



MINISTERIO  
DE SALUD

**Lineamientos técnicos para la aplicación del  
Proceso de atención de enfermería en el continuo  
del cuidado en las Redes integrales e integradas de  
salud**



MINISTERIO  
DE SALUD

**Lineamientos técnicos para la aplicación del Proceso de  
atención de enfermería en el continuo del cuidado en  
las Redes integrales e integradas de salud**

**San Salvador, El Salvador, diciembre de 2019**

2019 Ministerio de Salud



Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o formato, siempre que se cite la fuente y que no sea para la venta u otro fin de carácter comercial. Debe dar crédito de manera adecuada. Puede hacerlo en cualquier formato razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen apoyo de la licencia.

La documentación oficial del Ministerio de Salud, puede Consultarse en el Centro de Documentación Virtual en: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>

Edición:

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Ilustraciones o imagenes

Unidad Nacional de Enfermería

Impresión:

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Ministerio de Salud

Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 2591 7000

Página oficial: <http://www.salud.gob.sv>

## **Autoridades**

**Dra. Ana del Carmen Orellana Bendek**  
**Ministra de Salud**

**Dr. Carlos Gabriel Alvarenga Cardoza**  
**Viceministro de Gestión y Desarrollo en Salud**

**Dr. Francisco José Alabí Montoya**  
**Viceministro de Operaciones en Salud**

### Equipo técnico

Participante	Dependencia/Establecimiento
Msp. Vilma Elena Martínez	Jefa en funciones Unidad Nacional de Enfermería,
Mg. Julia Dolores Guadrón Flores	Unidad Nacional de Enfermería.
Msp. Carmen Elena Moreno	Colaborador Técnico de Enfermería Dirección de Regulación

### Comité Nacional Proceso de Atención de Enfermería

Participante	Dependencia/Establecimiento
Licda. María Salome Palacios Rivera	Enfermera Jefa Departamento Enfermería Hospital Nacional Enf “Angélica Vidal de Najarro” San Bartolo
Licda. Ana Miriam Peñate Flores	Enfermera Supervisora Hospital Nacional San Juan de Dios Santa Ana
Licda. Ana Patricia Soriano de Hernández	Enfermera Jefe de Unidad Hospital Nacional Dr. Jose Antonio Saldaña
Licda. Dina Repreza de Murcia	Enfermera Jefe de Unidad Hospital Nacional Benjamin Bloom
Licda. Saraí Acevedo	Enfermera Jefe de Unidad Hospital Nacional Enf “Angélica Vidal de Najarro” San Bartolo
Licda. Martha Matilde Linares Anaya	Enfermera Hospitalaria Hospital Nacional San Juan de Dios Santa Ana
Lic Carlos Alfredo Solís Flores	Enfermero Docente

### Comité consultivo

Participante	Dependencia/ Establecimiento
Angela Liseth Grande	Enfermera Jefe de Unidad Hospital Nacional San Bartolo
Manuel de Jesús Díaz	Enfermero supervisor hospitalario Hospital Nacional de Ilobasco
Ana Gladis Beltrán de Cuellar	Enfermera supervisora Hospital Nacional de la Mujer Dra.- María Isabel Rodríguez
Maritza del Carmen Aguilar	Enfermera Jefe de Unidad Hospital Nacional Dr. José Antonio Saldaña
José Alfredo Carillo	Enfermera Jefe de Unidad Hospital Nacional Dr. José Antonio Saldaña
Teresa Margarita Valle	Enfermera supervisora Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
Ana Isabel Rauda	Sub Jefa de enfermería Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
Patricia Peña de Ibañez	Enfermera supervisora Hospital Nacional Rosales
María del Carmen Melendez de Crespo	Enfermera supervisora Hospital Nacional Rosales
Eda Yanira Cruz Campos	Enfermera supervisora Hospital Nacional Rosales
Ana Ruth Medrano	Enfermera Jefa de Unidad Hospital Nacional de medicina y Psiquiatría
Aracely Linares de Cornejo	Enfermera supervisora Hospital San Juan de Dios Santa Ana

## Comité consultivo

Participante	Dependencia/ Establecimiento
Liseth Esmeralda de Moran	Enfermera jefe de Unidad Hospital Nacional Zacamil
Lidia Maritza Chávez	Enfermera hospitalaria Hospital Nacional Zacamil
Melania del Carmen Miranda	Enfermera hospitalaria Hospital Nacional de Sensuntepeque
Marta del Transito Campos	Enfermera hospitalaria Hospital San Juan de Dios Santa Ana
María Ofelia delgado	Enfermera supervisora Hospital Nacional Zacamil
Juan Carlos Reyes	Enfermero jefe de unidad Hospital Nacional de Sensuntepeque
Catalina Álvarez de Carranza	Enfermera jefa de unidad Hospital Nacional de la Mujer Dra.- María Isabel Rodríguez
Roxana Quiteño	Enfermera hospitalaria Hospital Nacional de la Mujer Dra.- María Isabel Rodríguez
Ena Guadalupe Vásquez de Sintigo	Enfermera supervisora Hospital Nacional Francisco Menéndez Ahuachapán
Ana Cecilia de Sandoval	Enfermera jefe de unidad Hospital Nacional Francisco Menéndez Ahuachapán
Iris Guadalupe Gómez	Enfermera supervisora Hospital Nacional de Nueva Concepción
María de los Ángeles Ortez	Enfermera hospitalaria Hospital Nacional de Nueva Concepción
Silvia Tejada Rodríguez	Enfermera hospitalaria Hospital Nacional de Metapán
Yesenia Magaly Campos León	Enfermera hospitalaria Hospital Nacional de Metapán
Yanira E. Galdámez	Enfermera hospitalaria Hospital Nacional de Metapán
Ana Patricia Serpas	Sub jefa Hospital Nacional de Sonsonate
Roxana Galdámez Roble	Enfermera Hospitalaria Hospital Nacional de Ciudad Barrios
María Escolástica Urbina	Enfermera supervisora Hospital san Juan de Dios de San Miguel
María Yanira Cañas	Enfermera jefe de unidad Hospital Nacional Santa Gertrudis San Vicente
Sandra Marina Luna de Hernández	Enfermera coordinadora Regional Región Oriental de Salud
Glenda Ruth Hernández	Enfermera Comunitaria UCSF de Olocuilta
Magdalena Baches	Enfermera Región Central
Patricia del Carmen de Hernández	Enfermera supervisora local UCSF Ahuachapán
Lindana Morena Azenon	Enfermera comunitaria UCSF Dr Aguilar Rivas
Karen Yamileth Lemus	Enfermera comunitaria UCSF la Posa
Morena Sarai Abarca	SIBASI Chalatenango
Roxana de Contreras	Enfermera Supervisora Local UCSF Casa del Niño
María Victoria Martínez	SIBASI Sonsonate
Mirna Esquivel de Roque	Región Oriental
Silvia Estela de Díaz	SIBASI San Miguel

