de ingresos anteriores.
- Datos de episodio: desde esta opción podremos modificar el centro de salud, el diagnóstico médico y el cuidador.
- Información médica: desde aquí accedemos a la aplicación de la estación médica.



- Valoración:
 - Valoración Inicial
 - Cuestionario de valoración.
 - Valoraciones posteriores.
 - Incidencias de UPP (úlceras por presión).
- Diagnóstico y plan de cuidados
 - Diagnóstico enfermero.
 - Plan de cuidados o Requerimientos (más adelante se explica que éste botón cambia de nombre al firmar el Plan de cuidados del paciente pasando automáticamente a llamarse Requerimientos).
 - Agenda: será descrita en capítulos posteriores.
- Observación:
 - Hoja de observaciones.
 - Registro de 24 horas.
 - Gráfica de constantes.
- Alta:
 - Resumen de cuidados.
 - Informe de continuidad de cuidados.

En la parte izquierda aparece un cuadro informativo en el cual aparecerán los datos de las personas que tienen acceso a la información de éste paciente, en el caso de tener acceso restringido, y si tuviera algún tipo de aislamiento se indicará que tipo es.

En el caso de que la Valoración Inicial no esté comenzada, la mayoría de las funciones estarán inactivas. Sólo se podrán registrar Incidencias de úlceras por presión, Observaciones, Registro de constantes y Gráfica de constantes.

- Eliminar cuidados: En la parte inferior aparece el botón de acceso a la función “Eliminar cuidados” (Figura 7.3). Esta función será descrita en capítulos posteriores.

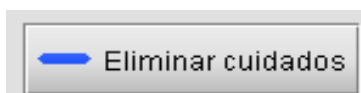
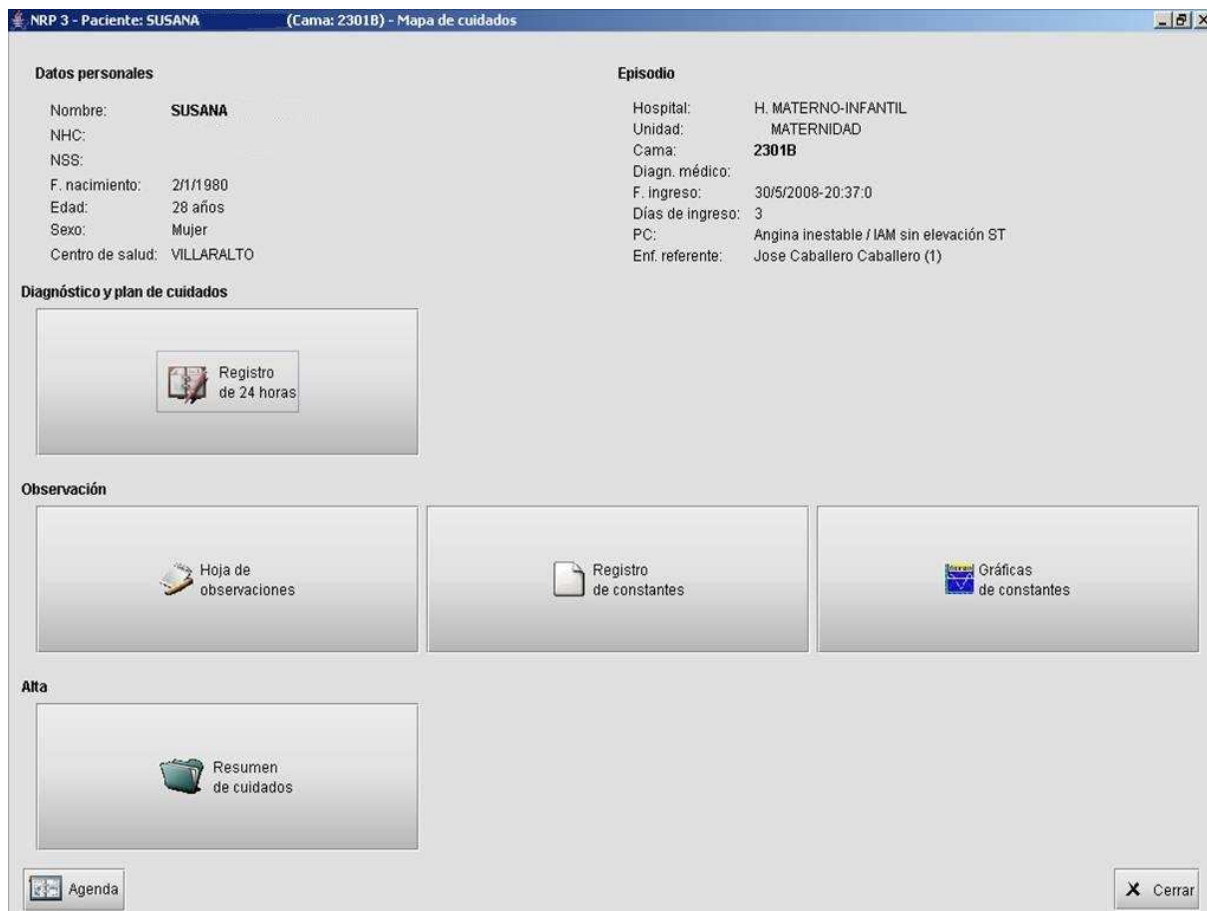


Figura 7.3

Para la categoría profesional Auxiliar de Enfermería, el Mapa de Cuidados es el siguiente (Figura 7.4).



(Figura 7.4)

- Datos personales: son los mismos que aparecen en el caso de la enfermera.
- Episodio: similar a los encontrados en el Mapa de cuidados de la enfermera.
- Visor Histórico: Función en la parte superior derecha del mapa de cuidados del cliente.
- Diagnóstico y plan de cuidados: en la que se muestra el “Registro de 24 horas”.
- Observación: se observa en él los botones “Hoja de Observaciones”, “Registro de constantes” y “Gráficas de constantes”.

- Alta: mostrando el botón “Resumen de cuidados”.
- Agenda: en la parte inferior de la pantalla.

Los botones “Registro de 24 horas” y “Resumen de cuidados” se mostrarán inactivos hasta que la enfermera cumplimente y firme el Plan de Cuidados del paciente, debido a que sus actividades están interrelacionadas.

7.1 Valoración

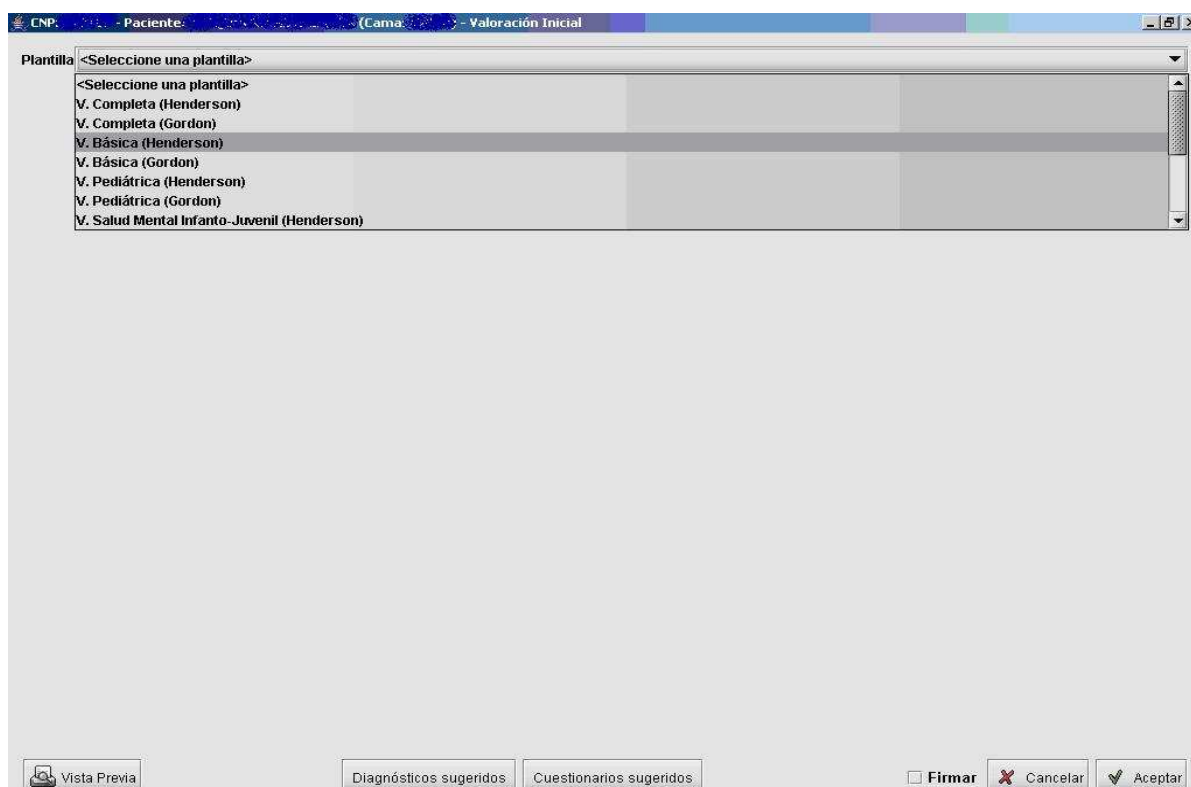
En esta sección la enfermera puede cumplimentar y desarrollar la recogida de datos y valoración general del cliente, lo cual, permite posteriormente el desarrollo y/o modificación del Plan de cuidados.

7.1.1 Valoración inicial

Esta función está presente en el Mapa de cuidados (Figura 7.5). Nos da acceso a una nueva pantalla, en la que podemos elegir entre diferentes plantillas (Figura 7.6):



(Figura 7.5)

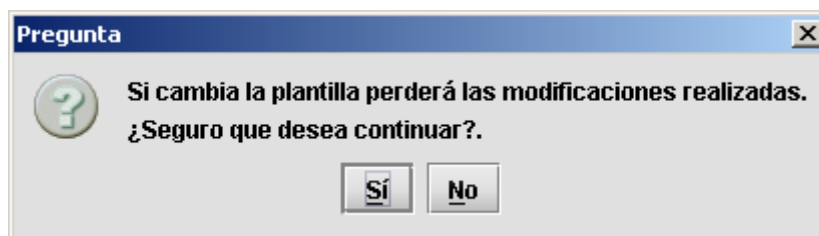


(Figura 7.6)

Entre las diferentes plantillas que se ofertan podemos optar a realizar la valoración según V. Henderson o M. Gordon. Las plantillas son: V. Completa, donde tenemos todos los ítems que se contemplan en las restantes valoraciones; V. Básica, para cualquier unidad de hospitalización; V. Pediátrica; V. Neonatos-Lactantes; V. Salud Mental Infanto-Juvenil; V. Salud Mental; V. Urgencias; V. UCI y V. Gineco-Obstétrica.

Al realizar la valoración inicial, aparecerá una “R” en la necesidad en la que cumplimentemos algún ítem. Si nos situamos con el cursor encima de algún ítem de la valoración, tendremos la posibilidad de observar tanto las etiquetas diagnósticas como los cuestionarios sugeridos por ese ítem.

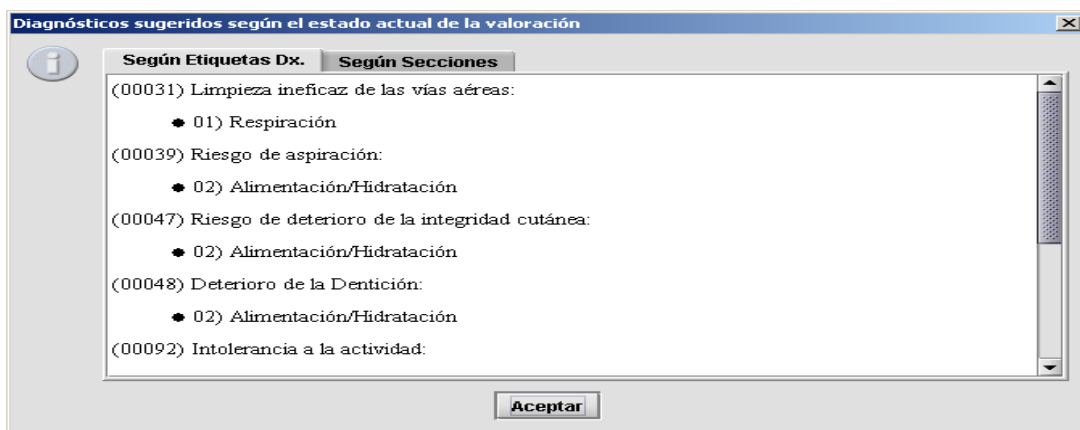
Si deseamos cambiar de plantilla una vez comencemos a realizarla, nos aparecerá un mensaje informativo recordando que perderemos la información.



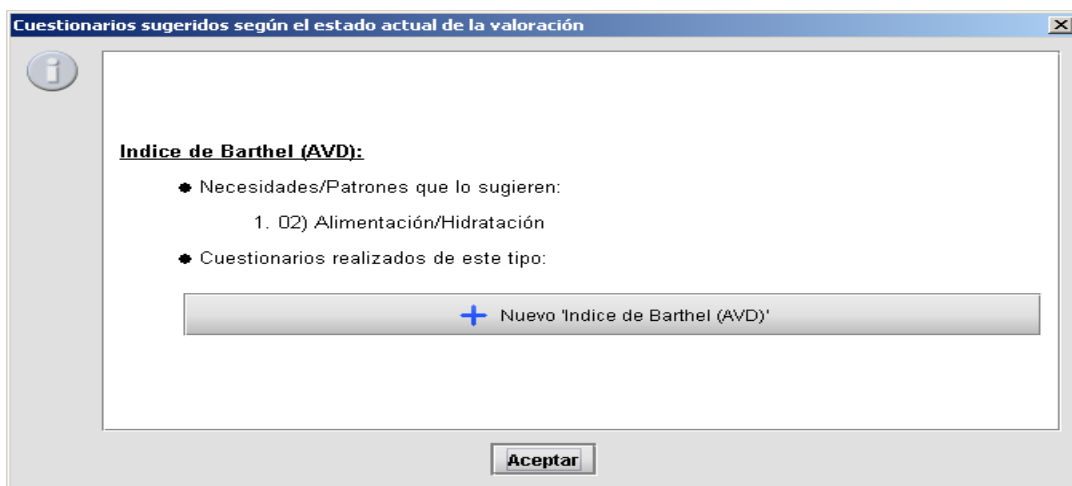
Al realizar la valoración inicial, utilizando una de las plantillas propuestas y aceptarla, las sucesivas revisiones hasta que se firme deberán realizarse en la plantilla ya utilizada. Cuando volvamos a entrar a una valoración, ya iniciada y aceptada anteriormente, nos aparecerá una “V” en cada una de las pestañas de las necesidades valoradas previamente.

En la parte inferior de la valoración, encontraremos dos botones:

- Diagnósticos sugeridos, donde se muestran agrupados, según etiquetas diagnósticas o según secciones, todos los diagnósticos sugeridos por la valoración inicial (Figura 7.7).
- Cuestionarios sugeridos, donde podremos observar los cuestionarios sugeridos según el estado actual de la valoración. Desde esta función, accederemos directamente al cuestionario propuesto, teniendo la opción de realizarlo (Figura 7.8).
- VI previas: si el paciente ha estado anteriormente ingresado nos dará opción de ver y recuperar la última VI del paciente



(Figura 7.7)



(Figura 7.8)

Cada Necesidad o Patrón presenta múltiples elementos que nos permiten profundizar en la valoración:

- Menú desplegable: muestra varias posibilidades de selección (Figura 7.9).

A screenshot of a dropdown menu with a grey background. At the top, there is a checked checkbox next to the text "Dificultad para respirar". Below this, there are three radio button options: "Reposo", "Esfuerzos moderados" (which is selected), and "Grandes esfuerzos".

(Figura 7.9)

- Casillas de especificación: que activan otras que especifican en mayor medida la calidad del dato (Figura 7.10).

A screenshot of a form section with a grey background. It starts with a checked checkbox for "Alimentación/Nutrición". Below it are two sub-sections: "Parenteral" with an unchecked checkbox, and "Oral" with a checked checkbox. Under "Oral", there are three unchecked checkboxes: "Dificultad para masticar", "Dificultad para beber", and "Dificultad para deglutir".

(Figura 7.10)

- Cuadros de texto: permite el desarrollo y/o la cuantificación del dato (Figura 7.11)

A screenshot of a form section with a grey background. It has two main sections, each with a checked checkbox. The first section is "Enumera lo que comes en un día" with an unchecked checkbox for "Comida" and an empty text box below it. The second section is "Desayuno" with a checked checkbox and a text box containing the text "Café con leche".

(Figura 7.11)

- Campos de texto libre: donde se expresan observaciones y datos de interés para cada necesidad (Figura 7.12).

A screenshot of a text area with a grey header labeled "Observaciones:". Below the header is a large, empty white rectangular box with a scroll bar on the right side.

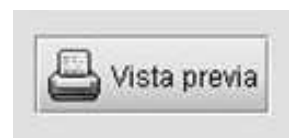
(Figura 7.12)

En algunas Necesidades o Patrones, existen campos de obligado cumplimiento cuya especificación es obligatoria. El programa emitirá un mensaje de aviso a tal fin cuando aceptemos la valoración inicial si aún no los hemos rellenado (Figura 7.13).

(Figura 7.13)

Si en la necesidad higiene/piel seleccionamos que el paciente tiene “pérdida de continuidad de la piel” por UPP, al aceptar la VI aparecerá un mensaje informativo para registrar la úlcera, y si aceptamos aparecerá la pantalla de “registro de úlceras”. Si registramos la úlcera nos obligará a rellenar el cuestionario de braden.

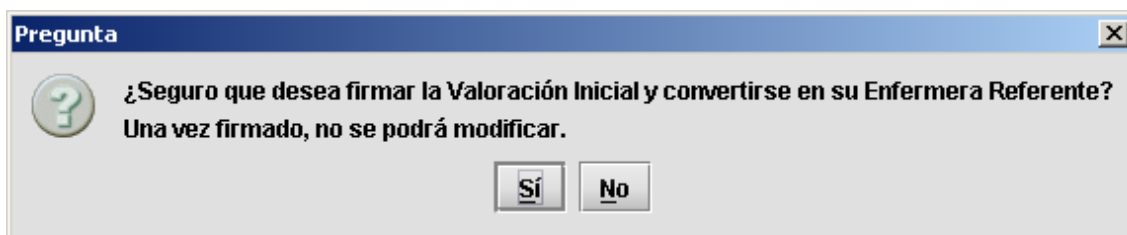
Vista previa: visualiza en pantalla el informe que, automáticamente, se crea con los datos del cliente (nombre, edad, fecha de ingreso...) y los datos recogidos en la valoración (Figura 7.14)



(Figura 7.14)

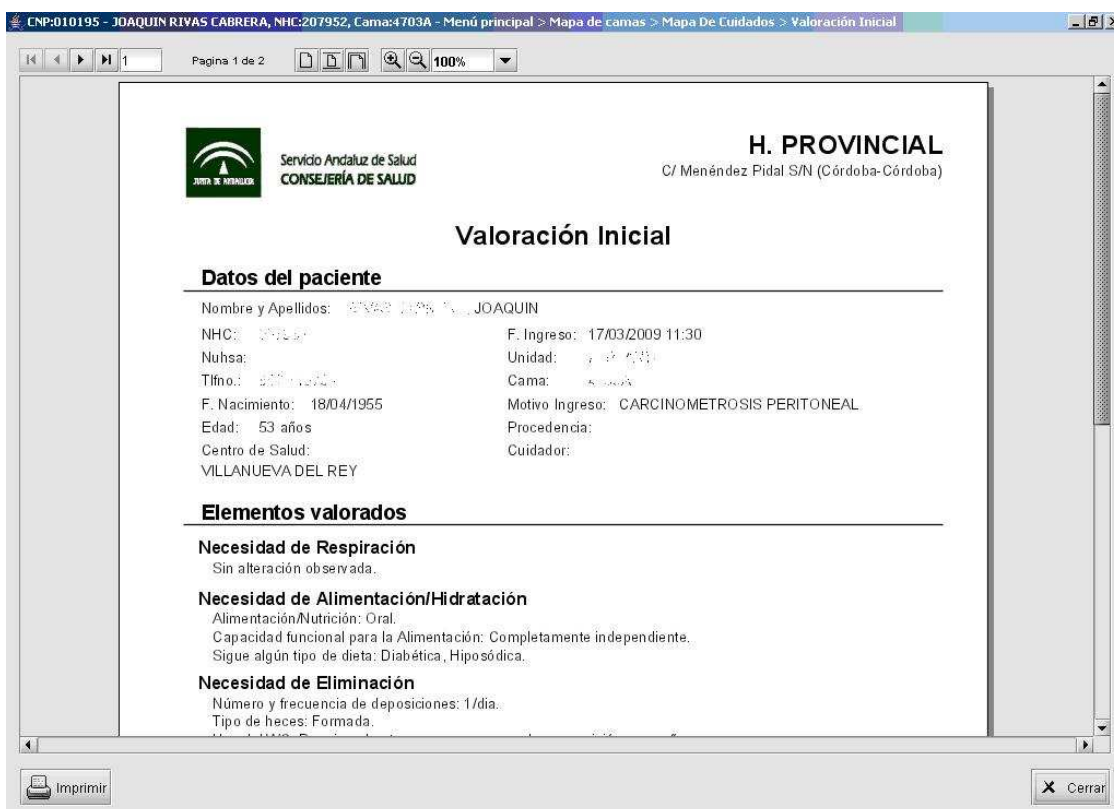
- Aceptar/Cancelar/Firmar: una vez cumplimentada y finalizada la Valoración inicial, debemos Aceptar o Cancelar. Si quedan Necesidades o Patrones sin valorar, la aplicación permite que sea aceptada y completada en otra ocasión.