## Índice

	<b>Contenido</b>	<b>Pág.</b>
	Introducción	8
I.	Base legal	9
II.	Objetivos	9
III.	Ámbito de aplicación	10
IV.	Marco conceptual	10
V.	Desarrollo del contenido Técnico	18
	A Responsabilidades relacionadas a la aplicación del PAE, por nivel de gestión	18
	B Metodología para la aplicación del PAE	20
	C Pasos para aplicación del PAE por etapas	21
	D Continuo del cuidado	26
VI.	Disposiciones finales	28
VII.	Vigencia	28
	Referencias bibliográficas	29
	Anexos	30

## Introducción

La Unidad Nacional de Enfermería del Ministerio de Salud (MINSAL) responsable de regular, asesorar, conducir, controlar la gestión del cuidado de enfermería y la atención integral en salud para que esta sea de calidad, con calidez, equidad y oportunidad a la familia salvadoreña, impulsa la implementación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), mediante la aplicación de diferentes estrategias, entre ellas: capacitación a enfermeras, provisión de herramientas técnicas y la formación de comités locales que funcionan en los hospitales, Regiones y SIBASI de las redes integrales e integradas de salud.

El PAE permite a enfermería contribuir al modelo de provisión, en el componente fortalecimiento de las redes integradas de salud, del *Plan Cuscatlán*, que en sus atributos establece atención orientada hacia la integralidad centrada en la persona, familia, comunidad y en la continuidad del cuidado a través de las redes cuidados, que contribuya efectivamente a mejorar la calidad de vida; aportando cuidados individualizados en forma racional, lógica y sistemática. Además se impulsa cuidados innovadores en red, a través de la continuidad de cuidados en enfermería con la red de enfermeras de enlace permitiendo optimizar la comunicación entre niveles de atención garantizando la continuidad del cuidado.

Basado en lo anterior se elaboran los presentes *Lineamientos técnicos para la aplicación del Proceso de atención de enfermería en el continuo del cuidado en las redes integrales e integradas de salud* que constituyen una postura que regula el conjunto de medidas para la aplicación de esta herramienta, así como la continuidad del cuidado a través de la referencia de enfermería.

El documento en su estructuración incluye las disposiciones iniciales, un marco conceptual en el que se presentan conocimientos generales sobre el PAE, entre los cuales se encuentran: concepto de cuidado, modelos y teorías en enfermería, etapas del proceso, continuo en la atención, clasificación de usuarios que por su riesgo deben referirse y las responsabilidades del personal de enfermería de acuerdo al cargo que desempeña.



## **I. Base legal**

### **Constitución de la República**

Que de acuerdo a lo prescrito en la Constitución de la República, en su artículo 65, el cual establece que la salud de los habitantes, constituyen un bien público, por lo que el Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento.

### **Código de Salud**

Artículo 40 el Ministerio de Salud (MINSAL), es el responsable de emitir las normas, así como organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la salud.

### **Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo**

Según el art.- 42 numeral 2, del Reglamento, prescribe que el Ministerio de Salud, es el organismo responsable de emitir las normas pertinentes en materia de salud, así como organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la salud; y ordenar las medidas y disposiciones que sean necesarias para resguardar la salud de la población.

### **Política nacional de cuidado enfermería**

Eje temático II: cuidado de enfermería humanizado y de calidad

Objetivo2: Propiciar un cuidado basado en evidencia, que sea integral, continuo, de calidad técnica, segura y humanizada que aporte al mejoramiento de las condiciones de salud y de la calidad de vida de las personas.

Estrategia 2.1: Aseguramiento de los recursos necesarios para un cuidado integral de calidad.

Estrategia 2.2: Aseguramiento del cuidado de enfermería en las instituciones de salud, en correspondencia a las necesidades de la población.

2.2.1. Desarrollar la instrumentación técnico jurídica que sustente la práctica disciplinar.

2.2.2. Proporcionar cuidado de calidad basado en el derecho a la salud y en la aplicación de los instrumentos Técnicos Jurídicos, y el proceso de atención de enfermería en búsqueda del bienestar de la persona, familia y comunidad; tomando en cuenta la determinación social de la salud.

## II. Objetivos

### General:

Proporcionar directrices técnicas para la aplicación del proceso de atención de enfermería en los establecimientos de salud en la RIIS, a fin de contribuir a la mejora de la calidad del cuidado para el mantenimiento de la salud en la persona, familia y comunidad.

### Específicos:

1. Proporcionar las directrices para la elaboración y aplicación del proceso de atención de enfermería en las Unidades comunitarias de salud familiar (UCSF) y hospitales.
2. Establecer las directrices para la aplicación del continuo del cuidado de enfermería a la persona, que por su riesgo requieran atención oportuna e integral en las RIIS.
3. Evaluar los resultados obtenidos de la aplicación del proceso para la identificación de necesidades de reorientación del cuidado.

## III. Ámbito de aplicación

Están sujetos al cumplimiento de los presentes lineamientos, todos los profesionales de enfermería que laboran en los establecimientos de los diferentes niveles de atención que conforman las RIIS.

## IV. Marco conceptual

Para la aplicación de directrices emanadas en este documento se hace necesario enunciar los siguientes términos.

### Cuidado enfermería

Antes de conceptualizar «cuidado de enfermería» es necesario y fundamental reconocer que el cuidado representa el núcleo de su quehacer profesional y que desde el punto de vista disciplinar es el objeto del conocimiento de enfermería.

Cuando se habla de cuidado de enfermería se refiere al conjunto de acciones fundamentadas en la relación interpersonal y en el dominio de lo técnico científico, orientadas a comprender al otro en el entorno en que se desenvuelve. Caracterizado por acciones intencionales, sistematizadas, organizadas, con autonomía basadas en evidencia científica, realizadas con el fin de garantizar que una persona, familia o comunidad con problemas reales o potenciales de salud reciban la atención de enfermería de calidad promoviendo un sentido de protección y seguridad a la persona cuidada.

Modelos y teorías en enfermería

### Modelo de enfermería

Es el conjunto de conceptos sistemáticamente contruidos, científicamente basados y lógicamente estructurados. Un modelo conceptual proporciona un marco de referencia distintivo, individual e integral.

## **Teoría en enfermería**

Una teoría de enfermería es la conceptualización de algunos aspectos de la enfermería expresados con el propósito de describir, explicar, predecir o prescribir un cuidado de enfermería.

Los conceptos contenidos en las teorías y modelos ofrecen al profesional de enfermería una perspectiva para considerar la situación del paciente, una forma de organizar los datos y un método para analizar e interpretar la información.

La Unidad Nacional de Enfermería, con el interés de mejorar el cuidado que se proporciona a las personas de los servicios de salud a inicio de los años 2000 introduce la aplicación del PAE, con los once patrones funcionales de salud de Marjory Gordon en el ciclo de vida de la adultez, la Jerarquización de necesidades básicas según Abraham Maslow en la niñez y la teoría del déficit de autocuidado de Dorotea Orem en el área comunitaria; mediante la aplicación de diferentes estrategias, entre ellas, capacitación, elaboración de documentos regulatorios, formación de comités locales que funcionan en los hospitales, Sistemas básicos de salud (SIBASI) y regiones de salud.

### **A nivel hospitalario**

Para la atención de la población adulta y adolescente hospitalizada se aplican los once patrones funcionales de Marjory Gordon, que fueron creados a mediados de los años 70, agrupados para valorar cada uno de los aspectos de salud del individuo, familia y entorno en forma holística, orientando a la identificación lógica de los diagnósticos de enfermería .

Para la población infantil, se toma como marco de referencia la Jerarquización de necesidades básicas según Abraham Maslow, con el fin de identificar necesidades de asistencia, orientar, definir y priorizar los cuidados de enfermería, además de integrar en el proceso necesidades específicas de la niñez de acuerdo a la etapa de crecimiento y desarrollo en que se encuentran.

### **A nivel comunitario**

En este nivel de atención se utiliza la teoría del déficit de autocuidado de Dorotea Orem, contiene tres teorías relacionadas entre sí las cuales son: el autocuidado, el déficit del autocuidado y los sistemas de enfermería.

Teoría del autocuidado: propone que es una conducta aprendida que los individuos inician y llevan a cabo por sí mismo para conservar la vida, la salud y el bienestar.

Teoría del déficit de autocuidado: existe cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, o sea, cuando la persona no tiene la capacidad y/o no desea emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado.

Teoría de los sistemas: cuando existe el déficit de autocuidado, los enfermeros(as) pueden compensarlo por medio del sistema de enfermería, que puede ser: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. El tipo de sistema define el grado de participación del individuo para ejecutar su autocuidado, regular o rechazar el cuidado terapéutico. Una persona o grupo puede pasar de un sistema de enfermería a otro en cualquier circunstancia, o puede activar varios sistemas al mismo tiempo.

## **Proceso de atención de enfermería**

El PAE es la herramienta técnico científica aplicada en la práctica, que permite prestar cuidados en forma racional, sistemática, individualizada, cubriendo las necesidades del paciente, familia y comunidad, por lo tanto es importante reconocer que con su aplicación se logra la interacción afectiva basada en respeto, empatía, comprensión, tolerancia, comunicación efectiva y oportuna; con lo que se crea una relación terapéutica que contribuye a disminuir el temor, la incertidumbre, la inseguridad, generando bienestar en la persona.

El profesional de enfermería utiliza el PAE para planear cuidados y asegurar un control consistente y responsable de los problemas de la persona, al aplicarlo se convierte en experta/o en el uso de esta herramienta desarrollándoles confianza, satisfacción en el trabajo y crecimiento profesional.

Este proceso consta de cinco etapas las cuales se describen a continuación:

### **Etapas de valoración**

Es el proceso organizado y sistemático de recogida de datos, procedente de distintas fuentes para determinar el estado de salud de una persona. La etapa de valoración incluye pasos los cuales son: recolección, organización, análisis e interpretación de datos.

Comienza con la historia clínica que se realiza a través de entrevistar a la persona, familia, comunidad y revisión de otras fuentes durante la cual se obtienen datos objetivos y subjetivos, utilizando técnicas como la observación y la exploración física.

Los datos subjetivos son los que se recogen con la información proporcionada por la persona, familia y comunidad y se obtienen con la información observable a través de la vista, olfato, oído y tacto, y medibles durante la exploración física.

Para registrar ambos tipos de datos se utilizan instrumentos, los cuales detallan la información recolectada. Al obtener los datos el profesional de enfermería utiliza el conocimiento para procesar la información aportada por la persona, la cual debe ser a profundidad para poder analizar y sintetizar los datos que llevarán a la identificación del problema de salud o diagnósticos de enfermería.

### **Etapas diagnósticas**

Es la etapa dentro del PAE en la cual, el profesional de enfermería diagnostica problemas reales o de riesgo, que en virtud de su formación y experiencia están capacitados y autorizados a tratar, incluye los siguientes pasos: identificación de problemas, establecimiento del diagnóstico y establecimiento de prioridades, estos son los que servirán de base para definir las intervenciones de enfermería que permitan conseguir los resultados esperados.

Los diagnósticos de enfermería se crearon desde los años 60, la asociación de enfermeras norteamericanas (ANA) adopta los diagnósticos de enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) como el sistema oficial de diagnósticos para la disciplina profesional, los cuales cuentan con una definición de cada uno de ellos, unas características definitorias y unos factores relacionados; además de contar con una nomenclatura válida nacional e internacionalmente sobre las intervenciones y los resultados esperados en enfermería que sirven de guía para los cuidados.

### **Etapas de planificación**

En esta etapa se procede a la planeación de los cuidados de enfermería que dan respuesta a los problemas identificados en la etapa anterior y que conducen a la prevención, reducción, eliminación y el deseo de aumentar el bienestar o actualizar el potencial de salud humano.

Incluye los siguientes pasos: definir las prioridades en los cuidados, formular los resultados esperados con sus indicadores, seleccionar las intervenciones y actividades del cuidado de enfermería.

Las intervenciones y actividades de cuidado, son individuales y específicas, cada una de ellas incluye varias actividades y estas pueden ser:

**Independientes:** son acciones autónomas basadas en el conocimiento y la experticia del profesional en enfermería que no necesitan la indicación de otro profesional de la salud.

**Dependientes:** son las actividades ejecutadas con base a normas y protocolos o prescripciones indicadas por escrito, debidamente firmadas y selladas por un profesional de salud.

**Interdependientes:** son las actividades que el personal de enfermería lleva a cabo en coordinación con otros miembros del equipo de salud.

### **Etapas de ejecución**

Es llevar a la práctica el plan de cuidados. Se realizarán todas las intervenciones de enfermería dirigidas a la resolución de problemas y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

En esta etapa el profesional de enfermería debe pensar y reflexionar sobre lo que está haciendo y consiste en la realización de las actividades para prevenir, resolver y controlar los problemas, incluye preparación, intervención y documentación, para ello es necesario:

**Delegar:** es el traspaso de las funciones manteniendo la responsabilidad legal de la misma para la realización de las actividades.

Delegar en enfermería implica cuatro puntos claves:

- La tarea correcta, hacia una persona que desempeña funciones similares
- A la persona correcta
- A través de la comunicación correcta
- Realizando la evaluación correcta.

**Realizar:** es ejecutar el plan de cuidados en forma satisfactoria, se requieren habilidades cognitivas, interpersonales y técnicas, que se implementan de manera simultánea; a continuación se hace referencia a algunos comportamientos que están incluidos en dichas habilidades.