Si firmamos la Valoración inicial y la aceptamos, el sistema de recogida de datos queda cerrado sin permitir una modificación posterior. La enfermera que firma la Valoración inicial, se convierte en referente del paciente. (Figura 7.15).



(Figura 7.15)

El formato que aparece al firmar la Valoración inicial se puede imprimir desde su función (Figura 7.16).



(Figura 7.16)

La aplicación emite un mensaje de aviso si la valoración inicial no ha sido firmada antes de las primeras 24 horas del ingreso (Figura 7.17).



(Figura 7.17)

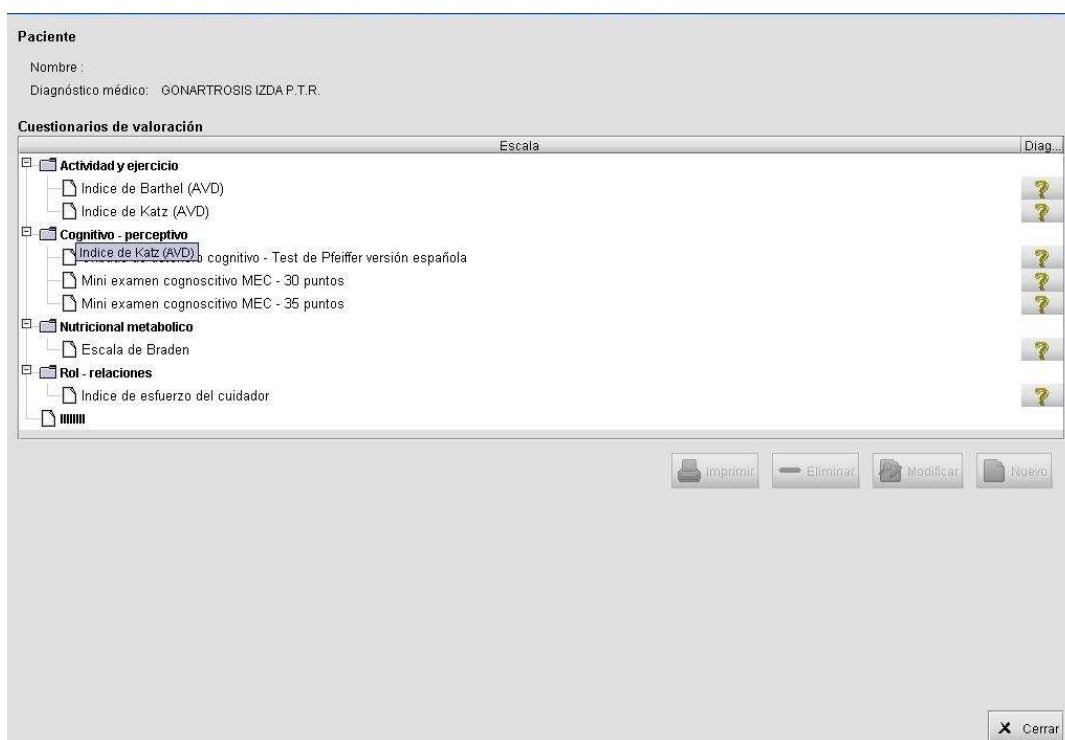
7.1.2 Cuestionarios de valoración

Se accede desde el Mapa de cuidados seleccionando el botón “Cuestionarios de valoración” (Figura 7.18).



(Figura 7.18)

Los Cuestionarios de valoración están clasificados por patrones funcionales (Figura 7.19).

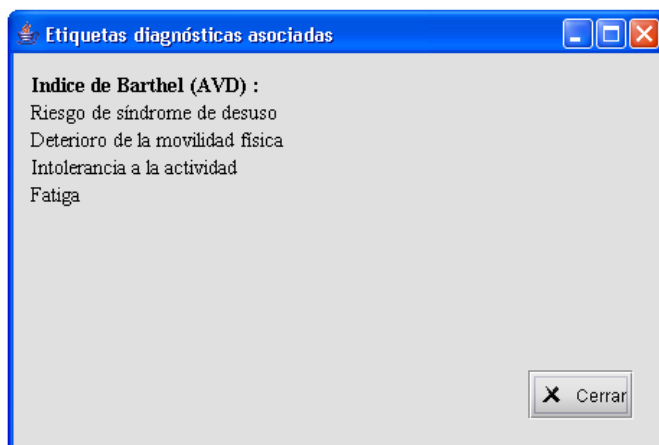


(Figura 7.19)

El icono “Interrogación” (Figura 7.20) nos muestra las posibles etiquetas diagnósticas asociadas a cada cuestionario (Figura 7.21).



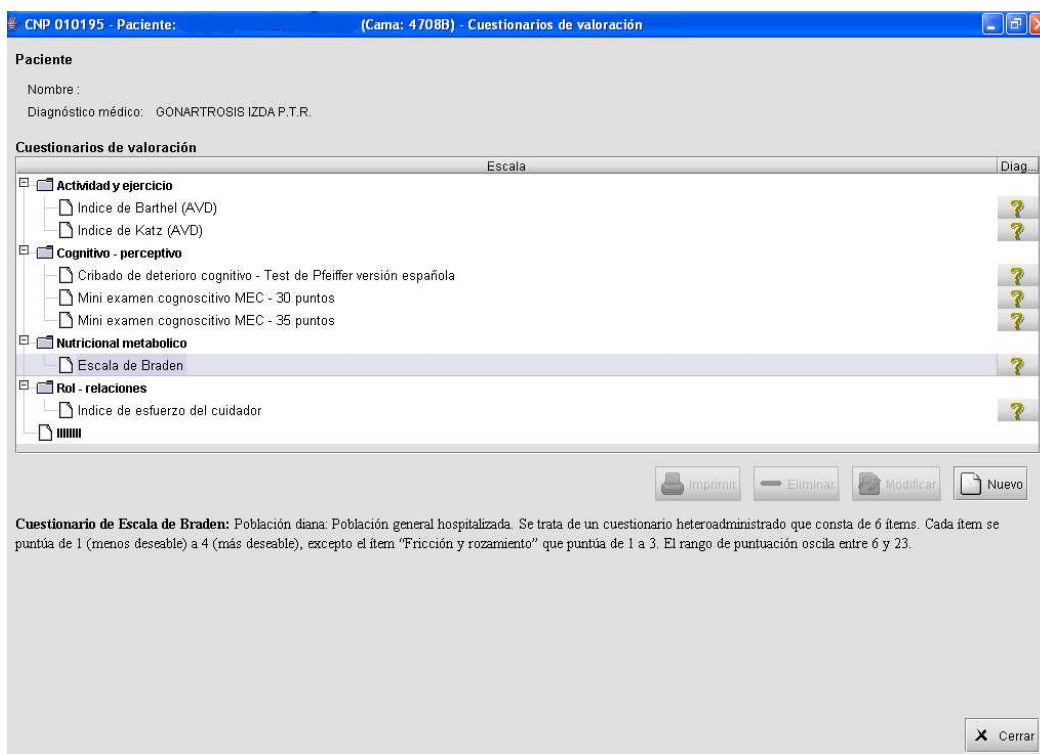
(Figura 7.20)



(Figura 7.21)

Al sombrear un cuestionario, la aplicación muestra, en la parte inferior de la pantalla, una descripción detallada del mismo (Figura 7.22).

Para realizarlo clicamos en el botón Nuevo (Figura 7.23). Aparece el cuestionario que ha de ser completado íntegramente. (Figura 7.24).



(Figura 7.22)

Para realizarlo clicamos en el botón Nuevo (Figura 7.23). Aparece el cuestionario que ha de ser completado íntegramente. (Figura 7.24).

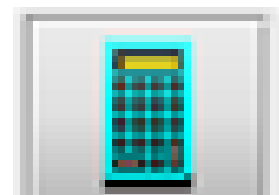


(Figura 7.23)

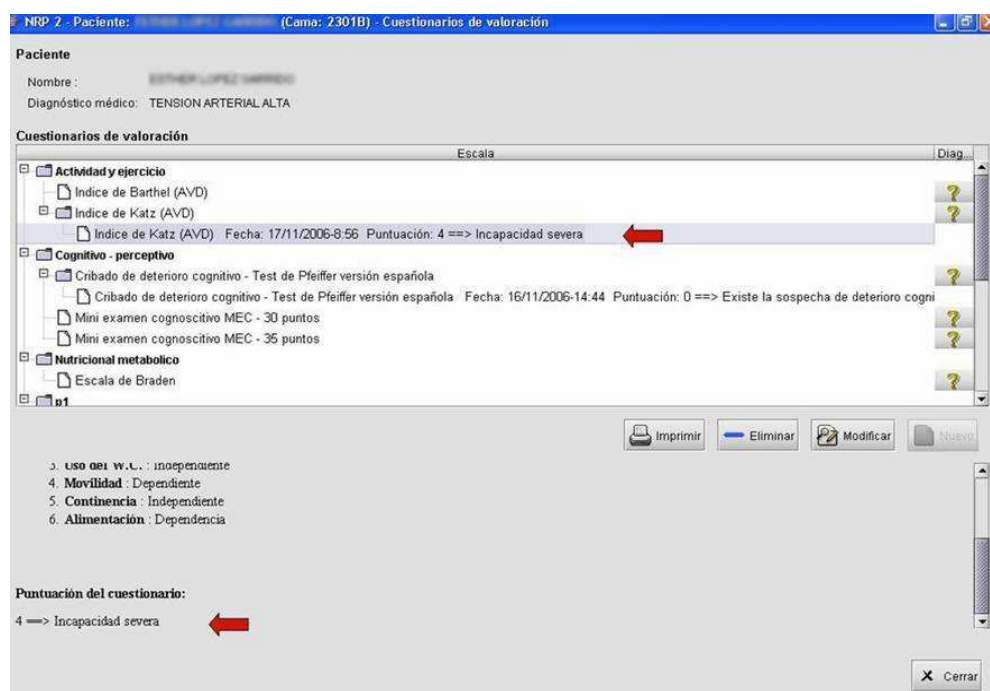
(Figura 7.24)

Haciendo clic sobre la calculadora (Figura 7.25) obtendremos el valor numérico del cuestionario que hemos completado y su interpretación.

Si le damos al botón “Aceptar” del cuestionario, la información de la puntuación, la interpretación de la misma y la fecha de realización se volcará a la hoja inicial de cuestionarios (Figura 7.26).

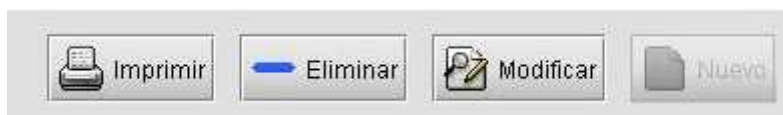


(Figura 7.25)



(Figura 7.26)

Al darle al botón “Imprimir” se obtiene una vista previa de los cuestionarios realizados. También podemos modificar o eliminar un cuestionario solamente durante el turno en el que lo hemos escrito (Figura 7.27).



(Figura 7.27)

7.1.3 Valoraciones posteriores

Quando el estado del paciente sufre un cambio significativo con respecto a la Valoración inicial, se realiza una Valoración Posterior. Se accede desde el Mapa de Cuidados del paciente (Figura 7.28).



(Figura 7.28)

Al iniciar la función, lo primero que aparece es un informe de la Valoración inicial. Para realizar una valoración posterior, sombreamos “V. Posterior”, habilitándose el botón inferior “Nueva VP” (Figura 7.29). Al hacer clic sobre este último, seleccionaremos la plantilla deseada y encontramos un formato de pestañas idéntico al de la Valoración inicial, que una vez completado, puede ser aceptado tanto por la enfermera referente como la colaboradora, desde el botón “Firmar/Guardar VP”.

CNP: 010195 - Paciente: RAFAEL MARTINEZ ORTIZ (Cama: 4706A) - Valoraciones

Valoraciones

- VI [04/02/2009-10:33]
- [Nuevo] VP [04/02/2009-11:00]

Plantilla: V. Básica (Henderson)

Respiración	Alimentación/Hidratación	Eliminación	Movilización	Reposo y sueño	Vestirse/desvestirse	Termorreulación
Higiene y piel	Seguridad	Comunicación	Creencias y valores	Trabajar/realizarse	Ocio	Aprendizaje

Sin alteración observada Necesidad no valorable

Analfabeto Medicación

Leer y escribir Autocuidados

Estudios primarios Enfermedad

FP Medidas higiénico-dietéticas

Estudios secundarios Signos de riesgo

Estudios universitarios Manejo material

Presenta dificultad para el aprendizaje Recursos sanitarios

Perdas de memoria Recursos sociales

Tiene falta de información sobre su salud: Pensamiento inapropiado no basado en la realidad

Medicación Ideas sobrevaloradas

Autocuidados

Enfermedad

Medidas higiénico-dietéticas

Signos de riesgo

Manejo material

Recursos sanitarios

Observaciones

[Nueva VP] [Firmar/Guardar VP] [Modificar VP] [Eliminar VP] [Imprimir] [Cerrar]

(Figura 7.29)

La información de la Valoración Posterior se vuelca en formato de impresión a la página principal de la función con la fecha y la hora a la que se realiza la Valoración Posterior (Figura 7.30)

CNP:010195 - JOAQUIN RIVAS CABRERA, NHC:207952, Cama:4703A - Mapa De Cuidados > Valoraciones

Valoraciones

- VI [07/04/2009-09:26]
- [Nuevo] VP [07/04/2009-11:30]

Logo: Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE SALUD

H. PROVINCIAL
C/ Menéndez Pidal S/N (Córdoba-Córdoba)

Valoración Posterior

Datos del paciente

Nombre y Apellidos: JOAQUIN RIVAS CABRERA	F. Ingreso: 17/03/2009 11:30
NHC: 207952	Unidad: PLANTA
Nhsa: 4703A	Cama: 4703A
Tfno: 9571 11000	Motivo Ingreso: CARCINOMETROSIS PERITONEAL
F. Nacimiento: 18/04/1955	Procedencia:
Edad: 53 años	Cuidador:
Centro de Salud: VILLANUEVA DEL REY	

Elementos valorados

Necesidad de Respiración
Sin alteración observada.

Necesidad de Alimentación/Hidratación
Alimentación/Nutrición: Oral.
Capacidad funcional para la Alimentación: Requiere de otra persona y de un dispositivo o equipo.
Sigue algún tipo de dieta: Diabética, Hiposódica.

Necesidad de Eliminación
Uso del WC: Requiere de otra persona para ayuda, supervisión o enseñanza.

Buttons: Nueva VP, Firmar/Guardar VP, Modificar VP, Eliminar VP, Imprimir, Cerrar

(Figura 7.30)

Las funciones “Modificar VP” y “Eliminar VP” (Figura 7.31) se activan al sombreadar una Valoración Posterior ya realizada, y cada profesional las puede utilizar durante su turno, quedando inactivas al terminar el mismo. También tenemos la opción de “Imprimir” las Valoraciones posteriores que hayamos realizado.



(Figura 7.31)

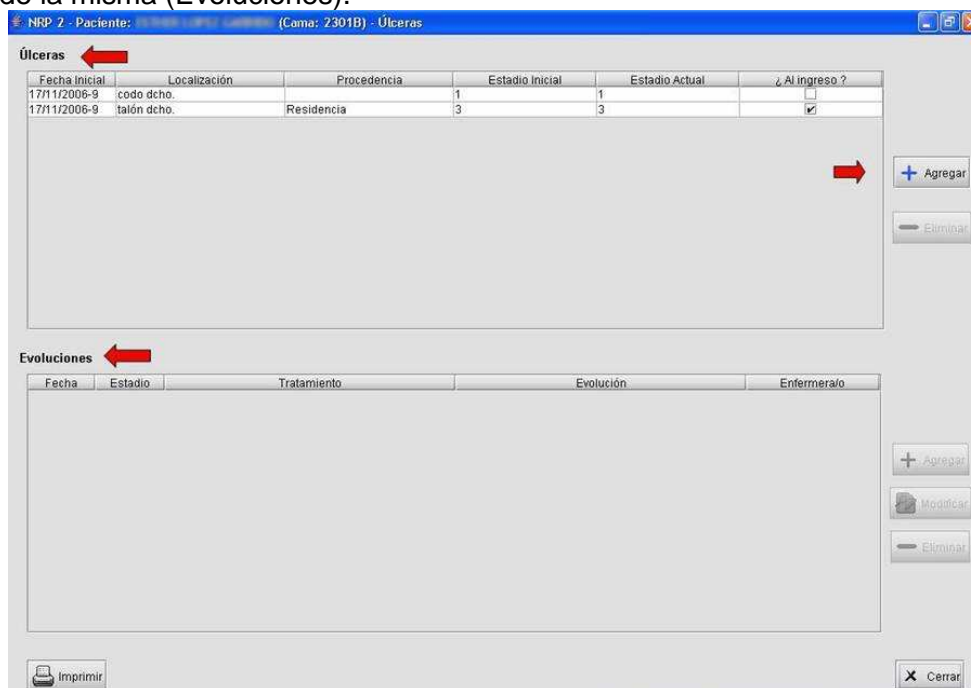
7.1.4 Incidencias UPP

Registro de Úlceras por Presión, así como de su evolución y tratamiento desde el acceso “Incidencias UPP” del Mapa de Cuidados del paciente (Figura 7.32).



(Figura 7.32)

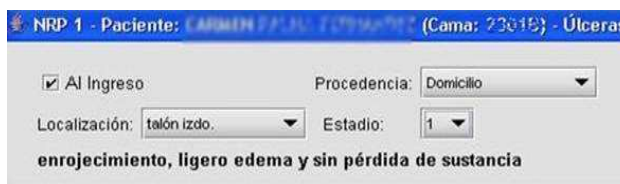
La ventana (Figura 7.33) está dividida en dos secciones, una en la que queda registrada la úlcera y sus características (Úlceras); y otra que refleja la evolución y tratamiento de la misma (Evoluciones).



(Figura 7.33)

Dando al botón “Agregar”. Se abrirá un nuevo formato donde existen tres secciones:

- Primera sección: (Figura 7.34) donde tipificar la úlcera, su localización y estadio a través de los menús desplegables, y si estaba presente al ingreso. El usuario deberá especificar si el cliente portaba las úlceras al ingreso o inicio del episodio y el centro de procedencia.



(Figura 7.34)

- Segunda sección: (Figura 7.35) donde registrar el Tratamiento de la misma Úlcera

Tratamiento:

Carbón activado con plata.
Cura cada 24 horas]

Alginato de calcio.
Apósitos alginatos.
Carbón activado con plata.
Colagenasa.
Hidrogel.
Parches hidrocoloides.
Vaselina.
Ácidos grasos hiperoxigenados.

+ Agregar

(Figura 7.35)

- Tercera sección (Figura 7.36) donde se deja constancia de la Evolución de la úlcera.

Evolución:

Infección.
Exudado.

Bordes eritematosos.
Bordes irregulares.
Bordes regulares.
Esfacelos.
Exudado.
Fondo necrótico.
Infección.
Sangrado.
Tejido de granulación.