- Habilidades cognitivas, incluye: solución de problemas, toma de decisiones, razonamiento y pensamiento crítico.
- Habilidades interpersonales: comunicación, afecto, sensibilidad, saber escuchar, demostración del interés por ayudar.
- Habilidades técnicas: administrar medicamentos, movilización del paciente, bañar en cama, alimentación, entre otros.

**Registrar:** es realizar un registro del cuidado, consignándose toda la información relativa a una persona y resumir todos los procesos a que ha sido sometido, tanto para constatar su actuación, como para facilitar el posible seguimiento por parte de otros colegas, entre los tipos de registros, destacan los siguientes registros de notas de enfermería.

Tipos de registros de notas enfermería.

- Sistema orientado a problema
- Sistema de registro sobre un área de interés específica.

### **Sistema orientado a problema SOAPIE:**

Es un método sistemático para el registro e interpretación de los problemas y necesidades de la persona en el que incorpora las etapas del proceso de enfermería al registro diario que se enfoca a problemas. Así como observaciones, intervenciones y evaluaciones que realiza el personal de enfermería.

La sigla SOAPIE corresponde a los siguientes contenidos:

**S:** Datos subjetivos

**O:** Datos objetivos,

**A:** Registro del diagnóstico de enfermería.

**P:** Plan de atención, se registra el resultado de la planificación, comprende lo que enfermería planifica hacer.

**I:** Se registra las intervenciones realizada en la persona, familia o comunidad.

**E:** Evaluación de los resultados esperados, se evalúa la eficacia de la intervención con base a puntuación inicial y esperada de los indicadores.

Sistema de registro con un área de interés específico.

Es el método que permite identificar, registrar, organizar y evaluar las intervenciones de enfermería descritas en el plan de cuidados la cual contiene los siguientes elementos.

**D:** Datos subjetivos y objetivos

**A:** Acción es la intervención de enfermería que se ha ejecutado

**R:** Respuestas de la persona a las intervenciones.

En este sistema las notas constan de dos partes, una de foco de interés y otra la nota de progreso. El número de notas de progreso dependerán de la condición del paciente (continuidad del cuidado).

La ausencia de registros de los cuidados que se brindan a una persona, puede entenderse como una falta legal, ética y profesional, que pone en duda si el profesional de enfermería está asumiendo o no la responsabilidad de sus intervenciones como también de todas las decisiones que a nivel individual debe tomar en el ejercicio de su profesión.

### **Etapas de evaluación**

Es la última etapa del proceso y se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud de la persona y los resultados esperados tomando en cuenta la medición de los indicadores.

Existen tres tipos de evaluación de acuerdo al momento en que se realiza:

Evaluación continua: se debe realizar durante o inmediatamente después de una intervención ejecutada y permite realizar modificaciones puntuales en dicha intervención. También puede hacerse en cada turno las veces que la persona regrese al establecimiento y se le haga seguimiento comunitario.

Evaluación intermitente: es la que se realiza a intervalos determinados, ejemplo, una vez a la semana. Permite modificar el plan de cuidados en función de las necesidades de la persona.

Evaluación final: indica el estado de la persona en el momento de resolver un problema, ya sea que se encuentre hospitalizado o atención ambulatoria, también si es dado de alta incluye la consecución de objetivos, la evaluación de la capacidad del paciente para auto cuidarse y la necesidad del continuo de las intervenciones en el primer nivel.

Entre las diferentes técnicas para llevar a cabo los tipos de evaluación se destaca para fines del PAE, las discusiones de caso, a continuación en qué consisten.

### **Discusiones de caso**

Es la técnica utilizada para garantizar la continuidad de la ejecución de los planes de cuidados y la evaluación de los resultados en el estado de salud de la persona, es la discusión de caso clínico, que consiste como su nombre lo dice, en la discusión conjunta entre miembros del equipo de enfermería, destinada a analizar el plan de cuidados en ejecución, con finalidad analítica, evaluativa, reflexiva y de continuidad de las intervenciones, tanto en el área hospitalaria, como en primer nivel de atención.

Esta técnica posee una serie de objetivos, entre los que se mencionan:

- Analizar y evaluar la atención prestada.
- Consensuar planes de cuidados.
- Compartir experiencias enriquecedoras para los demás, sobre los planes de cuidados de determinadas personas.
- Modificar actuaciones del plan de cuidados y darles continuidad.
- Aumentar los conocimientos de los participantes de la discusión.
- Identificar nuevos diagnósticos y necesidades de la persona.

### **Continuo del cuidado**

Con el fin de dar seguimiento al cuidado proporcionado a las personas en el ambiente hospitalario, desde el año 2014 se impulsó la red del continuo del cuidado, constituyéndose en una estrategia de mejora en la cobertura de la atención a las personas en el curso de vida y que transitan entre el nivel comunitario y el nivel hospitalario durante el proceso salud enfermedad, lo que contribuye a reducir el número de reingresos, costos hospitalarios, mejorar la adherencia terapéutica, la calidad de vida y por ende la satisfacción por el cuidado recibido.

Con el fin de sistematizar dicha estrategia, en el presente documento se definen la Red de enfermeras/os de enlace como las responsables de garantizar la información y seguimiento integral entre los diferentes niveles de atención de la persona y familia que por el riesgo y/o necesidades de salud requieren continuidad del cuidado, perfilando a su vez nuevos roles para los profesionales de enfermería, los cuales se describen a continuación:

- Enfermera/o gestora de cuidado: persona que provee el cuidado y valora la necesidad de referir a la persona que lo requiere, para la continuidad del cuidado.
- Enfermera/o de enlace hospitalario: persona encargada de notificar a la enfermera de enlace de primer nivel, y dar seguimiento a la continuidad del cuidado.

- Enfermera de enlace comunitario: persona responsable de garantizar la información oportuna hasta el nivel operativo de las referencias, dar seguimiento e informar los resultados del continuo del cuidado.

Esta red de profesionales planifican la transición por los diferentes niveles de atención utilizando el PAE y la referencia del continuo del cuidado de enfermería, constituyéndose en la red de coordinación necesaria de cuidados conjuntos que las personas necesitan para la atención continuada por profesionales del primer nivel de atención o seguimiento comunitario.

La persona que recibe cuidado a través del PAE, al ser dado de alta para retornar a su ambiente familiar, se le considera candidato potencial para recibir acciones de seguimiento en el primer nivel de atención, a manera de contribuir a la solución de problemas relacionados con su salud bajo los criterios de continuidad, oportunidad e integralidad. Para lograr esto es indispensable que el profesional de enfermería aplique a su vez los *Lineamientos técnicos para la referencia, retorno e interconsulta en las RIIS*.

### **Marco de aplicación del proceso atención de enfermería en los servicios de hospitalización y UCSF.**

Es importante recordar que la naturaleza del trabajo de enfermería es proveer cuidado integral a la persona, en el hospital, en la UCSF y en la comunidad aplicando el PAE, con base a las respuestas humanas ante el proceso salud enfermedad; de esta forma, para pensar y aplicar dicho proceso, se hacen necesarios requerimientos previos del profesional de enfermería como:

**Conocimientos:** son las bases teóricas de la enfermería, de las ciencias básicas y de conducta que permitan hacer la valoración de salud integral del individuo, familia y comunidad.

**Habilidades:** el concepto de *habilidad* proviene del término latino *habilitas* y *hace referencia a la maña, el talento, la pericia o la aptitud para desarrollar alguna tarea*. Para efectos de aplicación del PAE se necesitan habilidades procedimentales, conductuales, actitudinales e interpersonales, que se crean y fortalecen en el proceso formativo de la disciplina profesional.

**Razonamiento crítico:** pensamiento basado en la razón lógica y no en prejuicios personales, reflexivo, tomando tiempo para recoger información y meditar sopesando los hechos y las pruebas.

Actualmente por las características de la demanda de los servicios en los hospitales y UCSF no ha sido posible que con todas las personas que se atiendan pueda aplicarse el PAE y llevar un registro exacto de todas sus etapas, pero si ha motivado a revisar formas de llevarlo a la práctica responsablemente; priorizando a las personas que con urgencia lo ameriten por presentar factores de riesgos que pueden causar daño lesión o muerte y las categorías de dependencia del cuidado de la persona, de manera que exista aplicación permanente del mismo en todas las áreas donde se proporcionan cuidados de enfermería.



## **V. Contenido técnico**

Para facilitar la aplicación del PAE en los diferentes establecimientos, se presentan las siguientes directrices a tomar en cuenta.

### **A. Responsabilidades relacionadas a la aplicación del PAE, por nivel de gestión**

#### **Nivel Superior**

##### **Unidad Nacional de Enfermería**

Regular, conducir y asesorar la aplicación del proceso de atención de enfermería (PAE) en los establecimientos de salud a nivel nacional, para lo cual debe:

1. Elaborar o actualizar los documentos normativos necesarios para la aplicación.
2. Capacitar para la aplicación del PAE, según modelo estandarizado.
3. Asesorar la articulación de las RIIS en la continuidad del cuidado a través de la aplicación del PAE y referencia de enfermería.
4. Definir y actualizar estándares e indicadores para el monitoreo, supervisión y evaluación de la aplicación del PAE.
5. Monitorear y supervisar la aplicación del PAE por el personal de enfermería.
6. Evaluar los resultados de la aplicación del PAE.
7. Asesorar la gerencia del cuidado de enfermería a partir de los resultados de valoración de la aplicación del PAE.
8. Conducir y asesorar el funcionamiento de comités del PAE en los diferentes niveles de la red: Nacional, Regional, Hospitales y SIBASI.

#### **Nivel Regional**

1. Participar en la elaboración o actualización de documentación regulatoria sobre el PAE.
2. Capacitar para la aplicación del PAE según modelo estandarizado, al personal de SIBASI y UCSF bajo su responsabilidad.
3. Asegurar que el PAE se aplique en forma permanente en los establecimientos de atención de la RIIS que le corresponde.
4. Monitorear y supervisar la aplicación del PAE por el personal de enfermería, en los establecimientos bajo su responsabilidad.
5. Realizar monitoreo al cumplimiento de medición de estándares de calidad, relacionados a elaboración del PAE mensualmente.
6. Enviar informe de monitoreo de estándares, en forma mensual a Unidad Nacional de Enfermería.
7. Mantener y dar seguimiento al funcionamiento de los comités de PAE en los SIBASI que le correspondan.
8. Evaluar los resultados del trabajo de los comités de nivel local, bajo su responsabilidad.
9. Coordinar la articulación de las RIIS en la continuidad del cuidado a través de la aplicación del PAE y referencia de enfermería.

## **Nivel Local**

### **SIBASI**

1. Participar en la elaboración o actualización de documentación regulatoria sobre el PAE.
2. Asegurar que el proceso de enfermería se aplique en forma permanente en las distintas UCSF de su responsabilidad.
3. Realizar capacitación para la aplicación del PAE según modelo estandarizado al personal de sus UCSF.
4. Realizar monitoreo y supervisión de la aplicación del PAE por el personal de enfermería de sus UCSF.
5. Realizar monitoreo al cumplimiento de medición de estándares de la calidad de elaboración del PAE en sus UCSF, mensualmente.
6. Consolidar y analizar los estándares de la calidad de elaboración del PAE mensualmente.
7. Enviar informe de monitoreo de estándares, mensual a región de salud correspondiente.
8. Gestionar equipos e insumos necesarios para la ejecución del cuidado de enfermería.
9. Dar seguimiento al funcionamiento del comité local del PAE.
10. Dar seguimiento al continuo del cuidado en la RIIS.

### **Departamentos de enfermería/División de enfermería hospitalarios**

1. Participar en la elaboración o actualización de documentación regulatoria del PAE.
2. Asegurar que el PAE se aplique en forma permanente en las distintas Unidades/servicios hospitalarios, que le corresponden.
3. Realizar capacitación para la aplicación del PAE según modelo estandarizado, al personal de enfermería bajo su responsabilidad.
4. Realizar monitoreo, supervisión y asesoría de la aplicación del PAE por el personal de enfermería, según necesidad.
5. Realizar monitoreo al cumplimiento de medición de estándares de la calidad del PAE mensualmente de las diferentes Unidades/servicios hospitalarios bajo su responsabilidad.
6. Consolidar, registrar y analizar el estándar 26: “ los pacientes hospitalizados en los establecimientos de II y III nivel del MINSAL recibirán atención con calidad técnica, accesibilidad y satisfacción indicador “Porcentaje de pacientes a quienes se les aplica PAE”.
7. Consolidar, registrar y analizar el estándar 29 “Calidad de atención y trato humanizado, indicador 29.1 porcentaje de pacientes a quienes se les aplica PAE con criterios de calidad mensualmente.
8. Enviar informe de monitoreo de estándar e indicador mensual a Unidad Nacional de Enfermería.
9. Gestionar equipos e insumos necesarios para la ejecución del cuidado de enfermería.
10. Dar seguimiento al funcionamiento del comité local y evaluación de los resultados de la aplicación del PAE.
11. Monitorear y supervisar el cumplimiento del continuo del cuidado.

### **Unidades comunitarias / Servicios y unidades hospitalarias**

1. Capacitar para la aplicación del PAE según modelo estandarizado.
2. Aplicar el PAE con criterios de riesgo y según capacidad instalada.