+ Agregar

(Figura 7.36)

Al darle al botón “Aceptar”, la información registrada en estas últimas ventanas se exporta hacia la primera pantalla de “Incidencias de UPP”. Si sombreamos cada una de esas úlceras registradas, se habilitan las evoluciones de las mismas con el Tratamiento, Evolución, Fecha y Profesional que la registra. (Figura 7.37)

NRP 1 - Paciente: CARMEN DEL VALLE FERRAZ (Cama: 22019) - Úlceras

Úlceras

Fecha Inicial	Localización	Procedencia	Estado Inicial	Estado Actual	Al Ingreso ?
25/10/2006-8	codo izdo.		1	1	
25/10/2006-8	talón izdo.	Domicilio	1	1	<input checked="" type="checkbox"/>

+ Agregar
- Eliminar

Evoluciones

Fecha	Estado	Tratamiento	Evolución	Enfermero/a
25/10/200...	1	aplicación de Corpitol	enrojecimiento	Jose Caballero Caball...

+ Agregar
Modificar
- Eliminar

Imprimir Cerrar

(Figura 7.37)

Al sombrear la úlcera se habilitará el botón “Eliminar”. Puede eliminarla el profesional que la registró y solamente durante el turno en el que dejó constancia de esa úlcera.

Sombreado en el apartado de “Evolución”, se puede “Agregar” una nueva evolución de la úlcera, pasada una hora del registro de la última. Así como “Modificar” dicha evolución durante nuestro turno, y siempre, el profesional que la registró

Al “Cerrar” la función con la úlcera registrada, si no hemos realizado el cuestionario de Braden con anterioridad, la aplicación, nos solicita automáticamente la valoración del riesgo de ulceración del paciente (Figura 7.38).



(Figura 7.38)

El diagnóstico enfermero “Deterioro de la integridad cutánea” (Figura 7.39), asociado al registro de una úlcera, aparecerá automáticamente en el “Plan de Cuidados” del paciente. Mientras que la úlcera no esté curada (en Estadio “0”), no se puede quitar esta etiqueta diagnóstica.



(Figura 7.39)

El registro completo de las diferentes úlceras con su tratamiento y evolución aparecen en el “Resumen de cuidados”, función que se explica más adelante.

El último tratamiento y evolución de las úlceras, aparece en el Informe de Continuidad de Cuidados, última función del Proceso enfermero.

7.2 Diagnóstico y plan de cuidados

Tras la fase de Valoración realizamos el Diagnóstico Enfermero y la Planificación de los Cuidados del cliente.

7.2.1 Diagnóstico enfermero

Se accede a la función desde el Mapa de Cuidados al seleccionar el botón “Diagnostico enfermero” (Figura 7.40).



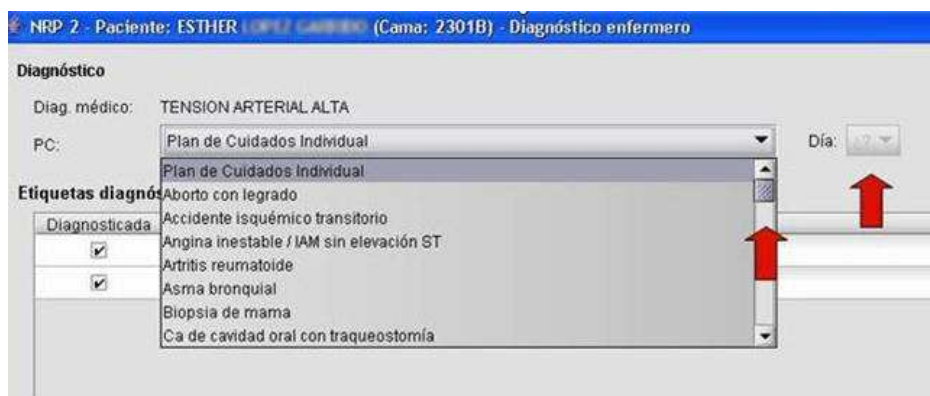
La pantalla nos muestra cuatro partes (Figura 7.40) diferenciadas (Figura 7.41):

Diagnosticar SIN Observ.	Etiqueta Diagnóstica	PCE	VI	UPPI	Cu.	Def
<input checked="" type="checkbox"/>	Ansiedad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	?
<input checked="" type="checkbox"/>	Deterioro de la movilidad física	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	?

(Figura 7.41)

- **Diagnóstico:** La aplicación nos muestra el Diagnóstico Médico (Diag. Médico), el Plan de Cuidados (PC) y el Día del plan. En el desplegable del PC (Figura 7.42), la enfermera debe seleccionar si el Plan a seguir es individualizado (Plan de Cuidados Individual) o un Plan estandarizado, que sugiere diagnósticos derivados que facilitan la determinación de un juicio clínico.

Al seleccionar un plan estandarizado se debe indicar el día de inicio de dicho plan (ajustándonos a la situación real y actual del cliente). Los diagnósticos sugeridos varían dependiendo del día/evolución en el que se encuentre el episodio.



(Figura 7.42)

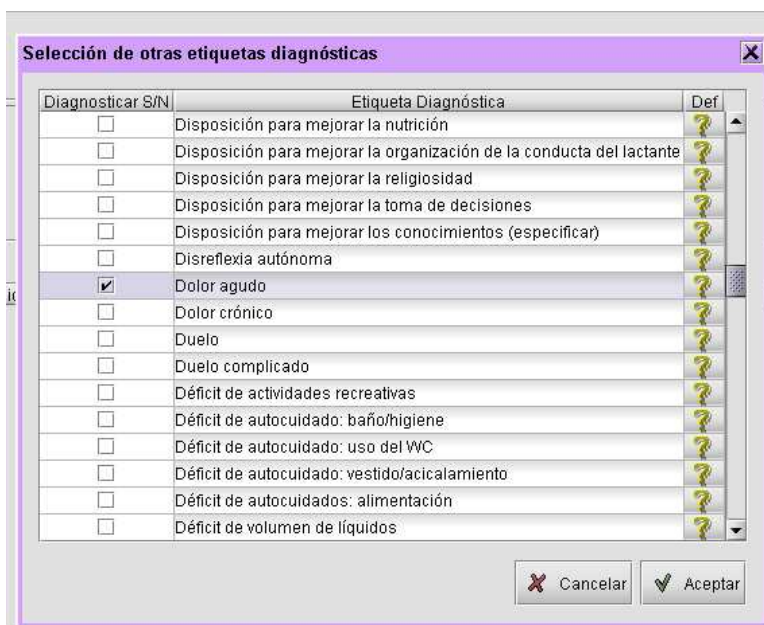
- **Etiquetas diagnósticas:** aparecen etiquetas diagnósticas sugeridas tanto del Plan de Cuidados Estándar seleccionado, como de la Valoración inicial (diagnósticos asociados a opciones señaladas en las Necesidades). El registro de una úlcera por presión y la realización de Cuestionarios de Valoración, también nos sugerirán etiquetas diagnósticas (Figura 7.43)

Etiquetas diagnósticas

Diagnosticada	Observa...	Etiqueta	PCE	VI	UPP	Cues...	Def
<input checked="" type="checkbox"/>		Ansiedad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		?
<input checked="" type="checkbox"/>		Deterioro de la integridad cutánea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		?
<input checked="" type="checkbox"/>		Intolerancia a la actividad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	?
<input type="checkbox"/>		Riesgo de estreñimiento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		?
<input type="checkbox"/>		Riesgo de infección	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		?

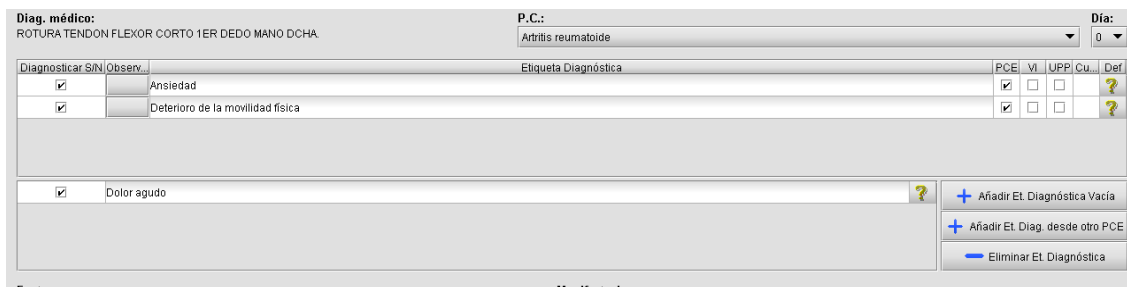
(Figura 7.43)

La aplicación ofrece la posibilidad de añadir etiquetas diagnósticas que no nos sugiere el plan, al hacer clic sobre el botón "Añadir etiqueta diagnóstica vacía", aparece una ventana con todos los diagnósticos ordenados alfabéticamente. Al clicar y aceptar se indica el diagnóstico con el que se va a trabajar (Figura 7.44).



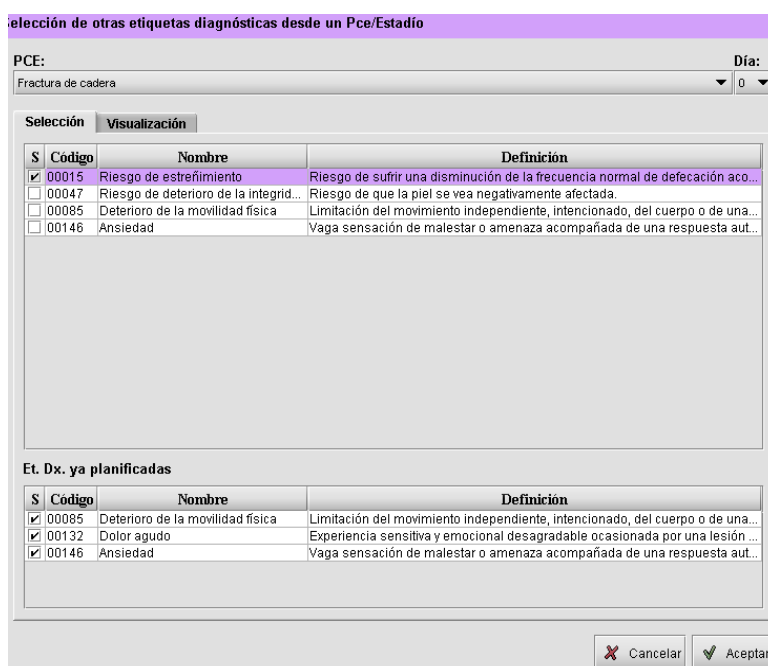
(Figura 7.44)

La aplicación realiza una separación entre las etiquetas sugeridas por el Plan de Cuidados y aquellas elegidas desde “Etiquetas diagnósticas vacías” (Figura 7.45).



(Figura 7.45)

Otra opción que nos permite la aplicación es añadir etiquetas diagnósticas desde otro PCE (plan de cuidados estandarizado). Si clicamos en el icono “Añadir etiquetas diagnósticas desde otro PCE” nos aparecerá una ventana en la cual tendremos que señalar otro PCE que creamos oportuno desde el que queremos extraer la etiqueta para nuestro plan. (Figura 7.46)

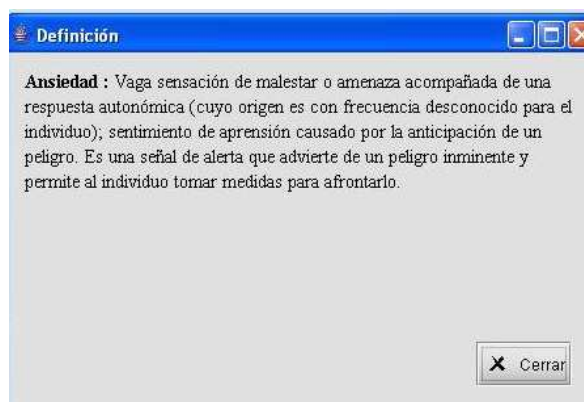


(Figura 7.46)

Esta ventana se divide fundamentalmente en tres partes: PCE que queremos seleccionar y día del plan, por otro lado aparece las etiquetas diagnósticas que nos sugiere ese plan a ese día concreto, y por último en la parte inferior de la ventana nos informa de las etiquetas que ya teníamos planificadas.

Y como última opción tenemos el icono de “eliminar etiqueta diagnóstica”, la cual nos elimina la etiqueta que seleccionemos del segundo apartado de clasificación de etiquetas donde nos aparecen las añadidas desde “etiqueta diagnóstica vacía” y “añadir etiqueta desde otro PCE”.

- **Definición:** Podemos conocer, en caso de duda, la definición exacta de cada una de las etiquetas diagnósticas. Al hacer clic en el botón con forma de interrogación aparece una ventana emergente con información suplementaria de la etiqueta (Figura 7.46).



(Figura 7.46)

- **Factores / Manifestaciones:** Al seleccionar una etiqueta se despliegan los factores relacionados (F/R) y las manifestaciones (M/P) vinculadas a dicha etiqueta, estando marcadas las opciones sugeridas por el Plan de Cuidados Estándar (en el caso de haber seleccionado un plan estandarizado). El profesional puede elegir tanto los F/R como las M/P independientemente de los sugeridos por la aplicación (Figura 7.47).

The screenshot shows a software window with the following sections:

- Diag. médico:** ROTURA TENDON FLEXOR CORTO 1ER DEDO MANO DCHA. P.C.: Atritis reumatoide. Día: 0.
- Diagnóstico SIN Observ.:** A table with columns for 'Etiqueta Diagnóstica', 'PCE', 'VI', 'UPPI', 'Cu.', and 'Def'. It lists 'Ansiedad' and 'Detentoro de la movilidad física'.
- Factores relacionados:** A list of factors under the heading 'Ansiedad' relacionada con: (amenaza de) cambio en el entorno, (amenaza de) cambio en el estado de salud, (amenaza de) cambio en los patrones de interacción, Abuso de sustancias, Amenaza al autoconcepto, Amenaza cambio en las funciones del rol, Amenaza de muerte, Amenaza en el entorno, Amenaza en el estado de salud, Amenaza en el rol, Amenaza en la situación económica, Amenaza en las funciones del rol, Amenaza en los patrones de interacción.
- Manifestaciones:** A list of manifestations under the heading 'Ansiedad' manifestada por: Agitación, Angustia, Anorexia, Aprensión, Arrepentimiento, Atención centrada en el yo, Aumento de la respiración, Aumento de la sudoración, Aumento de la tensión, Aumento de la tensión arterial, Aumento de los reflejos, Aumento del apetito, Aumento del pulso.
- Buttons:** + Añadir Et. Diagnóstica Vacía, + Añadir Et. Diag. desde otro PCE, - Eliminar Et. Diagnóstica, Cancelar, Aceptar.

(Figura 7.47)

7.2.2 Plan de cuidados/Requerimientos

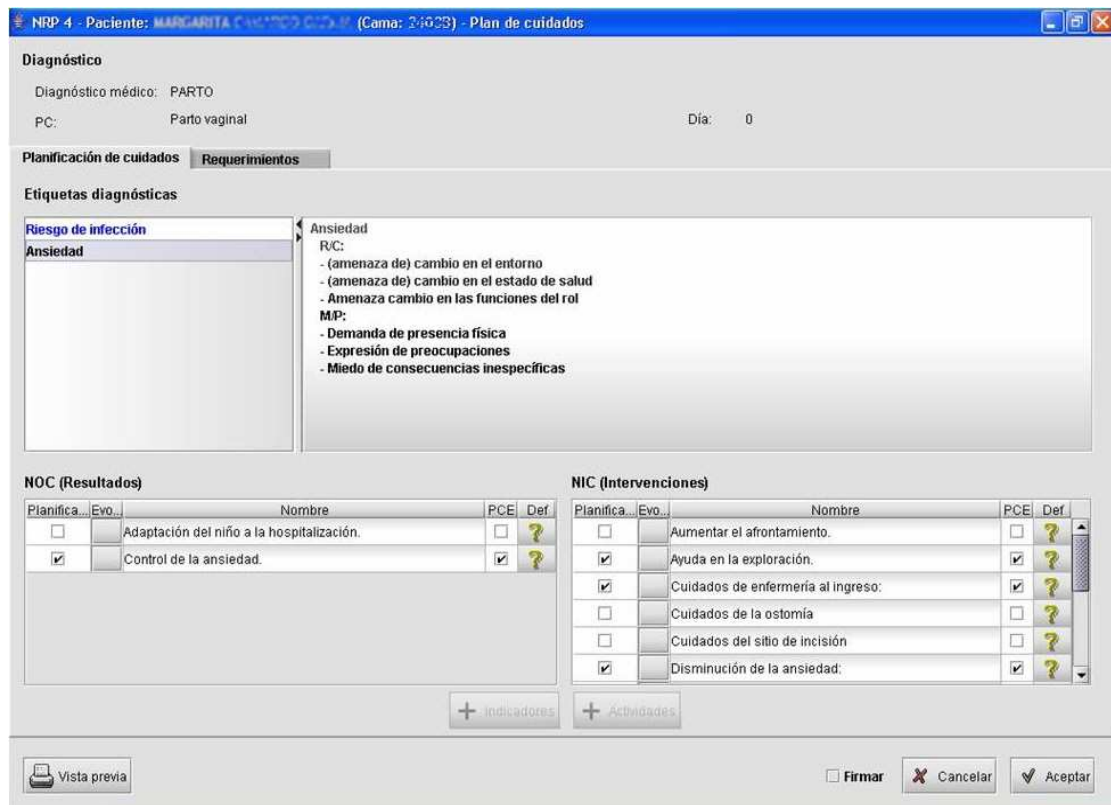
Determinados y formulados los diagnósticos, la aplicación nos lleva a planificar los cuidados (Figura 7.48)

Desde "Plan de Cuidados" se accede a una ventana (Figura 7.49) donde aparece:

- Diagnostico medico y "Plan de cuidados"
- Etiquetas diagnósticas, al clicar sobre una de ellas, a la derecha de la pantalla aparece, a modo de recordatorio, con que esta relacionado y manifestado (R/C y M/P).



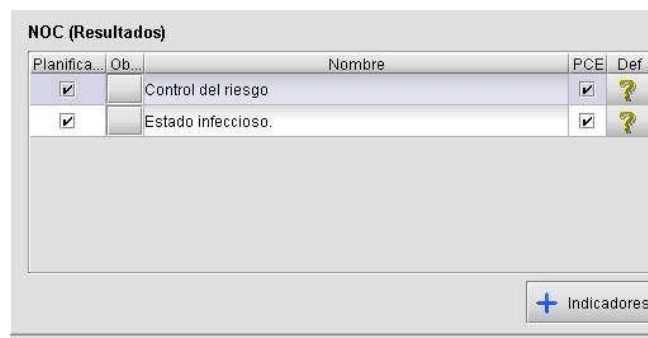
(Figura 7.48)



(Figura 7.49)

Para cada etiqueta diagnóstica la aplicación muestra los NOC (resultados) y NIC (intervenciones) relacionados, aparecen ya clicados por defecto tanto los NOC y NIC que vienen sugeridos por el PCE, aunque se pueden modificar

- NOC relacionados con la Etiqueta Diagnóstica: se clican los NOC con los que se quiere trabajar y teniendo seleccionado un NOC se activa la función “indicadores” (Figura 7.50), donde aparece el listado de indicadores que están relacionados con el NOC (Figura 7.51), se seleccionan los indicadores y se le da a cada uno un valor en la escala de Likert (escala de 5 valores donde 1 es la situación menos deseable y 5 la situación mas deseable) (Figura 7.52)



(Figura 7.50)

Planificado	Observed	Nombre	Valor según escala	PCE
<input type="checkbox"/>		Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas.		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		Evita exponerse a las amenazas para la salud.		<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>		Reconoce el riesgo.		<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		Sigue las estrategias de control del riesgo seleccionados.		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		Supervisa los factores de riesgo de la conducta personal.		<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>		Supervisa los factores de riesgo medioambientales.		<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		Utiliza las medidas para proteger a las personas de riesgo de una lesión no intencionada.		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		Utiliza los sistemas de apoyo personal para controlar el riesgo.		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		Utiliza medidas de alivio.		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		Utiliza medidas preventivas.		<input type="checkbox"/>

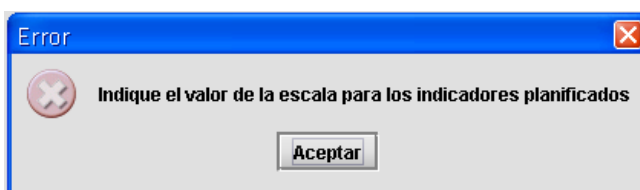
(Figura 7.51)

Planificado	Evolu...	Nombre	Valor según escala	PCE
<input type="checkbox"/>		Descripción de cómo funciona el dispositivo		<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>		Descripción de la actividad prescrita.		<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		Descripción de las restricciones de la actividad.		<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>		Descripción de los efectos esperados de la actividad.		<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		Explicación de las relaciones entre dieta, ejercicio y peso corporal.		<input type="checkbox"/>

¿?
1 - Ninguno
2 - Escaso
3 - Moderado
4 - Sustancial
5 - Extenso

(Figura 7.52)

Es necesario valorar todos los indicadores seleccionados. La aplicación emite un mensaje de error en el caso de no valorar algún indicador (Figura 7.53)



(Figura 7.53)

- NIC relacionados con la Etiqueta diagnóstica:, se clican las NIC con las que se quiere trabajar y teniendo seleccionada una NIC se activa la función “actividades” (Figura 7.54), donde aparece el listado de actividades que están relacionadas con la NIC (Figura 7.55), se clican las actividades que se quieren llevar a cabo y a cada una se le da una hora de planificación (aparece un listado de horas al clican en “hora planificada” y se seleccionan aquellas a las que se quiere realizar la actividad) (Figura 7.56) y se le asigna que profesional la tiene que llevar a cabo (aparece un listado de opciones al clican en “persona” y se determina la persona que va a realizar la actividad (Figura 7.57)

Por defecto, las actividades presentes en el Plan Estándar aparecen con la hora y la persona que deberá realizarla.