3. Realizar monitoreo y supervisión de la aplicación del PAE por profesional de enfermería.
4. Consolidar y analizar la medición de estándar de la calidad de elaboración del PAE, según detalle:
  - Estándar 26 indicador “Porcentaje de pacientes a quienes se les aplica PAE”, en los servicios hospitalarios.
  - Estándar 29 “Calidad de atención y trato humanizado, indicador 29.1 porcentaje de pacientes a quienes se les aplica PAE con criterios de calidad.
  - Para área hospitalaria ambos estándares, para UCSF solo estándar 29.
5. Enviar informe de estándar e indicador mensual al departamento de Enfermería en caso de hospitales y al SIBASI, en caso de UCSF.
6. Registrar e informar el número de PAE aplicados, referencias para el continuo del cuidado y seguimiento en el tabulador diario de visita domiciliar y atenciones de enfermería.

## **B. Metodología para la aplicación del PAE**

### **Generalidades**

#### **Área hospitalaria**

1. Recibir el servicio/unidad por ronda, haciendo el mapeo de situación de las personas ingresadas, identificando los que necesitan aplicación del PAE. Ver anexo 1.
2. Priorizar a las personas que se les aplicará PAE, para lo cual la/el enfermera/o, debe hacerlo con base a sus conocimientos, habilidades, y razonamiento crítico tomando en cuenta los siguientes criterios:
  - Necesidades de cuidado de la persona
  - Factores de riesgo
  - Grado de dependencia de cuidado.

#### **Área comunitaria**

1. Realizar la selección de personas que demandan en las UCSF atenciones preventivas o curativas, identificando las personas que ameritan ser priorizadas para aplicación de PAE para lo cual la enfermera(o) comunitaria/o debe hacerlo aplicando sus conocimientos, habilidades, y razonamiento crítico y tomando en cuenta los siguientes criterios:

En el establecimiento:

- Factores de riesgo físicos, social
- Necesidades de cuidado de la persona.
- Déficit de autocuidado

En la comunidad:

- Necesidades de cuidado de la persona en el hogar y la comunidad
- Déficit de autocuidado
- Factores de riesgo, físicos, ambientales y sociales.

2. Aplicar las etapas del PAE según el modelo o teoría establecida por nivel de atención a toda persona que consulta o Ingresa UCSF u hospital de la RIIS, en la visita domiciliar según criterios antes mencionados.

## **C. Pasos para aplicación del PAE por etapas**

### **C.1 Etapa de valoración generalidades**

1. Realizar la valoración sobre el estado de salud de la persona para la aplicación del PAE, utilizando la técnica de observación, anamnesis y examen físico, utilizando los formularios descritos en anexos 2, 3 y 4..
2. Realizar la obtención de los datos directamente de la persona e indirectamente de familiares, procedentes de informes de otros proveedores de cuidados y de la historia clínica.

### **Recolección de datos**

#### **Área hospitalaria**

1. Realizar la valoración, tomando en cuenta la especificación del servicio y la condición de la persona, debe hacerse de acuerdo a:
  - Valoración global: llenado completo del formulario.
  - Valoración focalizada: en la cual llenara el formulario por patrones o necesidades interferidas que requieran Intervenciones inmediatas en un primer momento y completar la información en no más de 48 horas.

#### **Área comunitaria**

1. Realizar la valoración focalizada, centrada en conocer aspectos específicos del problema, fundamentados en los requisitos universales de autocuidado, del desarrollo y desviación de la salud, lo cual describirá en el formato del PAE comunitario, ver anexo 5.

### **Organización y análisis de datos**

1. Realizar análisis e interpretación de los datos por patrones, necesidades o requisitos interferidos para llegar a la identificación de etiquetas diagnósticas de enfermería.
2. Listar las etiquetas diagnosticas identificadas, de la valoración.

### **C.2 Etapa diagnóstica**

Cuando se ha finalizado de revisar los datos que conoce sobre la persona seleccionada, y se han identificado las etiquetas diagnosticas proceda a lo siguiente:

## 1. Establecimiento de prioridades

Realizar la priorización de los diagnósticos de enfermería de acuerdo al conocimiento y experiencia de la enfermera/o.

Tomar en cuenta los siguientes aspectos para la priorización del diagnóstico:

- Qué problemas necesitan atención inmediata y cuales pueden esperar
- Los problemas que se pueden tratar aplicando planes de cuidado protocolizados o estandarizados.

## 2. Estructuración del diagnóstico de enfermería

- Construir el diagnostico utilizando el formato PES, si es real incluye:  
Problema de salud o etiqueta relacionado con (r/c) o factores relacionados y evidenciado por (e/p)  
Sintomatología o características definitorias.

Ejemplo

(P) Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C (E) mucosidad excesiva E/P (S) alteración de la frecuencia respiratoria

Si el diagnóstico es de riesgo incluye Problema o etiqueta relacionado con(r/c) Etiología o factores relacionados.

Ejemplo:

(P) Riesgo de alteración de la diada materno fetal r/c (E) compromiso fetal de oxígeno a causa de convulsiones.

## C.3 Etapa de planificación

- Después de recolectar los datos del paciente, organizarlos y estructurar los diagnósticos de enfermería, iniciará la fase de planificación; y es en este momento, en que se elabora el plan de cuidados de enfermería, que permitirá ayudar, solucionar, disminuir o reducir el efecto de los problemas de la persona. Anexo 6 y7.

### Estructuración del plan de cuidados

- Registrar en el plan de cuidados, el diagnóstico de enfermería estructurado, los resultados esperados y las intervenciones de enfermería, en ese sentido los elementos que requiere aplicar son:
- Establecer los resultados de enfermería, realizando los siguientes pasos:
  - Elegir el resultado que considere más adecuado en cada caso, y para ello debe tener en cuenta: el diagnóstico de enfermería, la definición y los factores relacionados, las características de cada persona: factores cognitivos, creencias, procesos psicológicos, edad, sexo, nivel educativo enfermedades o situaciones relacionadas con la salud, recursos disponibles.
  - Seleccionar los indicadores del resultado que permitan medir la condición de mejora de la persona, con la utilización de escalas de medición.
  - Debe evaluar los indicadores globalmente con la escala de medición definida.

- Debe definir la puntuación basal del resultado “antes de las intervenciones” tomando en cuenta la frecuencia de las puntuaciones de los indicadores o las puntuaciones bajas de 1 o 2, lo cual indica mayor afectación de la salud de la persona.
- Después de puntuar a la persona sobre el resultado seleccionado, se determina la puntuación deseada, a obtener una vez desarrolladas las intervenciones de enfermería lo que le permitirá evaluar cambios en el estado de salud de la persona.
- Determinar el tiempo en el cual espera lograr los resultados, tomando en cuenta la puntuación basal y la deseada con el grado comprometido de la salud de la persona.
- Determinar las intervenciones de enfermería de la taxonomía NIC realizando los siguientes pasos:
  - Elegir las intervenciones que considere más apropiadas en cada caso, y para ello debe tener en cuenta: el diagnóstico de enfermería, la definición y los factores relacionados, los resultados de enfermería seleccionados, la aceptación de la persona a la intervención seleccionada.
  - Una vez elegida la intervención, la enfermera/o seleccionara las actividades a ejecutar.
  - Elegir del listado de actividades que existen en cada intervención, las más adecuadas para contribuir al cuidado de la persona, además si lo considera pertinente puede posteriormente agregar otras actividades al plan.