NIC (Intervenciones)

Planifica...	Ob...	Nombre	PCE	Def
<input type="checkbox"/>		Control de infecciones	<input type="checkbox"/>	?
<input type="checkbox"/>		Cuidados del catéter central insertado periféricamente	<input type="checkbox"/>	?
<input type="checkbox"/>		Cuidados del catéter urinario	<input type="checkbox"/>	?
<input checked="" type="checkbox"/>		Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV)	<input checked="" type="checkbox"/>	?

+ Actividades

(Figura 7.54)

NRP: 000312 - Cama: 4805B - Selección de otras actividades

Planificado	Evolu...	Nombre	Hora planificada	Persona	PCE
<input checked="" type="checkbox"/>		Aplicar ungüentos y crema hidratante en las zonas de piel seca.	9	Auxiliar	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		Ayudar con el cepillo de dientes y enjuagues de la boca, de acuerdo con la capacidad			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		Ayudar con el cuidado perineal. PROPIA.			<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>		Colocar toallas, jabón y demás accesorios necesarios a pie de cama / en el baño.	9	Auxiliar	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		Comprobar la limpieza de uñas, según la capacidad de autocuidados del paciente.			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		Facilitar que el paciente se bañe el mismo.			<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>		Observar el estado de la piel durante el baño.	9	Enfermera	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>		Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocu9		Enf/Aux	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		Proporcionar los objetos personales deseados (cepillo de dientes y jabón de baño)			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		Realizar arreglo de cama. Cama libre.			<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>		Realizar arreglo de cama. Cama ocupada.	9	Auxiliar	<input checked="" type="checkbox"/>

X Cerrar

(Figura 7.55)

Horas de planificación de las actividades

Seleccione las horas de ejecución de la actividad:

Planificada	Hora planificación
<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	5
<input type="checkbox"/>	6
<input type="checkbox"/>	7
<input type="checkbox"/>	8
<input checked="" type="checkbox"/>	9
<input type="checkbox"/>	10
<input type="checkbox"/>	11
<input type="checkbox"/>	12
<input type="checkbox"/>	13
<input type="checkbox"/>	14
<input type="checkbox"/>	15
<input type="checkbox"/>	16

X Cancelar ✓ Aceptar

(Figura 7.56)

Persona

GDC/Enf

GDC/Enf

GDC/Enf

GDC/Enf

GDC/Enf

GDC/Enf

GDC/Enf

GDC/Enf

GDC/Enf

¿?

Enfermera

Auxiliar

Enf/Aux

GDC

GDC/Enf

(Figura 7.57)

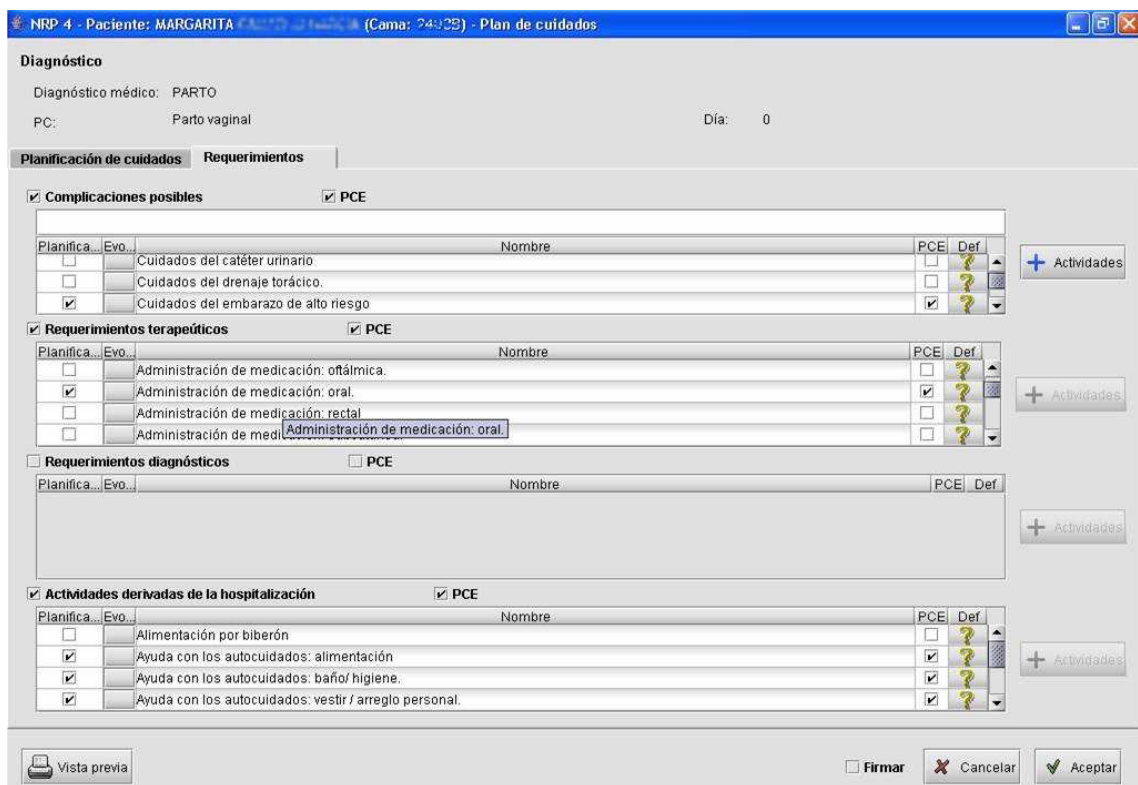
Una vez realizada la planificación para cada Diagnóstico Enfermero se pasa a planificar los Requerimientos. (Figura 7.58)



(Figura 7.58)

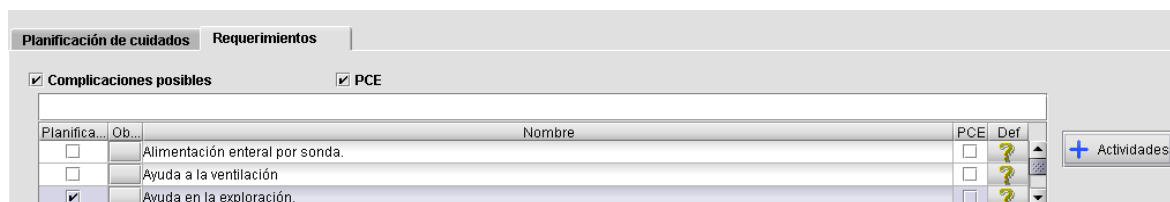
La pantalla de requerimientos está dividida en 4 secciones (Figura 7.59):

- Complicaciones posibles.
- Requerimientos terapéuticos.
- Requerimientos diagnósticos.
- Actividades derivadas de la hospitalización



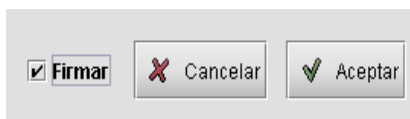
(Figura 7.59)

En esta función se planifican las NIC que dependen de la actuación interdependiente de la enfermera, en colaboración con otros profesionales sanitarios y sobre los problemas de autonomía del cliente. Como ocurre hasta ahora, tanto las NIC como las actividades que vienen sugeridas por el PCE están clicadas por defecto, aunque se pueden modificar. Al seleccionar una NIC de alguna de las secciones se activa el botón actividades que nos ofrece todas las actividades que dependen de la NIC seleccionada, se clican con las que se quiera trabajar y como anteriormente se selecciona la hora y la persona que ejecuta la actividad (Figura 7.60).



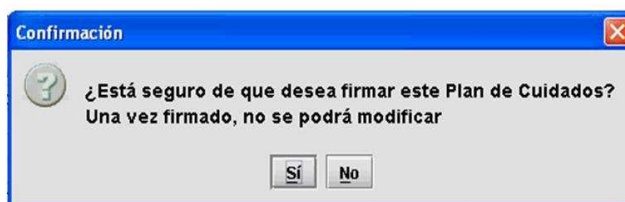
(Figura 7.60)

El plan completo (plan de cuidados y requerimientos) se puede guardar (aún sin estar finalizado) haciendo clic en "Aceptar". Si la enfermera quiere Firmar el PC (Figura 7.61), debe seleccionar la casilla correspondiente antes de clicar "Aceptar". No es necesario que el Plan de Cuidados sea firmado por la enfermera referente.






(Figura 7.61)

La aplicación emite un mensaje avisando que una vez firmado el Plan, éste no podrá ser modificado (Figura 7.62).



(Figura 7.62)

Para los días posteriores, la aplicación compara el PCE en el día de hoy, con los Diagnósticos Enfermeros, resultados e intervenciones que teníamos planificados para el paciente y sugiere aquellos elementos que se incorporan, los que desaparecen y los que se mantienen. Gráficamente la aplicación detalla estas características mediante unos símbolos distintivos (Figura 7.63) en la columna Evolución (Figura 7.64)

	Elemento que desaparece
	Elemento que se mantiene
	Elemento nuevo

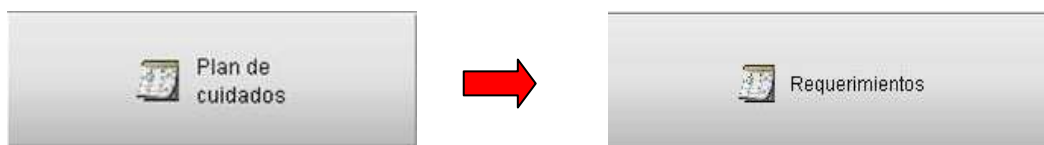
(Figura 7.63)

Etiquetas diagnósticas		
Diagnosticada	Evolución	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Afrontamiento familiar comprometido
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ansiedad
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Desatención unilateral
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deterioro de la movilidad física
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Riesgo de aspiración
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Riesgo de baja autoestima situacional
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Riesgo de estreñimiento

(Figura 7.64)

El operador puede agregar o eliminar cada uno de estos componentes según la evolución del paciente y se debe volver a firmar el Plan para que los cambios sean aceptados.

Al cumplimentar el Plan de Cuidados del paciente, la función solamente nos permite modificar los Requerimientos (Figura 7.65).



(Figura 7.65)

Cuando se ha eliminado un diagnóstico, un NOC o un indicador, al firmar el nuevo plan de cuidados, sale una ventana para registrar el valor final de los indicadores que desaparecen (Figura 7.66) una vez modificados, se le da a aceptar.

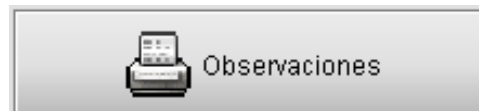
The screenshot shows a software window titled "NRP 2 - Paciente: ... (Cama: 23058) - Establecimiento de valor final de indicadores". The window contains patient information (Nombre, Diagnóstico médico: EPOC) and a section titled "Indicadores que se eliminan". This section lists several indicators with their names and a "Valor" column. The indicators are: Riesgo de estreñimiento, Eliminación intestinal (with sub-items: Ausencia de estreñimiento, Ingestión de líquidos adecuada, Ingestión de fibra adecuada), Intolerancia a la actividad, Tolerancia a la actividad (with sub-items: Saturación de oxígeno ERE, Realización de las actividades de la vida diaria (AVD) referidas, Presión arterial ERE), and Ansiedad (with sub-items: Control de la ansiedad, Busca información para reducir la ansiedad, Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad, Controla la respuesta de ansiedad). The "Valor" column contains dropdown menus with various levels of compromise or manifestation. An "Aceptar" button is visible at the bottom right.

(Figura 7.66)

7.3 Observaciones

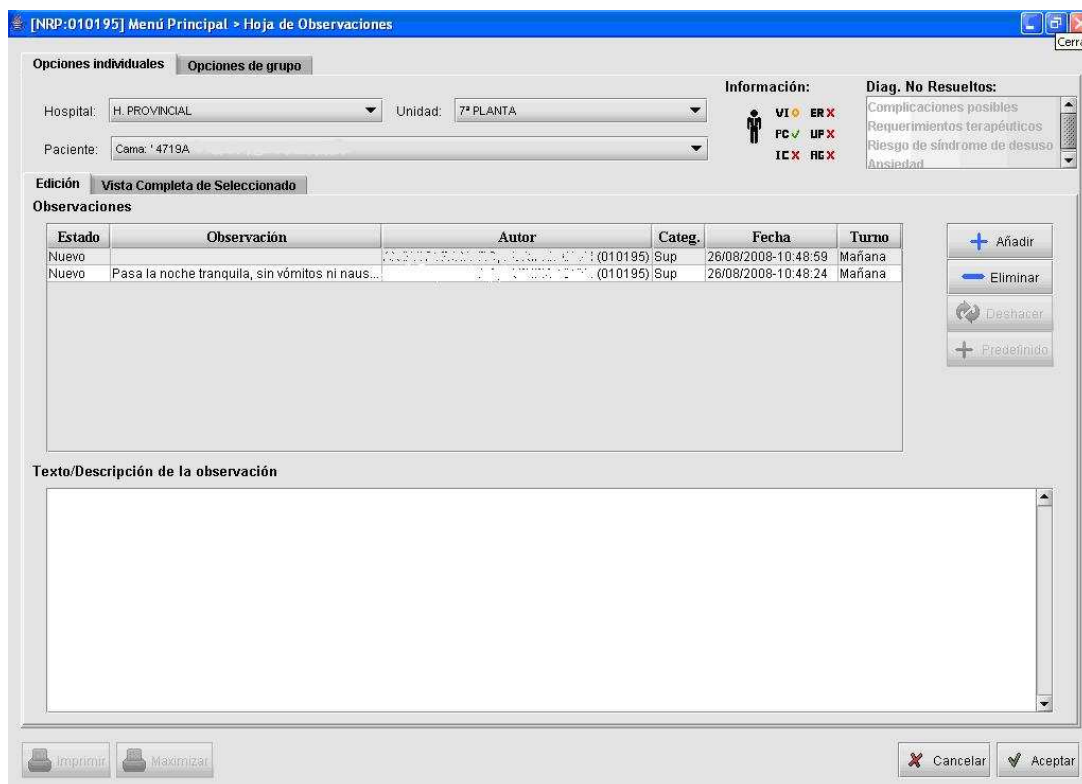
7.3.1 Observaciones:

Se accede desde el “Menú Principal” (Figura 7.67) permite a la enfermera realizar observaciones puntuales sobre la evolución de los pacientes a lo largo del episodio (ingreso).



(Figura7.67)

La ventana se divide en dos pestañas (Figura 7.68)



(Figura 7.68)

○ Opciones individuales. dividida en dos secciones:

- Datos de ubicación del paciente: con tres menús desplegables: “Hospital”, “Unidad” y “Paciente”, además de su cuadro de mapa de camas junto con los diagnósticos no resueltos.
- Edición/Vista completa de seleccionado:

Opción “Edición”: (Figura 7.68) en la parte superior muestra las observaciones añadidas hasta el momento y da las siguientes opciones:

- **Añadir:** para realizar una nueva observación se clicas en “añadir” y se escribe en el cuadro de texto libre “Texto/Descripción de la observación”. Para guardar la observación hay dos opciones, aceptar o bien seleccionar otra función de la ventana, ya que te pide confirmación de los últimos cambios. El operador puede agregar cuantas incidencias sean necesarias
- **Eliminar:** señalas la observación y clicas en “eliminar” (siempre que la observación la haya realizado el usuario que la quiere eliminar), la observación seguirá apareciendo, pero el estado es “borrado”, se elimina por completo al aceptar el cambio.
- **Deshacer:** si se quiere deshacer una eliminación ya confirmada se puede seleccionar y deshacer, el estado de la acción es “borrado” y se elimina por completo al aceptar el cambio.
- **Predefinido:** introduce observaciones que ya están predefinidas

Una vez concluido el turno las observaciones realizadas serán definitivas y no podrán modificarse ni eliminarse.

Opción “Vista completa de seleccionado” (Figura 7.69): aparece un formato con todas las observaciones que se hayan registrado del paciente seleccionado. Desde esta función se tiene la opción de maximizar y de imprimir

Information displayed in the screenshot:

Hospital: H. PROVINCIAL | Unidad: 7ª PLANTA

Paciente: Cama: '4703A' - FERRAZZANO, ROSAZA, ROSAZA

Information: VI X ER X, PC X UP X, IC X RE X

Diag. No Resueltos:

Edición: Vista Completa de Seleccionado

Escala: 100

H. PROVINCIAL
C/ Menéndez Pidal S/N (Córdoba-Córdoba)
(Tlfno: 000-00-00-00)
email@juntadeandalucia.es
7ª PLANTA

Hoja de Observaciones

Datos del paciente

Nombre y Apellidos	Fecha de Ingreso
JOSÉ LUIS ROSAZA ROSAZA	23/09/2008 11:30:00
NHC	Nuhsa
207952	Unidad
Enfermera Referente	Cama
	7ª PLANTA
	4703A

Fecha	Observación	Autor
07/10/2008 18:12:46	pasa la tarde tranquilo junto a su familia	OSCAR GARCÍA GARCÍA
30/09/2008 11:01:31		OSCAR GARCÍA GARCÍA

Buttons: Imprimir, Maximizar, Cancelar, Aceptar

(Figura 7.69)

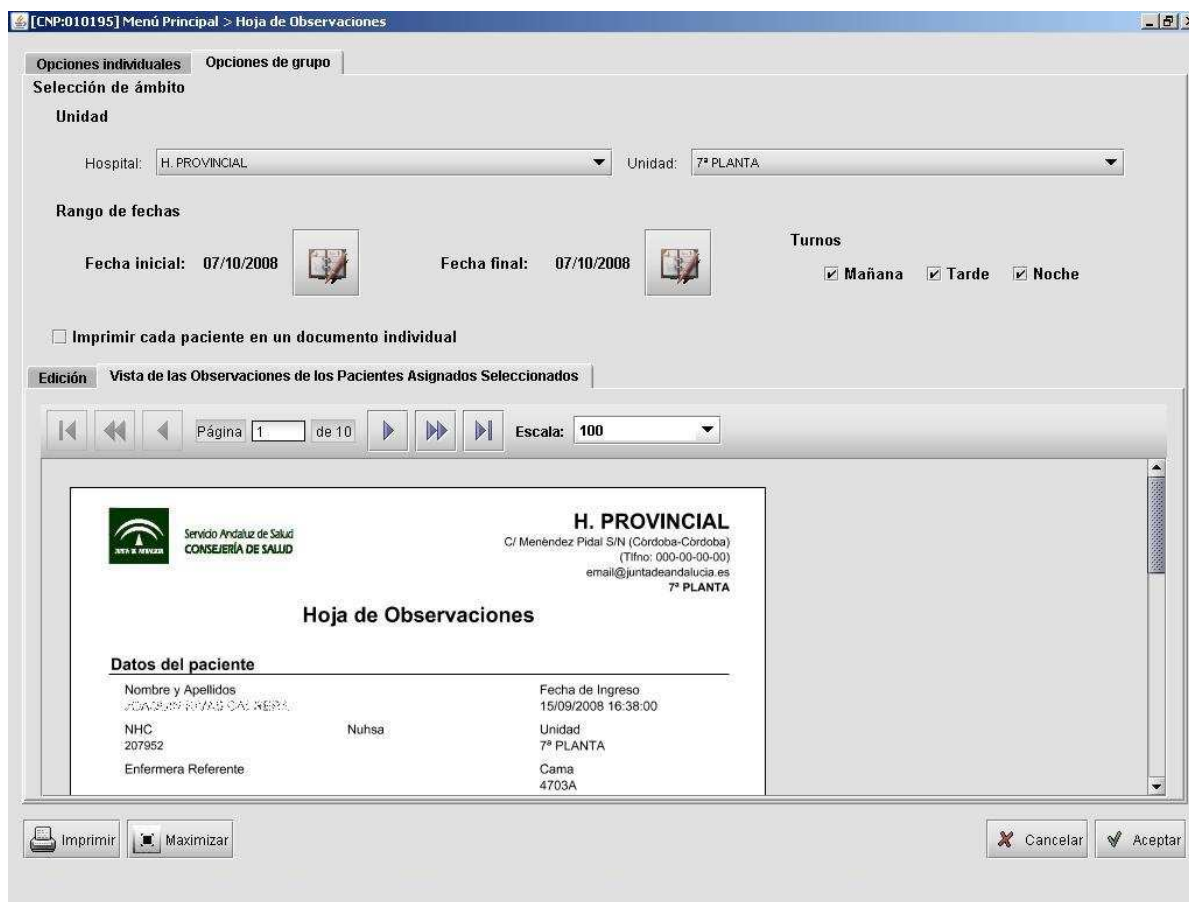
- Opciones de grupo (Figura 7.70): se divide en varias secciones:

S/N	Cama	NHC	Nombre	Apellidos 1º	Apellido 2º
<input type="checkbox"/>	4703A	207952	JOAQUIN	RAMOS	CRISTINA
<input type="checkbox"/>	4703B	461955	MANUEL	RAMOS	CRISTINA
<input type="checkbox"/>	4704A	160449	MILAGROS	RAMOS CRISTINA	RAMOS
<input type="checkbox"/>	4704B	57021	RAFAELA	RAMOS	CRISTINA
<input type="checkbox"/>	4705A	34991	JOAQUIN	RAMOS	CRISTINA
<input type="checkbox"/>	4705B	253574	FRANCISCO	RAMOS	CRISTINA
<input type="checkbox"/>	4706A	168500	RAFAEL	MARTINEZ	LAURE
<input type="checkbox"/>	4706B	412294	JOSE	MARTINEZ	LAURE
<input type="checkbox"/>	4707B	32966	FRANCISCO	RAMOS	CRISTINA
<input type="checkbox"/>	4708A	293957	CONSUELO	RAMOS	MARTINEZ
<input type="checkbox"/>	4708B	276293	ROSARIO	RAMOS	MARTINEZ
<input type="checkbox"/>	4709A	304657	JUAN JOSE	RAMOS	MARTINEZ
<input type="checkbox"/>	4709B	277021	ANGEL	RAMOS	MARTINEZ
<input type="checkbox"/>	4711A	455551	ANTONIA	RAMOS	CRISTINA
<input type="checkbox"/>	4711B	351108	CARMEN	RAMOS	CRISTINA
<input type="checkbox"/>	4712B	454651	NICOLAS	RAMOS	CRISTINA
<input type="checkbox"/>	4713A	445932	ANTONIO	RAMOS	CRISTINA
<input type="checkbox"/>	4714A	422636	SOLEDAD	RAMOS	CRISTINA

(Figura 7.70)

- Selección de ámbito: hospital y unidad

- Rango de fechas (fecha inicial y final) y turnos (mañana, tarde y noche)
- La aplicación da la opción de imprimir cada paciente en un documento individual
- Edición: aparece el listado de todos los pacientes con su NHC y cama. A la derecha hay dos opciones: “Seleccionar todo” y “Deseleccionar todo”, si no se quiere ver las observaciones de todos los pacientes se tica los pacientes de los que se quiere ver las observaciones. Una vez seleccionados se clic en “Vista de las observaciones de los pacientes asignados seleccionados” , desde esta función se tiene la opción de maximizar y de imprimir (Figura 7.71)

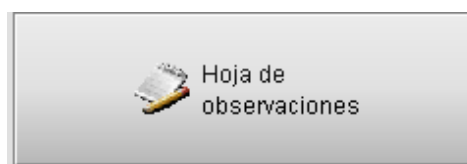


(Figura 7.71)

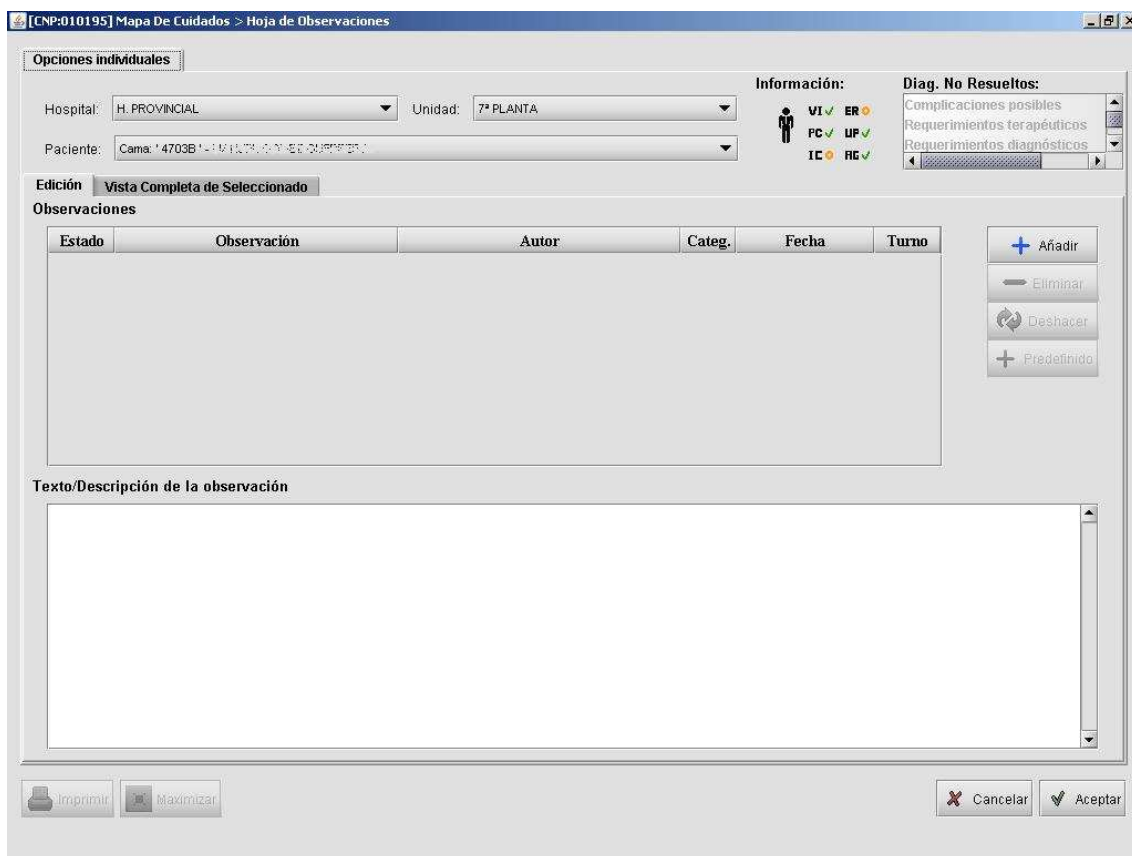
7.3.2 Hoja de Observaciones:

Se accede desde el “Mapa de Cuidados” del paciente (Figura 7.72),

Muestra la misma ventana que la función “Observaciones” con la diferencia de que solamente se puede trabajar con las opciones individuales y no con las de grupo (Figura 7.73).



(Figura 7.72)



(Figura 7.73)

7.3.3 Registro de 24horas

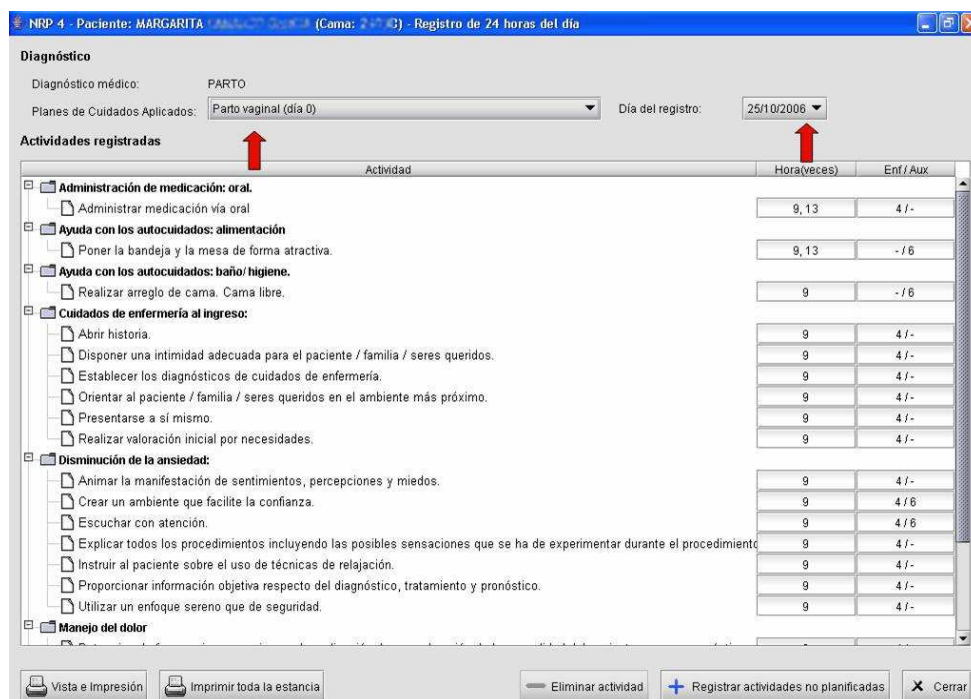
Se accede desde el “Mapa de Cuidados” del paciente (Figura 7.74), en esta función aparece todo lo que se le ha registrado al paciente en el día.



(Figura 7.74)

En la ventana “Registro de 24h” aparece el diagnostico medico junto con el plan de cuidados aplicado y el día de registro.

Para cada paciente aparece el listado de NIC con las actividades registradas junto a la hora a la que se realizo la actividad y el NRP de la persona que la realizó (Figura 7.75)

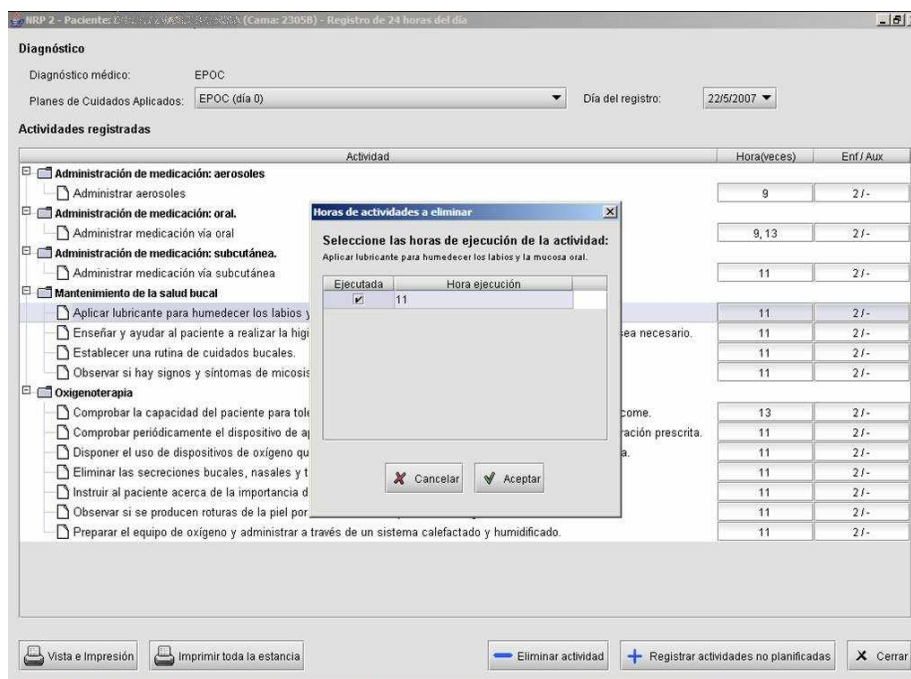


(Figura 7.75)

Cambiando el día de registro, mediante el menú desplegable se ven las actividades registradas en los días anteriores.

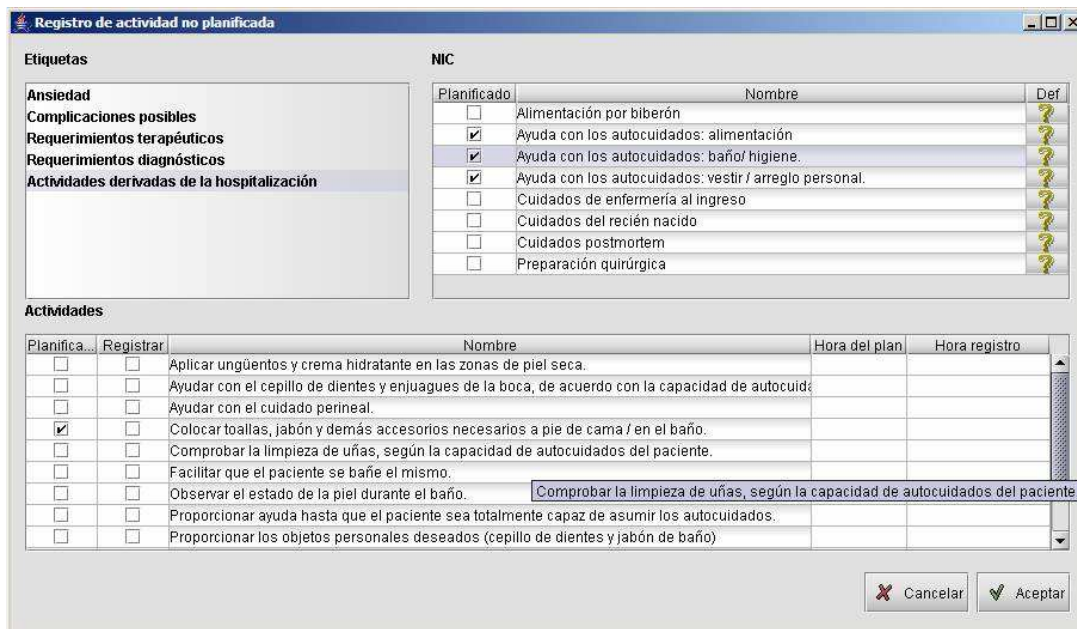
Desde esta función se lleva a cabo:

- **Eliminar actividad:** se señala una actividad y se clicla “eliminar actividad”, (siempre y cuando lo elimine la persona que la realizó y dentro de su turno). Aparece una ventana con las horas en las que se ha registrado esa actividad, hay que seleccionar las horas de ejecución que se quieren eliminar y por último, aceptar los cambios (Figura 7.76) Esta actividad en concreto desaparece del “Registro de 24h” y por lo tanto aparece en la “Agenda” (actividades pendientes de realizar).



(Figura 7.76)

- “Registrar actividades no planificadas”: da acceso a la siguiente ventana (Figura 7.77)

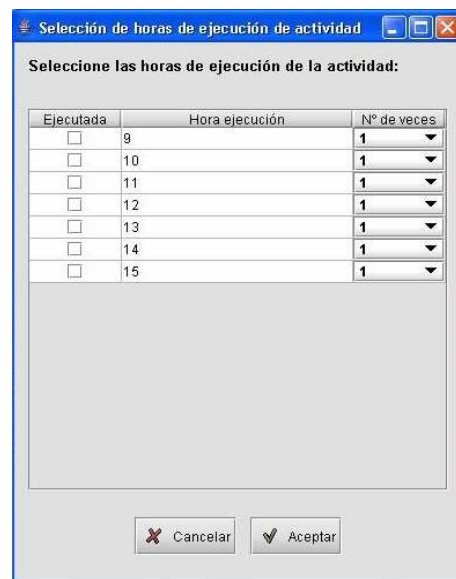


(Figura 7.77)

Se divide en tres secciones diferenciadas:

- **Etiquetas:** aparece el listado de etiquetas diagnosticas junto con los requerimientos con los que se esta trabajando para ese paciente.
- **NIC:** al activar una etiqueta aparecen todas las NIC que dependen de ella, las que están planificadas aparecen ticadas.
- **Actividades:** del mismo modo, al seleccionar una NIC, la aplicación muestra las actividades que dependen de esa NIC, las que ya están planificadas aparecen ticadas.

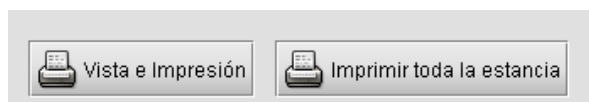
Al registrar nuevas actividades (que no estuviesen planificadas) hay que especificar la hora de ejecución y el número de veces que se realiza (Figura 7.78).



Ejecutada	Hora ejecución	Nº de veces
<input type="checkbox"/>	9	1
<input type="checkbox"/>	10	1
<input type="checkbox"/>	11	1
<input type="checkbox"/>	12	1
<input type="checkbox"/>	13	1
<input type="checkbox"/>	14	1
<input type="checkbox"/>	15	1

(Figura 7.78)

El "Registro de 24h" puede imprimirse día a día, o toda la estancia de una vez (Figura 7.79) (parte inferior de la pantalla). La aplicación muestra siempre una vista previa a la impresión (Figura 7.80).



(Figura 7.79)

NRP: 006360 - Cama: 4921B - Registro de 24 horas

Página 1 de 1 Escala: 100

REGISTRO DE CUIDADOS

DATOS DEL PACIENTE
Nombre y Apellidos: AMALIA (NHC:40...)
Cama: 4921B
Unidad: 9ª PLANTA
Fecha del registro: 29/9/2005
Días de ingreso: 7 días
PLAN DE CUIDADOS
Biopsia de mama (día 2)

INTERVENCIONES:Actividades	Hora	ENF	AUX
CUIDADOS DEL SITIO DE INCISION			
- Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración.	11	006360	
- Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión.	11	006360	
- Aplicar antiéptico, según prescripción.	11, 14	006360	
- Aplicar un vendaje adecuado para proteger la incisión.	11	006360	
- Instruir al paciente acerca de la forma de cuidar la incisión durante el baño o la ducha.	11	006360	
- Enseñar al paciente a minimizar la tensión en el sitio de la incisión.	11	006360	
- Enseñar al paciente y / o a la familia a cuidar la incisión, incluyendo signos y síntomas de infección.	11	006360	
VIGILANCIA			
- Observar si hay infección, si procede.	14	006360	
TERAPIA INTRAVENOSA (IV)			
- Heparinizar la vía de acuerdo con el protocolo del centro.	9, 14	006360	
AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: ALIMENTACION			
- Cumplimentar solicitud de dieta de cocina.	9	006360	
ENSEÑANZA ACTIVIDAD / EJERCICIO PRESCRITO			
- Ayudar al paciente a incorporar la actividad / ejercicio en la	9	006360	

Imprimir Cerrar

(Figura 7.80)

7.3.4 Registro de constantes:

Se accede desde el mapa de cuidados del cliente (Figura 7.81) y permite el registro de las diferentes constantes vitales (Tensión Arterial, Temperatura, FC...).



(Figura 7.81)

Da acceso a la ventana de registro de constantes clínicas, donde antes de registrar los diferentes campos se debe seleccionar la hora de registro en la que se tomó el valor, al finalizar ofrece la opción de “aceptar” y “cancelar” (Figura 7.82).

Hora de registro: 8 : 0

Constantes clínicas

Presión arterial máx:	<input type="text"/>	mmHg [0,260]	Presión venosa:	<input type="text"/>	mmHg [-15,30]
Presión arterial mín:	<input type="text"/>	mmHg [0,260]	P.V. aurícula dcha:	<input type="text"/>	mmHg [-15,30]
Temperatura cutánea:	<input type="text"/>	°C [25.0,45.0]	P.V. aurícula izqda:	<input type="text"/>	mmHg [-15,30]
Temperatura rectal:	<input type="text"/>	°C [25.0,45.0]	Presión intracraneal:	<input type="text"/>	mmHg [1,100]
Frec. cardíaca:	<input type="text"/>	lat/m [0,200]	Glucemia:	<input type="text"/>	mg/dl [0,1000]
Frec. respiratoria:	<input type="text"/>	resp/m [5,60]	Diuresis:	<input type="text"/>	cc [0,10000]
Peso:	<input type="text"/>	Kg [0.0,300.0]	Talla:	<input type="text"/>	cm [2.0,250.0]

(Figura 7.82)

7.3.5 Gráficas de constantes:

Se accede desde el “Mapa de Cuidados” del paciente (Figura 7.83).

En la gráfica (Figura 7.84) aparece a la derecha los datos del paciente y a la izquierda la configuración de la gráfica donde se selecciona:



(Figura 7.83)

- Tipo de gráfica (horaria o por turnos)
- Constantes que se quieren ver reflejadas
- Día de la gráfica (se puede ver la gráfica de días anteriores)

Para que los valores aparezcan en la gráfica de constantes previamente deben ser introducidos desde el registro de constantes clínicas.



(Figura 7.84)

7.3.4.1 Gráfica de constantes extendida:

Se accede desde el mapa de cuidados del cliente y desde el menú principal, y permite el registro de las diferentes constantes vitales (Tensión Arterial, Temperatura, FC...).

La grafica consta básicamente de dos partes; la parte superior donde veremos la representación grafica de algunas constantes y la zona inferior donde se introducirán los diferentes parámetros de cada constante.

- Selección Unidad y Paciente.
- Configuración de la gráfica:
 - Fecha: se podrá visualizar el registro de otros días anteriores.
 - Tipo de gráfica: horaria o por días.
 - Ampliar gráfico.
 - Vista previa.
 - Plantilla: se podrá elegir la plantilla de grafica básica o grafica completa.

➤ Parámetros de registro:

En la zona inferior aparecerá una columna de parámetros agrupados en grupos y subgrupos. Se dispone de algunas constantes específicas que se podrán visualizar gráficamente en la zona superior, estos parámetros podremos especificar cada usuario si queremos que tengan representación en nuestra gráfica o no, esto se hace mediante un check box que se encuentra a la izquierda del parámetro.

➤ Valores de los parámetros:

Cada profesional introducirá el valor medido en cada parámetro. Únicamente se podrán introducir parámetros en nuestro turno, el resto de las horas en el registro se encontrarán inactivas. La zona horaria activa se representa de color blanco y el resto de los turnos inactivos de color naranja.

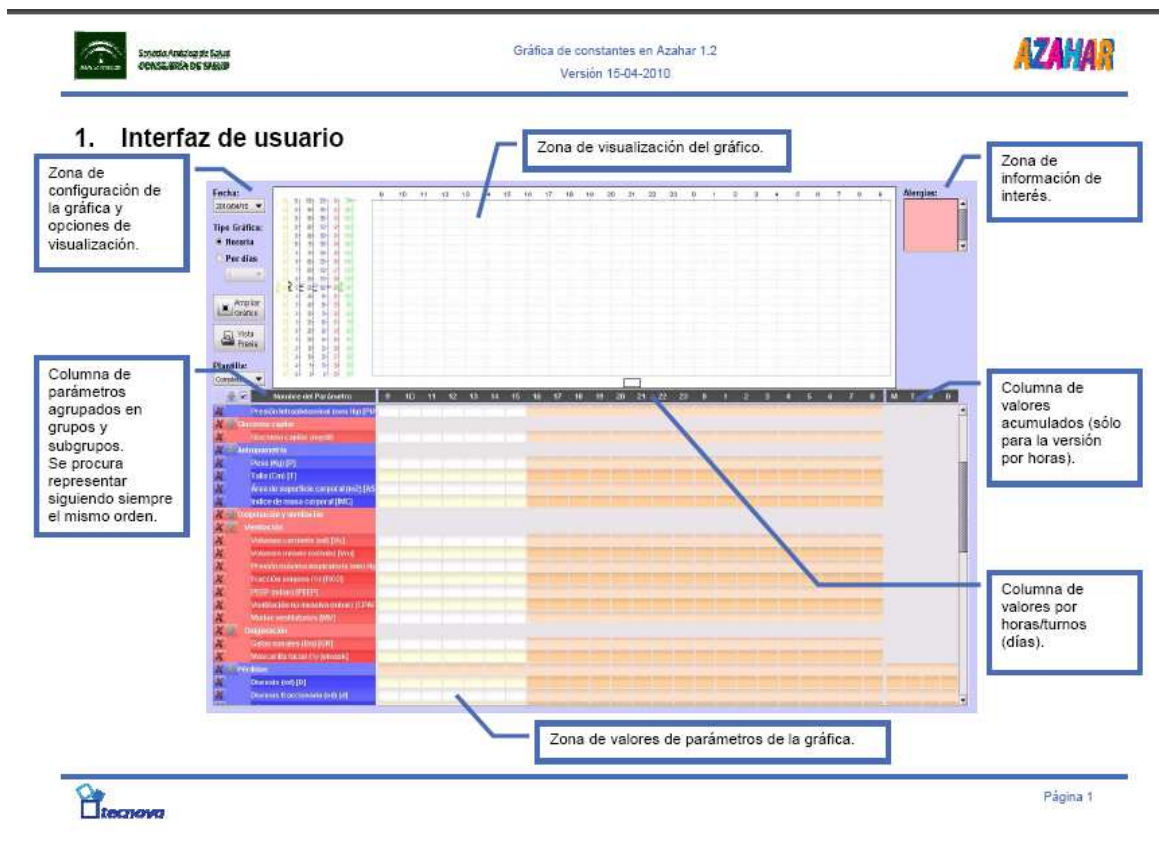
Al ticar en el recuadro de una hora se abrirá una ventana para el registro de dicha constante seleccionada, se especificará en que minuto de esa hora se ha realizado el registro.

En la zona derecha de la pantalla aparecerá una columna de valores acumulados de algunos parámetros específicos en los cuales esto sea posible, por ejemplo "diuresis". El acumulado será por turnos (mañana, tarde, noche y acumulado diario). Esta opción solo estará disponible para la versión por horas.

➤ Gráfico:

Aquí visualizaremos las constantes que tienen representación gráfica y que hemos seleccionado mediante el check box que se encuentra a la izquierda de algunos parámetros.

Junto al gráfico hay una zona de información de interés en la que se podrán ver las alergias que pudiera tener el paciente registrado.



7.4 Alta

Consta de dos informes: “Resumen de Cuidados” e “Informe de Continuidad de Cuidados”

7.4.1 Resumen de cuidados:

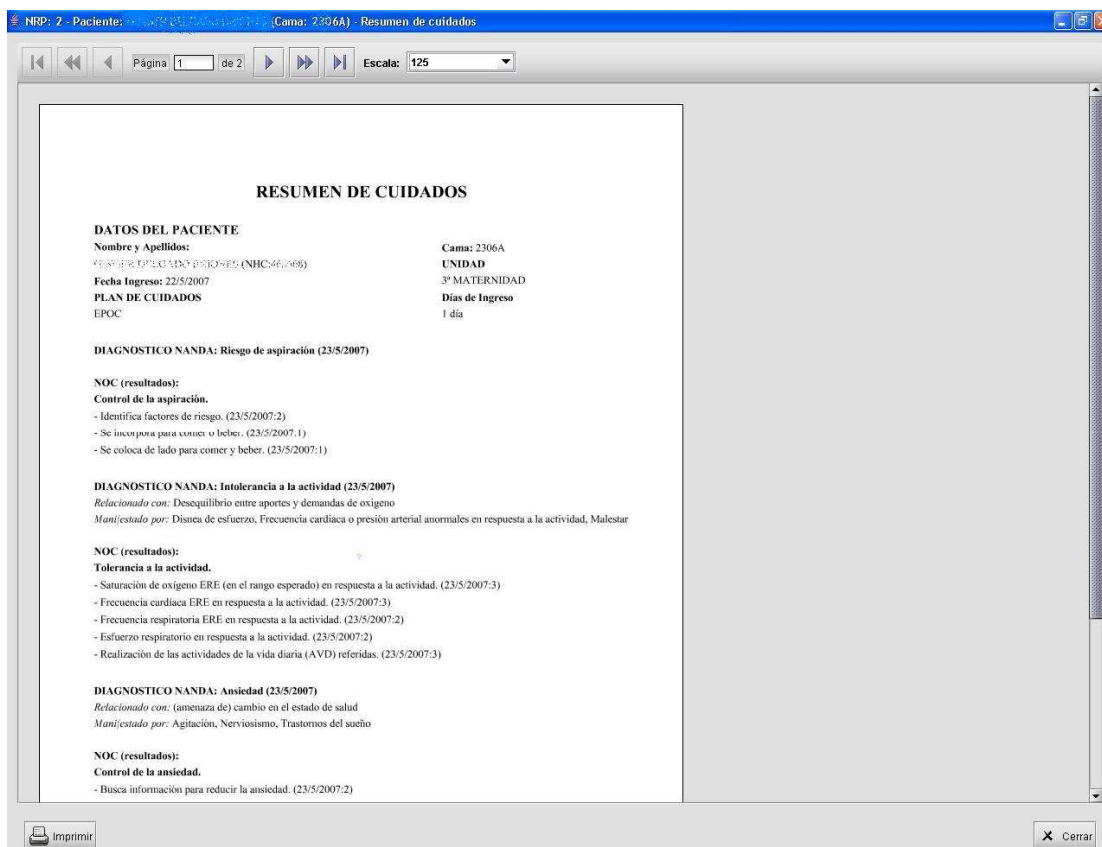
Una vez realizadas las etapas Valoración, Diagnóstico y Planificación, desde el "Mapa de Cuidados" se puede consultar la función “Resumen de Cuidados” (Figura 7.85).



(Figura 7.85)

Este documento puede imprimirse en cualquier momento del episodio (una vez se haya planificado y registrado). El documento (Figura 7.86) muestra los datos del paciente, y los diferentes diagnósticos, NOCs y NICs identificados por la enfermera junto con:

- Complicaciones posibles
- Requerimientos terapéuticos
- Requerimientos diagnósticos
- Actividades derivadas de la hospitalización
- UPP, si las hubiera junto con el tratamiento y la evolución de la ulcera
- Cuestionarios de valoración que se han llevado a cabo en el episodio.

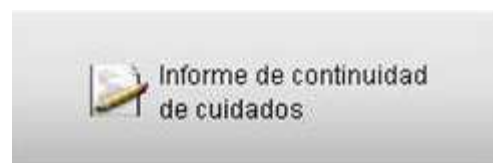


(Figura 7.86)

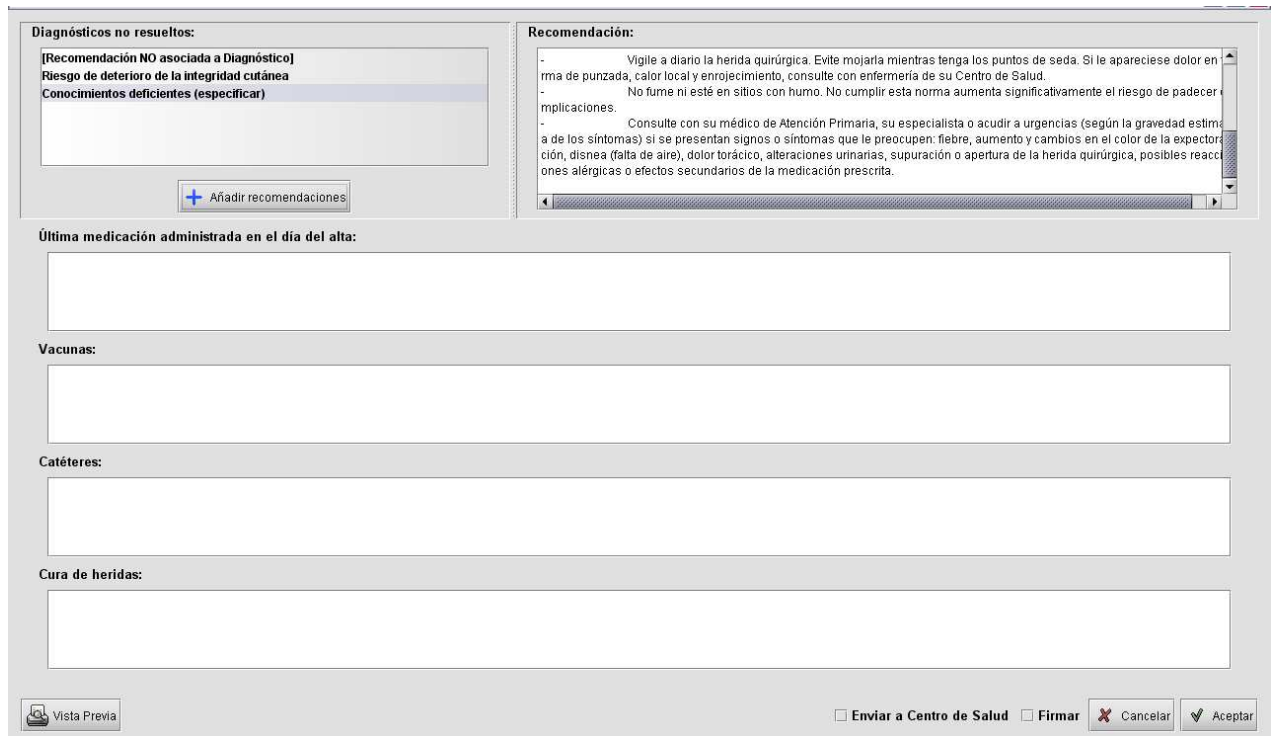
7.4.2 Informe de continuidad de cuidados:

Se accede desde el Mapa de cuidados del paciente (Figura 7.87).

La ventana (Figura 7.88) muestra 6 zonas diferenciadas:



(Figura 7.87)



The screenshot displays a web-based interface for recording patient care. It features several sections:

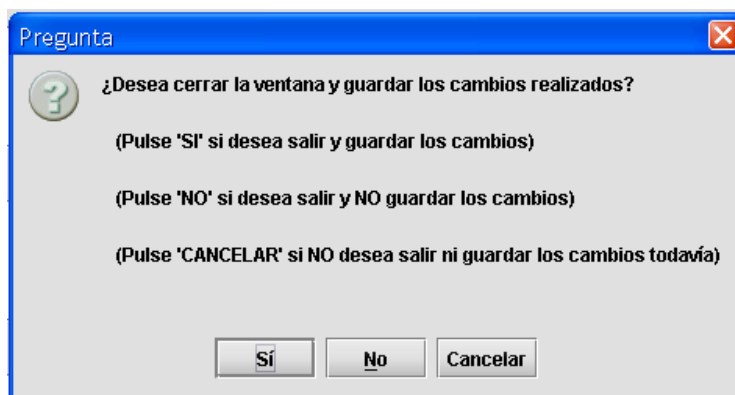
- Diagnósticos no resueltos:** A list of unresolved diagnoses. One entry is highlighted with a blue background and contains the text: "[Recomendación NO asociada a Diagnóstico] Riesgo de deterioro de la integridad cutánea Conocimientos deficientes (especificar)". Below this list is a text input field and a button labeled "+ Añadir recomendaciones".
- Recomendación:** A large text area containing two paragraphs of medical advice regarding wound care, such as "Vigile a diario la herida quirúrgica. Evite mojarla mientras tenga los puntos de seda..." and "Consulte con su médico de Atención Primaria...".
- Última medicación administrada en el día del alta:** A large empty text box for recording the last medication given.
- Vacunas:** A large empty text box for recording administered vaccines.
- Catéteres:** A large empty text box for recording catheters.
- Cura de heridas:** A large empty text box for recording wound treatment.

At the bottom of the interface, there is a "Vista Previa" button on the left and a row of action buttons on the right: "Enviar a Centro de Salud", "Firmar", "Cancelar", and "Aceptar".

(Figura 7.88)

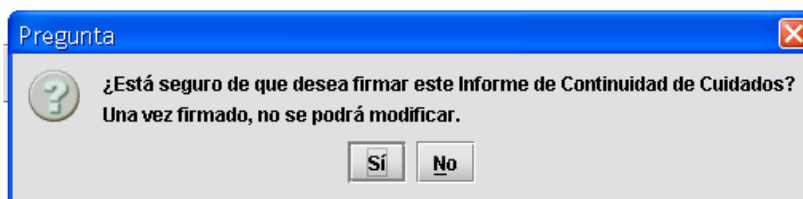
- Diagnósticos no resueltos: muestra las Etiquetas Diagnósticas no resueltas que tiene el paciente en ese momento
- Recomendación: campo de texto libre donde se pueden añadir recomendaciones a cada diagnostico no resuelto, se sombrea cada diagnostico y se añaden sus recomendaciones. Desde "recomendación NO asociada a ningún diagnóstico" se pueden insertar cualquier recomendación que se encuentre en la aplicación sin necesidad que esté asociada a ningún diagnóstico enfermero
- Medicación: se registra la medicación administrada al paciente en el hospital el día del alta.
- Vacunas: se anota si durante la hospitalización se le ha administrado alguna vacuna.
- Catéteres: se describen los catéteres que el paciente pudiese conservar al alta.
- Cura de heridas: se registra el tratamiento recibido y se detalla la forma en que se ha estado curando al paciente durante la hospitalización.

Una vez completado el informe, hay que aceptar los cambios realizados. La aplicación siempre solicita al operador la confirmación de dichos cambios (Figura 7.89).



(Figura 7.89)

El día del alta, una vez terminado el informe, la enfermera referente o la colaboradora, si la primera no se encuentra presente, debe firmar el Informe de Continuidad de Cuidados. La aplicación advierte que una vez firmado no se puede modificar, (Figura 7.90) y por tanto, el proceso enfermero queda cerrado. Sólo se pueden imprimir los distintos informes (Valoración inicial, Resumen de cuidados...).



(Figura 7.90)

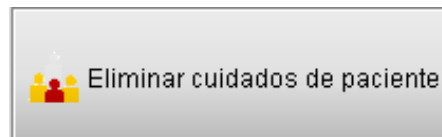
Una vez firmado, la aplicación nos muestra una vista previa del informe (Figura 7.91), donde aparecen los datos del cliente, el nombre del último plan de cuidados aplicado, los Diagnósticos Enfermeros que precisan Continuidad de Cuidados, las vacunas administradas, los catéteres, curas, medicación administrada en el hospital el día del alta y en el caso de un cliente que se va de alta con el diagnóstico "Deterioro de la integridad cutánea" también aparece en el informe el último tratamiento y evolución de la ulcera. Por último aparece el NRP y nombre de la enfermera referente y de la colaboradora que ha firmado, en caso de no ser la referente. Se podrá elegir la opción "enviar al centro de salud" si este paciente requiere de continuidad de cuidados en primaria. Este informe se mandará por correo electrónico.

(Figura 7.91)

Desde esta ventana se puede imprimir el informe. Una vez firmado, la aplicación automáticamente manda un correo electrónico al centro de salud indicado con anterioridad.

Al enviar electrónicamente el Informe de Continuidad de Cuidados, adjunto se remite el Resumen de Cuidados (es un proceso interno que la aplicación realiza automáticamente).

Si se firma un Informe de Continuidad de Cuidados y el paciente no se va de alta, la supervisora puede anular la firma. Desde “eliminar cuidados del paciente” en su menú principal (Figura 7.92)



(Figura 7.92)

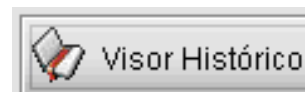
La aplicación no permite firmar el Informe de Continuidad de Cuidados si no está firmada la Valoración Inicial.

El ICC lo podrán realizar las enfermeras, supervisora o la enfermera gestora de casos. Se podrá realizar siempre que el paciente tenga realizada y firmada una VI y un PC. En algunos casos se puede realizar el ICC sin tener realizada la VI y el PC, aunque esta opción debe ser activada en la aplicación con anterioridad. Si se accede al ICC sin VI, se creará una ficticia, y si se accede sin PC se creará uno vacío por defecto. En los indicadores del mapa de camas aparecerán con PC realizado y con agenda, aunque dicha agenda se encuentre vacía, ya que el PC no tiene actividades planificadas.

Al realizar el ICC sin VI previa, donde se especifica el centro de salud del paciente, habrá que indicarlo en “datos de episodio” del mapa de cuidados, para que el ICC sea enviado al centro de salud correspondiente, sino el ICC se enviará automáticamente a “datos clínicos centralizados”.