#### **C. 4 Etapa de ejecución**

- Ejecución del plan por enfermeras(os), auxiliares de enfermería de cada servicio, según corresponda.

#### **Área Hospitalaria:**

1. Recibir el o los pacientes con expediente por enfermera(o) jefe de unidad o responsable del turno, revisando los planes de cuidados, notas de enfermería y condición de la persona.
2. Realizar rondas de monitoreo por la enfermera(o) supervisora y jefe de unidad, para constatar el cumplimiento de los cuidados planificados.
3. Ejecutar las intervenciones planificadas por la enfermera/o al que se asigne la persona con PAE elaborado, de acuerdo a las necesidades identificadas, de forma continua durante los diferentes turnos definidos en cada establecimiento.
4. Registrar en formatos de enfermería establecidos, todas las Intervenciones ejecutadas y la evaluación de los resultados en los diferentes turnos.
5. Dar seguimiento a la enseñanza impartida, apoyo brindado y evaluación del aprendizaje proporcionada, cuando se han definido intervenciones educativas la persona.

#### **Área comunitaria**

1. Monitorear y supervisar expediente por enfermera(o) supervisora local, quien es responsable de revisar los planes de cuidados definidos, así como las notas de enfermería.
2. Ejecutar las intervenciones planificadas por la enfermera/o a la persona a la que se le elaboró PAE, de acuerdo a las necesidades identificadas, de forma continua durante la permanencia en establecimiento, en la comunidad por promotor(a) o familia y Ecos Familiares en donde se cuente con éstos.

3. Dar seguimiento a las intervenciones planificadas, de acuerdo a las necesidades de la persona de forma continua hasta la resolución del problema.
4. Registrar en formatos de enfermería establecidos todas las Intervenciones ejecutadas y la evaluación de los resultados.

### **Registro de las intervenciones**

1. Elaborar las notas de enfermería necesarias, según los cuidados proporcionados, el contenido de éstas deben cumplir los aspectos siguientes:
  - Al iniciar el PAE registrar la atención de enfermería aplicando el método SOAPIE.
  - Elaborar notas de evolución describiendo, la valoración diaria o durante el seguimiento de la persona y las intervenciones de enfermería ejecutadas del plan, los resultados de las intervenciones se registraran dependiendo del momento en que se realicen, inmediatamente después de una intervención, para evaluar modificaciones del plan de cuidados, para medir el resultado de los cuidados.
2. Realizar los registros respectivos de las acciones proporcionadas, por todo el personal de enfermería que participe de manera activa en la ejecución del plan de cuidados de la persona de forma simultánea a la asistencia.

### **C.5 Etapa de evaluación**

La enfermera/o que ejecute el plan de cuidados debe:

1. Realizar evaluación continua durante o inmediatamente después de una intervención ejecutada, en cada turno o las veces que la persona regrese al establecimiento o se le haga seguimiento comunitario.
2. Realizar medición de los indicadores elegidos en el resultado esperado, tomando en cuenta la condición del paciente y la puntuación diana global, antes de las intervenciones y posterior a las intervenciones.
3. Realizar evaluación final al ser dado de alta si ha estado hospitalizado o al finalizar una atención por determinado diagnóstico de enfermería identificado en las UCSF o en el domicilio; incluye el logro de los resultados, la evaluación de la capacidad del paciente para auto cuidarse y la necesidad del continuo de las intervenciones en el primer nivel.
4. Realizar discusión de caso clínico para evaluación de resultados.

### **Discusiones de caso**

#### **Área Hospitalaria**

1. Debe realizarse cuando la enfermera jefe de unidad o enfermera responsable del turno valore la necesidad de hacer revisión de la efectividad en la ejecución del plan elaborado a la persona.
2. Debe participar el personal que esté laborando durante el turno.
3. Debe tomar en cuenta la participación de la o el auxiliar de enfermería que tiene asignado el paciente.
4. Enfermera(o) jefe de unidad hospitalaria debe asignar el personal de enfermería para que realice los cambios en el proceso de atención, acordados durante la discusión.
5. Deben registrar en libro establecido, los datos de la persona a quien se le realizo discusión de caso.

## Área Comunitaria

1. La enfermera supervisora local debe realizar mensualmente en el establecimiento o en reuniones de microredes, la discusión de caso clínico o cuando valore la necesidad de hacer revisión de la efectividad en la ejecución del plan elaborado a la persona.
2. Para la ejecución de las discusiones de caso se realizarán de acuerdo a la clasificación de los establecimientos de primer nivel y el número de recursos de enfermeras/os con que se dispone, en UCSF intermedias y especializadas con más de dos recursos de enfermeras/o en el establecimiento UCSF Básicas en reuniones técnico administrativas de enfermería de la micro red.
3. Registrar en libro establecido datos de la persona a quien se le realizó discusión de caso.

### D. Continuo del cuidado

- La estrategia “*continuo del cuidado*” se debe aplicar a personas que consultan en una UCSF o que egresan de un hospital de la RIIS, se les ha elaborado PAE y que según criterio de enfermeras/os necesita continuidad en los cuidados de enfermería en ambos niveles, a través de la red de comunicación para el continuo del cuidado, ver anexo 8
- Las actividades a realizar para la continuidad de los cuidados, por tipo de recurso se presentan a continuación.

#### La enfermera(o) gestora de cuidado, debe:

- 1) Evaluar a la persona identificando necesidades específicas que impliquen cuidados y supervisión inmediata por parte de la enfermera/o, riesgo social, capacidad de auto cuidarse pendientes de resolver y que ponen en riesgo su vida.
- 2) Elaborar hoja de referencia de enfermería registrando los datos completos anexo 9.
- 3) Informar a enfermera de enlace para envío de la referencia, entregando hoja original a la persona.
- 4) Registrar las referencias enviadas en libro o matrices diseñadas para tal fin. Anexo 10

#### La enfermera(o) de enlace hospitalario, debe:

1. Valorar el estado de salud de usuario/a referida, para validar la pertinencia y el llenado correcto de la referencia.
2. Realizar validación de los diagnósticos elaborados por la enfermera gestora del cuidado para ejecución del continuo de la atención.
3. Realizar comunicación vía teléfono, fax o correo electrónico con enfermera de enlace del SIBASI y la UCSF correspondiente según capacidad instalada, para realizar la notificación de la referencia.
4. Registrar referencias enviadas en libro o matrices diseñadas para tal fin.
5. Dar seguimiento, evaluar y analizar los resultados de la aplicación del continuo del cuidado y las referencias enviadas, en reuniones con la microred y región de salud correspondiente.