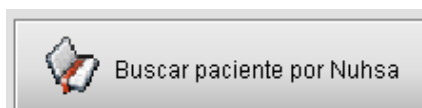
7.5 Visor histórico

Da acceso al histórico de un paciente (Figura 7.93), lo hace de la siguiente forma:



(Figura 7.93)

- La enfermera y la auxiliar pueden ver el histórico de sus pacientes asignados desde el mapa de cuidados. Esta función solo se encuentra activa cuando el paciente haya tenido un ingreso previo.
- La supervisora tiene acceso al histórico de los pacientes de las unidades que supervise ya sea desde el Mapa de Cuidados mediante la función “Visor Histórico” como desde el Menú principal buscando al paciente por Nuhsa, (Figura 7.94).

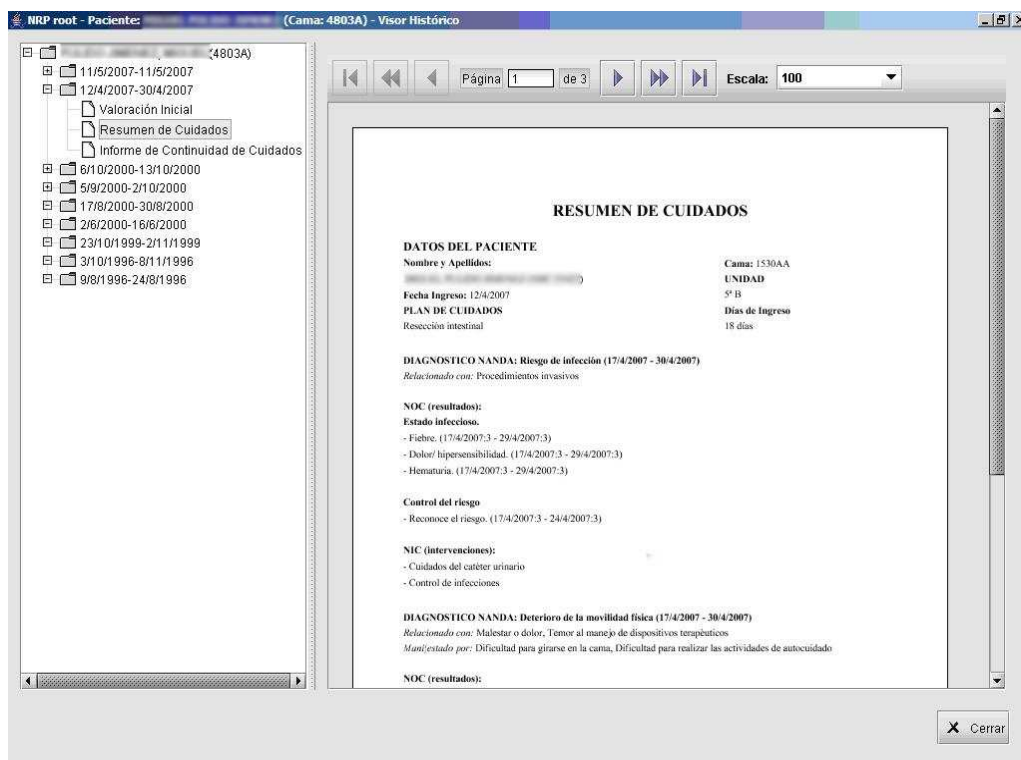


(Figura 7.94)

- La jefa de bloque tiene acceso al histórico de cualquier paciente que al menos haya estado una vez ingresado. Solo puede acceder desde el Menú Principal buscando por Nuhsa (Figura 7.94).

A través del Visor Histórico vemos las fechas de ingreso y alta de anteriores episodios. Clicando sobre una fecha se despliegan las siguientes opciones:

Valoración inicial, Resumen de cuidados, Informe de Continuidad de Cuidados e incluso Valoraciones Posteriores que se hayan realizado. Al seleccionar la opción se observa su contenido a la derecha de la ventana. Esta información no se puede imprimir, solamente consultar. (Figura 7.95).



The screenshot shows a software window titled "NRP root - Paciente: (Cama: 4803A) - Visor Histórico". On the left is a tree view of dates and care plans. The main area displays the "RESUMEN DE CUIDADOS" for a patient. The summary includes patient data, admission details, nursing diagnosis, and interventions.

RESUMEN DE CUIDADOS

DATOS DEL PACIENTE
Nombre y Apellidos: [Redacted] Cama: I530AA
UNIDAD
Fecha Ingreso: 12/4/2007 5º B
PLAN DE CUIDADOS: Días de Ingreso
Resección intestinal 18 días

DIAGNOSTICO NANDA: Riesgo de infección (17/4/2007 - 30/4/2007)
Relacionado con: Procedimientos invasivos

NOC (resultados):
Estado infeccioso:
- Fiebre. (17/4/2007:3 - 29/4/2007:3)
- Dolor/hipersensibilidad. (17/4/2007:3 - 29/4/2007:3)
- Hematuria. (17/4/2007:3 - 29/4/2007:3)

Control del riesgo:
- Reconocer el riesgo. (17/4/2007:3 - 24/4/2007:3)

NIC (intervenciones):
- Cuidados del catéter urinario
- Control de infecciones

DIAGNOSTICO NANDA: Deterioro de la movilidad física (17/4/2007 - 30/4/2007)
Relacionado con: Malestar o dolor, Temor al manejo de dispositivos terapéuticos
Manifestado por: Dificultad para girarse en la cama, Dificultad para realizar las actividades de autocuidado

NOC (resultados):

Navigation controls at the top include "Página 1 de 3" and "Escala: 100". A "Cerrar" button is located at the bottom right.

(Figura 7.95)

8. AGENDA

Se accede desde el Menú principal o bien desde el Mapa de Cuidados de un paciente (Figura 8.1)



(Figura 8.1)

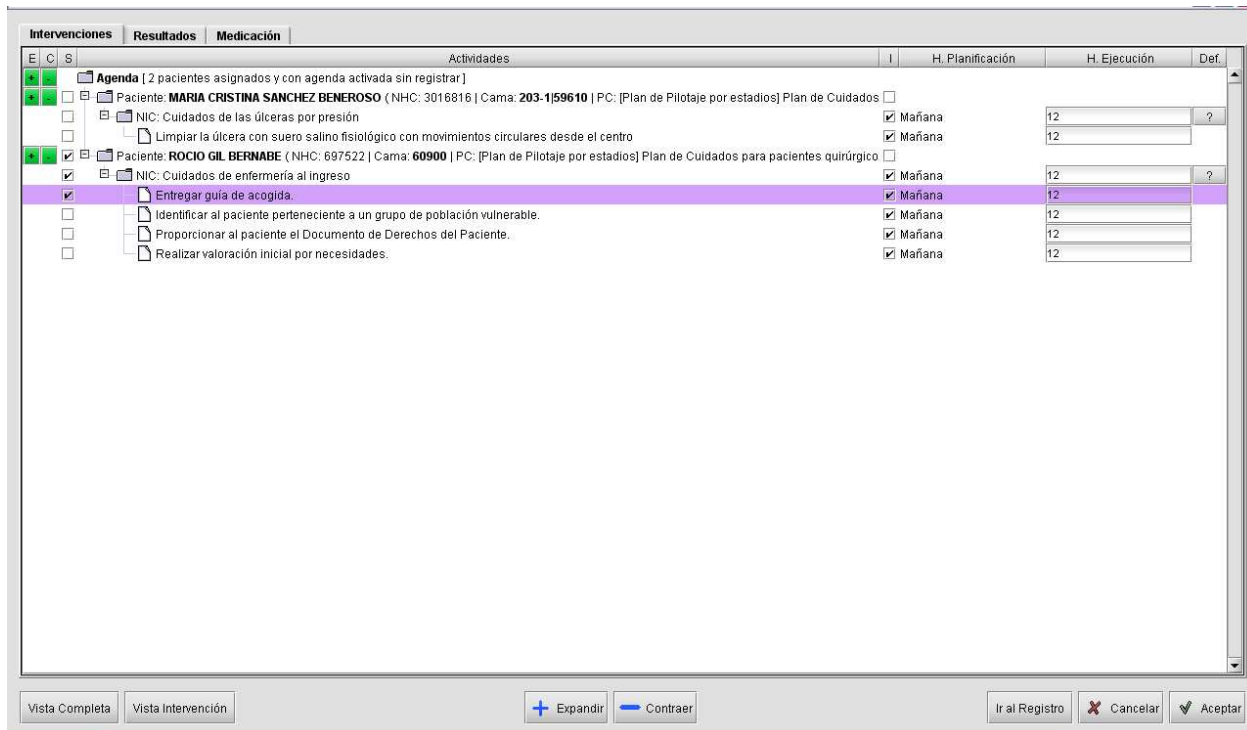
Únicamente se puede consultar la agenda si se cumplen las siguientes condiciones:

- Tener al paciente asignado en el turno
- Tener firmado el Plan de Cuidados del cliente

Desde esta ventana se registrarán todas las actividades realizadas al paciente, las evoluciones de los distintos indicadores y el registro de medicación. Cada una de estas opciones aparecen separadas en la ventana por distintas pestañas.

INTERVENCIONES

En la Agenda aparece el botón “Expandir”, al clicarlo se abren las agendas de todos los clientes que aparecen en el listado (Figura 8.2), también observamos el de “Contraer” para realizar la función contraria.



(Figura 8.2)

Si en lugar de expandir todas las agendas, únicamente se quiere ver la de un paciente en concreto, se sombrea su nombre y se le da a expandir (bien desde el botón “Expandir” o bien desde el signo + que se encuentra al lado del nombre en color verde).

En la agenda aparece el listado de NIC, y desplegando éstas, sus actividades asociadas (Figura 8.4):

E	C	S	Actividades	H. Planificación	H. Ejecución	Def.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Agenda [2 pacientes asignados y con agenda activada sin registrar]			
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Paciente: MARIA CRISTINA SANCHEZ BENEROSO (NHC: 3016816 Cama: 203-159610 PC: [Plan de Pilotaje por estadios] Plan de Cuidados			
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	NIC: Potenciación de la seguridad	<input checked="" type="checkbox"/> Mañana	12	?
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Escuchar los miedos del paciente/familia.	<input checked="" type="checkbox"/> Mañana	12	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Explicar al paciente/familia todas las pruebas y procedimientos	<input checked="" type="checkbox"/> Mañana	12	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Mostrar calma	<input checked="" type="checkbox"/> Mañana	12	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pasar tiempo con el paciente	<input checked="" type="checkbox"/> Mañana	12	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	NIC: Vigilancia	<input checked="" type="checkbox"/> Mañana	12	?
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Controlar periódicamente presión sanguínea.	<input checked="" type="checkbox"/> Mañana	12	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Observar si hay infección, si procede.	<input checked="" type="checkbox"/> Mañana	12	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Paciente: ROCIO GIL BERNABE (NHC: 697522 Cama: 60900 PC: [Plan de Pilotaje por estadios] Plan de Cuidados para pacientes quirúrgico			
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	NIC: Cambio de posición	<input checked="" type="checkbox"/> Mañana	12	?
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Colocar en una posición que evite tensiones sobre la herida, si es el caso.	<input checked="" type="checkbox"/> Mañana	12	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Colocar la luz de llamada al alcance.	<input checked="" type="checkbox"/> Mañana	12	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Colocar los objetos de uso frecuente al alcance.	<input checked="" type="checkbox"/> Mañana	12	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	NIC: Cuidados de las heridas	<input type="checkbox"/> Sin hora especificada	?	?
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Realizar cura específica según protocolo.	<input type="checkbox"/> Sin hora especificada	?	?
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	NIC: Enseñanza: proceso de enfermedad	<input checked="" type="checkbox"/> Mañana	12	?
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y / o controlar el proceso de e	<input checked="" type="checkbox"/> Mañana	12	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Describir el fundamento de las recomendaciones del control / terapia / tratamiento	<input checked="" type="checkbox"/> Mañana	12	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Describir las posibles complicaciones crónicas, si procede.	<input checked="" type="checkbox"/> Mañana	12	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Proporcionar el número de teléfono al que llamar si surgen complicaciones.	<input checked="" type="checkbox"/> Mañana	12	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	NIC: Vigilancia	<input checked="" type="checkbox"/> Mañana	12	?
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Controlar periódicamente la temperatura.	<input checked="" type="checkbox"/> Mañana	12	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Controlar periódicamente presión sanguínea.	<input checked="" type="checkbox"/> Mañana	12	

(Figura 8.4)

A la izquierda, tanto de las intervenciones como de las actividades existe una casilla de verificación para registrar una actividad concreta o toda la NIC (Figura 8.5).

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Paciente: MANUEL (NHC: 4703B Cama: 4703B PC: EPOC Día: 1)			
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	NIC: Administración de medicación: aerosoles	<input checked="" type="checkbox"/> 9	9	?
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	NIC: Administración de medicación: inhalación	<input checked="" type="checkbox"/> 9	9	?
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	NIC: Administración de medicación: oral	<input checked="" type="checkbox"/> 9, 13	9, 13	?
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	NIC: Administración de medicación: subcutánea	<input checked="" type="checkbox"/> Sin hora especificada	?	?
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	NIC: Apoyo al cuidador principal.	<input checked="" type="checkbox"/> 9	9	?
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	NIC: Ayuda con los autocuidados: alimentación	<input checked="" type="checkbox"/> 9, 10, 13	9, 10, 13	?
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Colocar al paciente en una posición cómoda.	<input checked="" type="checkbox"/> 9, 13	9, 13	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Identificar la dieta prescrita.	<input checked="" type="checkbox"/> 9, 13	9, 13	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados	<input checked="" type="checkbox"/> 9, 13	9, 13	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Realizar una selección de comidas.	<input checked="" type="checkbox"/> 10	10	

(Figura 8.5)

A la derecha de cada actividad existen varias columnas:

- H. planificación: la hora a la que está planificada una actividad.
- H. ejecución: hora a la que realmente se realiza la actividad.
- Interrogación: nos muestra la definición de la NIC al hacer clic sobre ella (Figura 8.6).



(Figura 8.6)

En la parte inferior derecha de la ventana “Agenda” aparecen las opciones “Registro de 24h”, “Aceptar” y “Cancelar”. Para ir a la opción “Registro de 24h” se selecciona al paciente del que se quiere ver el registro y se clicla la opción. Las actividades registradas en la Agenda pasan a formar parte del Registro de 24h de cada paciente.

En la parte inferior izquierda aparecen las opciones “Vista completa” y “Vista intervención”. En “vista completa” muestra un pdf con todas las actividades registradas, las evoluciones de los indicadores y la medicación registrada. (Figura 8.7) En “Vista intervención” sólo aparecerá el pdf con las actividades registradas al paciente.

Nombre y Apellidos: Pepe Caballero Caballero

NRP: pecaca001

Turno: Mañana

Fecha: 05/09/2012-09:25:13

Nombre	Pauta	Hora/Inicio
Paciente: JUAN ANDRADES PARODI (NHC: 3003446) * Cama: 208-1 59614 * PC: [Plan de Pilotaje por		
NIC: Disminución de la ansiedad		
- Crear un ambiente que facilite la confianza.	Mañana	8_ 9_ 10_ 11_ 12:1 13_ 14:_
- Escuchar con atención.	Mañana	8_ 9_ 10_ 11_ 12:1 13_ 14:_
- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.	Mañana	8_ 9_ 10_ 11_ 12:1 13_ 14:_
NOC: Movilidad		
- Mantenimiento de la posición corporal.		2
- Movimiento articular.		3
NOC: Nivel de ansiedad		
- Ansiedad verbalizada.		2
- Ataque de pánico.		2

Paciente: CARMEN BURGOS CARVAJAL (NHC: 3016814) * Cama: 210-1|59616 * PC: [Plan de Pilotaje

NOC: Autocontrol del miedo

- Busca información para reducir el miedo. 3
- Controla la respuesta de miedo. 2
- Evita fuentes de miedo cuando es posible. 2

NOC: Autocuidados:comer

- Corta la comida en pedacitos. 1
- Deglute la comida. 1
- Finaliza una comida. 1
- Maneja utensilios. 2

Paciente: MARIA CRISTINA SANCHEZ BENEROSO (NHC: 3016816) * Cama: 203-1|59610 * PC: Plan de

NIC: Vigilancia

- Controlar periódicamente presión sanguínea. Mañana 8_ 9_ 10_ 11_ 12:1 13_ 14:_

NOC: Autocontrol del miedo

- Busca información para reducir el miedo. 4
- Controla la respuesta de miedo. 4

Paciente: MARIA CRISTINA SANCHEZ *PC: Plan de
NOC: Curación de la herida: por segunda intención

- Edema perilesional. 3
- Eritema. 3

Episodio: [HOSP] 840084 (Ingreso: '26-07-2012 11:01:00' -)

- [FLUIDOTERAPIA]. Fecha: '2012-07-26 12:20'. Desde: '2012-07-26 13:00'. Hasta: ''.	Sin hora especificada
'GLUCOSA 5% 1000 ml/' → 1 U. IV.	
- [FLUIDOTERAPIA]. Fecha: '2012-07-26 12:20'. Desde: '2012-07-26 13:00'. Hasta: ''.	12
'GLUCOSADO 5% 1000 ml INY PLAST' → 1000 mL. IV.	
- [MEDICAMENTO]. Fecha: '2012-07-26 12:20'. Desde: '2012-07-26 13:00'. Hasta: ''.	09
'AMKACINA 125 mg VIAL' → 125 mg. IM. INYECTABLE	
- [MEDICAMENTO]. Fecha: '2012-07-26 12:20'. Desde: '2012-07-26 13:00'. Hasta: ''.	13
'AMKACINA 125 mg VIAL' → 125 mg. IM. INYECTABLE	
- [MEDICAMENTO]. Fecha: '2012-07-26 12:41'. Desde: '2012-07-26 13:00'. Hasta: ''.	09
'ADIRO 100 mg COMP' → 100 mg. ORAL. COMPRIMIDOS	
- [MEDICAMENTO]. Fecha: '2012-08-22 09:15'. Desde: '2012-07-26 12:00'. Hasta: ''.	08
'SOLINTRINA 5 mg INY' → 2 mg. PERF IV CONT. INYECTABLE IV	

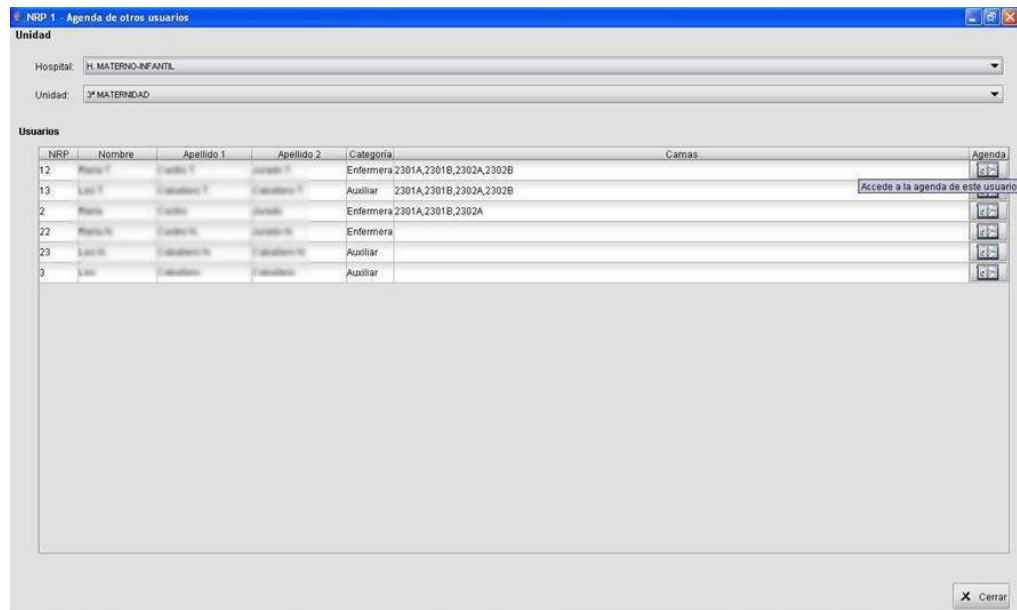
(Figura 8.7)

Tanto la supervisora como la enfermera tienen acceso desde su Menú Principal a la función "Agenda de otros usuarios" (Figura 8.8).



(Figura 8.8)

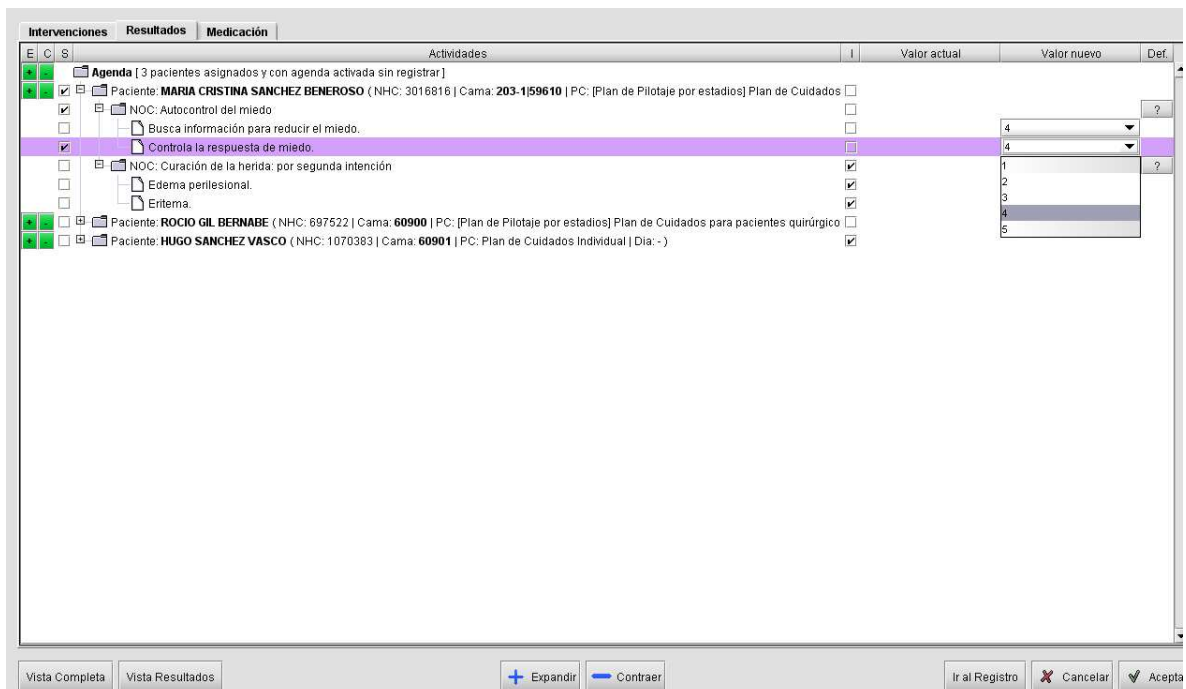
Al desplegar la ventana (Figura 8.9) aparecen las secciones Unidad y Usuarios. La supervisora tiene acceso a las agendas de enfermeras y auxiliares de las unidades que supervise, en el caso de las enfermeras tienen acceso a las agendas de las auxiliares que trabajen con ella en ese turno, este acceso es solo visual.



(Figura 8.9)

RESULTADOS

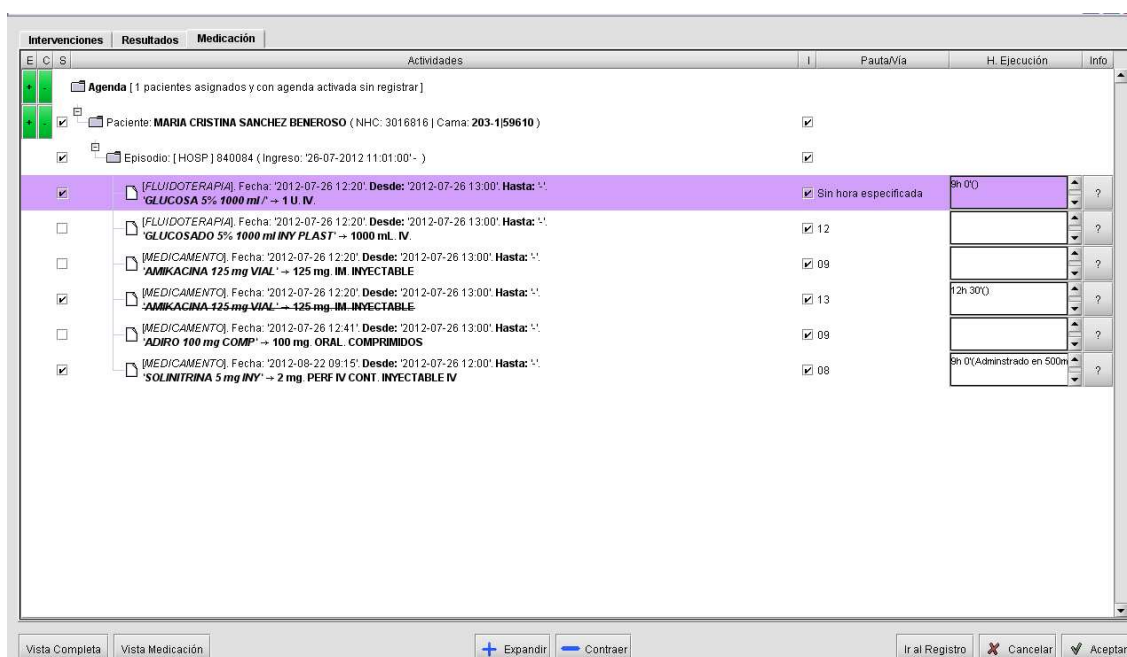
Desde esta ventana también se podrá acceder a los indicadores del plan de cuidados para evolucionarlos durante la estancia del paciente sin necesidad de entrar al plan de cuidados.



MEDICACIÓN

Desde esta ventana se realiza el registro de medicación del paciente.

Aparecerá la lista de medicación prescrita, que será una lista independiente para cada turno de trabajo. Podrá aparecer alguna medicación tachada, esto significa que dicha medicación se encuentra actualmente suspendida, pero que en algún momento del día actual se ha encontrado vigente. La enfermera podrá registrar sobre esa medicación tachada si ha administrado alguna dosis en ese día. Estará vigente durante todo el día en el cual se le haya suspendido, para poder ser registrada, y al día siguiente ya no aparecerá en el tratamiento.



La enfermera registra en el apartado “hora de ejecución”, la hora administrada de cada medicación, al igual que podrá especificar cualquier tipo de comentario de cada medicación que quedará reflejado en la “hoja de observaciones” del paciente.



9. ACTIVAR AGENDA.

Se accede desde el Menú Principal y permite observar a aquellos pacientes asignados que tienen un plan de cuidados firmado con anterioridad, que no tengan el ICC firmado, y a los que todavía no se les haya revisado o comenzado a revisar su PCE en el día actual (Figura 9.1). Existe la opción de ver el último plan firmado del paciente seleccionado, lo que permite activar la agenda con esa misma planificación. Al seleccionar los pacientes y darle a "Aceptar", se crean sus agendas. Una vez activada la agenda, el icono "AG" del Mapa de Camas aparece con un tic verde, indicando que para esos pacientes ya hay una agenda disponible para hoy.

Unidad

Hospital: H. PROVINCIAL Unidad: 7ª PLANTA

Pacientes con plan aplicado aún no revisado (o no empezado a revisar) hoy y sin ICC firmado

S/N	Cama	NHC	Nombre	Apellidos 1º	Apellido 2º
<input type="checkbox"/>	4703B				
<input type="checkbox"/>	4704A				
<input type="checkbox"/>	4704B				
<input type="checkbox"/>	4705A				
<input type="checkbox"/>	4705B				
<input type="checkbox"/>	4706A				
<input type="checkbox"/>	4706B				
<input type="checkbox"/>	4707B				
<input type="checkbox"/>	4708A				
<input type="checkbox"/>	4708B				
<input type="checkbox"/>	4709A				
<input type="checkbox"/>	4711A				
<input type="checkbox"/>	4711B				
<input type="checkbox"/>	4712B				
<input type="checkbox"/>	4714A				
<input type="checkbox"/>	4714B				
<input type="checkbox"/>	4718A				
<input type="checkbox"/>	4719A				
<input type="checkbox"/>	4720B				
<input type="checkbox"/>	4722A				
<input type="checkbox"/>	4723A				
<input type="checkbox"/>	4723B				
<input type="checkbox"/>	4724A				
<input type="checkbox"/>	4724B				
<input type="checkbox"/>	4725A				
<input type="checkbox"/>	4726A				
<input type="checkbox"/>	4726B				
<input type="checkbox"/>	4727A				
<input type="checkbox"/>	4728B				

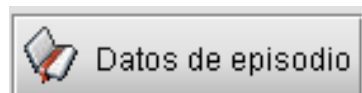
+ Seleccionar todo
- Deseleccionar todo
Ver último plan

Cancelar Aceptar

(Figura 9.1)

10. DATOS DE EPISODIO

Aparece en el Mapa de Cuidados de cada paciente (Figura 10.1) Haciendo clic en el botón se abre una ventana para cumplimentar y/o modificar tanto el centro de salud, el diagnóstico médico, nombre y parentesco del cuidador principal. Aunque la valoración inicial y el informe de continuidad de cuidados estén firmados, se pueden modificar estos datos.



(Figura 10.1)

Da acceso a la modificación de los datos del episodio, esta modificación hay que hacerla siempre antes de firmar el Informe de Continuidad de Cuidados, ya que la información llega al centro de salud que este registrado (Figura 10.2).

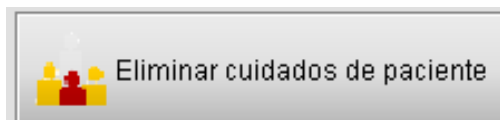
La imagen muestra una ventana de software con el título "Cama: 2303A - Modificación de datos de episodio". El formulario contiene los siguientes elementos:

- Centro de salud: Dos menús desplegables. El primero muestra "Córdoba" y el segundo muestra "VILLARRUBIA".
- Diagnóstico médico: Un campo de texto con el valor "VILLARRUBIA".
- Nombre del cuidador (parentesco): Un campo de texto con el valor "PLACENTA PREVIA".
- Nombre del cuidador (parentesco): Un campo de texto con el valor "María (hija)".
- Botones: "Cancelar" (con una X roja) y "Aceptar" (con una V verde).

(Figura 10.2)

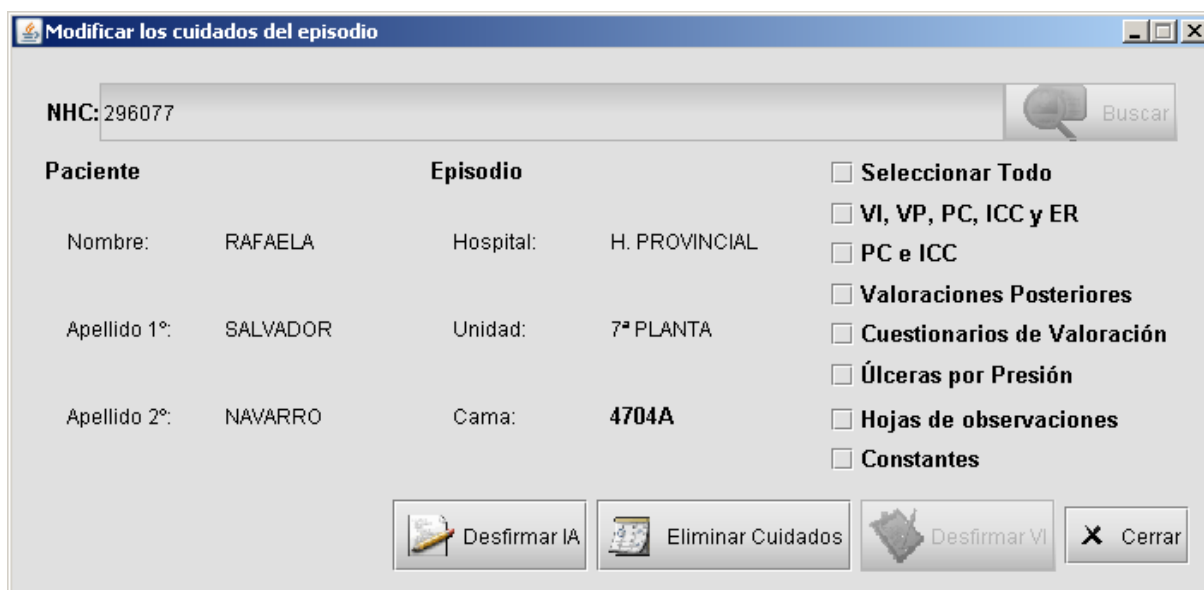
11. ELIMINAR CUIDADOS DEL PACIENTE

Se accede desde el Menú principal de la supervisora o desde el Mapa de Cuidados del paciente (Figura 11.1).



(Figura 11.1)

Al clicar sobre este botón aparece la ventana “Modificar los cuidados del episodio”



Modificar los cuidados del episodio

NHC: 296077 Buscar

Paciente		Episodio		
Nombre:	RAFAELA	Hospital:	H. PROVINCIAL	<input type="checkbox"/> Seleccionar Todo
Apellido 1°:	SALVADOR	Unidad:	7ª PLANTA	<input type="checkbox"/> VI, VP, PC, ICC y ER
Apellido 2°:	NAVARRO	Cama:	4704A	<input type="checkbox"/> PC e ICC
				<input type="checkbox"/> Valoraciones Posteriores
				<input type="checkbox"/> Cuestionarios de Valoración
				<input type="checkbox"/> Úlceras por Presión
				<input type="checkbox"/> Hojas de observaciones
				<input type="checkbox"/> Constantes

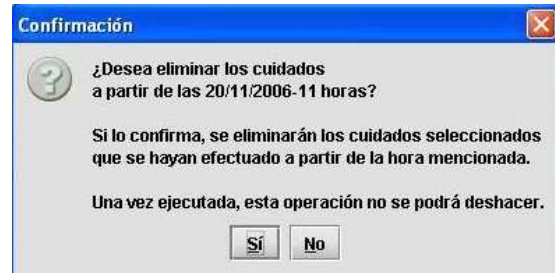
(Figura 11.2)

Si se accede desde el Mapa de cuidados de un paciente, la aplicación completa los campos: NHC, Paciente y Episodio. Esta ventana permite dos opciones:

- Desfirmar Informe de Continuidad de Cuidados (IA) y Valoración Inicial, aparecen activos solo si se han firmado con anterioridad.
- Eliminar cuidados: se selecciona el ítem a eliminar y se clica “eliminar cuidados” (solamente podemos eliminar los ítems resaltados en negrita). A continuación se abre otra ventana en la que se selecciona la hora a partir de la cual se quieren eliminar los cuidados y las funciones “Aceptar” y “Cancelar” (Figura 11.3). Finalmente se confirma la orden en la ventana que aparece de Confirmación (Figura 11.4)



(Figura 11.3)



(Figura 11.4)

12. VER ESTADÍSTICAS BÁSICAS

A esta opción tendrán acceso tanto la supervisora como las enfermeras. Da información estadística personal del usuario que haya accedido a la aplicación.

Se seleccionará un rango de fechas para ver los datos estadísticos.

En el ámbito aparecerán todas las unidades del hospital con azahar, aunque sólo aparecerán datos en las unidades en las que ese profesional haya trabajado en esas fechas.

Los resultados aparecerán divididos en diferentes pestañas por meses completos. La última pestaña corresponderá a todo el periodo. Conforme se tique para ver cada pestaña pasará de tener un aspa roja a un tic verde, que significará que los datos están calculados para ese mes.

Cada número corresponderá a un valor calculado, el cual su significado viene definido en el recuadro de abajo. (Figura 12.1)

X 01/03/2011-00 - 01/04/2011-00		X 01/04/2011-00 - 01/05/2011-00		X 01/05/2011-00 - 01/06/2011-00		v 01/03/2011-00 - 01/06/2011-00																			
Ámbito	Usuario	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
1ª Derecha	Guadalupe Umbria Cañada	0	0	0	17	27	14	1	1	1	1	9	18	8	6	16	81	7	9	0	0	16	97	9	4
1ª Izquierda	Guadalupe Umbria Cañada	0	0	0	6	6	5	1	1	1	1	6	7	4	5	5	13	2	3	0	0	16	97	6	4
2ª Derecha	Guadalupe Umbria Cañada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	97	0	0
2ª Izquierda	Guadalupe Umbria Cañada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	97	0	0
3ª Derecha	Guadalupe Umbria Cañada	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0	0	16	97	0	0
3ª Izquierda	Guadalupe Umbria Cañada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	97	0	0
4ª Derecha	Guadalupe Umbria Cañada	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	97	0	0
4ª Izquierda	Guadalupe Umbria Cañada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	97	0	0
Alergología	Guadalupe Umbria Cañada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	97	0	0
Cuidados Críticos	Guadalupe Umbria Cañada	0	0	0	2	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	16	97	2	0
H. Día	Guadalupe Umbria Cañada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	97	0	0
Partorio	Guadalupe Umbria Cañada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	97	0	0
Quirófanos 2ª	Guadalupe Umbria Cañada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	97	0	0
URPA	Guadalupe Umbria Cañada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	97	0	0
Área Quirúrgica	Guadalupe Umbria Cañada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	97	0	0

Nombre	Descripción
Ámbito	Ámbito consultado
Usuario	Nombre del Profesional según formato <nombre y apellidos>
1	Nº Episodios con Valoración Inicial firmada (formato antiguo)
2	Nº Episodios con Valoración Posterior firmada (formato antiguo)
3	Nº Valoraciones Posteriores firmadas (formato antiguo)
4	Nº Episodios con Valoración Inicial

Mostrar Descripción

(Figura 12.1)

Tendrá la opción de “mostrar descripción” o en su defecto destacar el check, de esta forma sólo aparecerán los datos sin la descripción de cada número. (Figura 12.2)

Para modificar la fecha de inicio y fin únicamente habrá que tique en “cambiar fechas” y seleccionar en el calendario que aparecen las fechas que se quieran ver los resultados. (Figura 12.3)

		X 01/02/2011-00 - 01/03/2011-00			X 01/03/2011-00 - 01/04/2011-00			X 01/04/2011-00 - 01/05/2011-00			✓ 01/02/2011-13 - 01/05/2011-00														
Ámbito	Usuario	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
1ª Derecha	Guadalupe Umbria Cañada	0	0	0	7	26	6	1	1	1	1	3	3	2	4	2	5	1	1	0	0	8	51	1	0
1ª Izquierda	Guadalupe Umbria Cañada	0	0	0	2	2	2	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	8	51	4	3
2ª Derecha	Guadalupe Umbria Cañada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	51	0	0
2ª Izquierda	Guadalupe Umbria Cañada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	51	0	0
3ª Derecha	Guadalupe Umbria Cañada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	51	0	0
3ª Izquierda	Guadalupe Umbria Cañada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	51	0	0
4ª Derecha	Guadalupe Umbria Cañada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	51	0	0
4ª Izquierda	Guadalupe Umbria Cañada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	51	0	0
Alergología	Guadalupe Umbria Cañada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	51	0	0
Cuidados Críticos	Guadalupe Umbria Cañada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	51	0	0
H. Día	Guadalupe Umbria Cañada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	51	0	0
Partitorio	Guadalupe Umbria Cañada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	51	0	0
Quirófanos 2ª	Guadalupe Umbria Cañada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	51	0	0
URPA	Guadalupe Umbria Cañada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	51	0	0
Área Quirúrgica	Guadalupe Umbria Cañada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	51	0	0

Mostrar Descripción

(Figura 12.2)

Seleccionar Fecha ✕

Fecha de Inicio (Incluida): 01/03/2011

Fecha de Fin (Excluida): 01/06/2011

(Figura 12.3)

13. CLAVE DE ACCESO

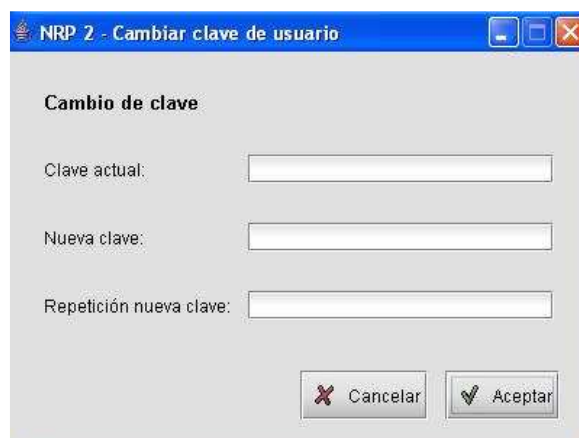
La aplicación nos da la posibilidad de cambiar nuestra clave de acceso

Desde el Menú principal se accede al botón “Clave de acceso” (Figura 12.1).



(Figura 12.1)

Aparece la ventana “Cambiar clave de usuario” (Figura 12.2), donde nos pide los datos de la clave actual y la introducción de la nueva clave. Al aceptar, la clave de usuario queda modificada.



(Figura 12.2)