6. Mantener directorio de contactos de la RIIS actualizado, para transmisión y recepción de información relacionada con la persona referida.
7. Participar en reuniones de enfermeras de enlace para establecer compromisos en relación a la estrategia.
8. Enviar informe de enlaces realizados y continuos de cuidado exitosos al departamento de enfermería correspondiente.

**La enfermera(o) de enlace comunitario del SIBASI debe:**

1. Enviar y dar seguimiento a referencias recibidas de enfermeras de enlace hospitalario.
2. Verificar los enlaces realizados por parte de las enfermeras gestoras de enlace hospitalario y comunitario.
3. Llevar registro de las referencias enviadas, en libro y matrices diseñadas para tal fin.
4. Dar seguimiento, evaluar y analizar los resultados de la aplicación del continuo del cuidado y de referencias enviadas, en reuniones con la microred y regional.
5. Mantener directorio de contactos de la RIIS actualizado y disponible, para la transmisión y recepción de información relacionada con la persona referida.
6. Participar en reuniones de enfermeras de enlace para establecer compromisos en relación a la estrategia.
7. Enviar informe de enlaces realizados a enfermera regional responsable de la estrategia del continuo del cuidado.

**La enfermera(o) de enlace comunitario de la UCSF debe:**

1. Recibir referencia y trasladar la información de usuario(a) a enfermera(o) comunitaria gestor del cuidado.
2. Recibir a usuario(a) y/o realizar visita domiciliar en forma oportuna.
3. Realizar actividades de educación como parte de la atención integral a los cuidadores principales durante la atención domiciliar.
4. Registrar en libros o matrices el resultado de continuo del cuidado.
5. Informar a enfermera coordinadora de SIBASI del resultado del seguimiento del usuario.
6. Coordinar acciones con el equipo multidisciplinario según requiera el caso recibido.
7. Realizar acciones concretas en la búsqueda de recursos intersectoriales para facilitar la ejecución de la visita domiciliar.
8. Realizar referencias de enfermería para el continuo del cuidado a enfermera de enlace hospitalario de personas que ameritan continuo del cuidado en ese nivel.

## **VI. Disposiciones finales**

### **Obligatoriedad**

Es responsabilidad de todo el personal de enfermería al cual está dirigido el presente documento, dar cumplimiento a los presentes lineamientos técnicos, caso contrario se aplicaran las sanciones establecidas en la Legislación administrativa correspondiente.

### **De lo no previsto**

Todo lo que no esté previsto en el presente documento, se debe resolver a petición de parte, por medio de escrito dirigido a la Titular de esta Cartera de Estado fundamentando científica y jurídicamente la razón de lo no previsto.

### **Anexos**

Forman parte del presente documento, los siguientes anexos

- Anexo 1: Formato de registro pacientes identificados para aplicación de procesos de enfermería.
- Anexo 2: instrumento de valoración patrones funcionales de salud,"Marjory Gordon"
- Anexo 3: Formato de valoración del proceso de atención de enfermería en la niñez.
- Anexo 4: Formulario para proceso de atención de enfermería en neonatos.
- Anexo 5: Instrumento para registrar la aplicación del proceso de atención de enfermería comunitario.
- Anexo 6: Formulario plan de cuidados hospitalario.
- Anexo 7: Red de comunicación para el continuo del cuidado enfermería.
- Anexo 8: instructivo de llenado hoja de referencia para el continuo del cuidado enfermería.
- Anexo 9: Formato de registro continuo del cuidado enfermería en las RIIS.

## **VII. Vigencia**

Los presentes lineamientos técnicos entraran en vigencia a partir de la oficialización por parte de la titular.

San Salvador a los diecinueve días del mes de diciembre del año dos mil diecinueve.

  
  
**Dra. Ana del Carmen Orellana Bendeck**  
**Ministra de Salud**

## Referencias bibliográficas

1. Alfaro–Lefevre, Rosalinda. Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía Paso a Paso. 4ta edición Masson, Barcelona España 2002.
2. Bulechek, Gloria M. Butcher Howar K. et.al. Clasificación de intervenciones de Enfermería. NIC sexta edición. Barcelona España. ELSIVIER. 2014.
3. Carpenito Linda Juall. Diagnósticos de Enfermería, Aplicados a la Práctica Clínica 5ta. Edición McGraw Hill Interamericana 1995.
4. DORALAND, Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina 30a Edición, El Servier España S.A, año 2005.
5. Jiménez Tereza y Gutiérrez de Reales. El Proceso de Enfermería Una metodología para la práctica. 1ª edición. Orión editores LTDA. Bogotá Colombia. Julio 1997.
6. López de Murcia, Nuria Patricia. Fundamento Teórico para la Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería a la Adulthood en El Salvador, Colección de Textos 2a Edición, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, octubre 2006.
7. Marriner–Tommev, Ann. El Proceso de Atención de Enfermería. Manual Moderno. México 1983.
8. MARRINER, A. Modelos y teorías en enfermería. España: Harcourt Brace, 1999.
9. MINSAL. Guía para la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en la niñez. Unidad de Enfermería. Octubre de 2003.
10. MINSAL. Cuaderno de trabajo para la Aplicación del Modelo de Atención de Enfermería en Salud Comunitaria en los Establecimientos del Primer Nivel de Atención. Unidad de Enfermería. 2014
11. MINSAL. Cuaderno de trabajo, Proceso de Atención de Enfermería a la Persona en la Red de Hospitales de El Salvador
12. MINSAL. Política Nacional de Cuidado de Enfermería. Unidad Nacional de Enfermería. 2016.
13. Moorhead Sue, Marion Johnson. Et al. Clasificación de resultados de enfermería NOC. Quinta edición.
14. OPS, Dotación de personal para los servicios de enfermería en hospitales de distrito para la atención primaria en salud, serie paltex para ejecutores de programa de salud N°32, 1994 73 paginas
15. <http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/PAE.pdf>
16. [http://www.ome.es/02\\_02\\_01\\_desa.cfm?id=132](http://www.ome.es/02_02_01_desa.cfm?id=132)
17. <http://pp.r3.org.pe/views/layout/default/wp-content/uploads/2015/10/normasggoce.pdf>

# **Anexos**

**ANEXO 1**  
**MINISTERIO DE SALUD**  
**UNIDAD DE ENFERMERÍA**

**Formato de registro pacientes identificados para aplicación de proceso de atención de enfermería**  
Establecimiento \_\_\_\_\_ Servicio/unidad \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_

DIAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL	
Nº.PACIENTES INGRESADOS/ATEN DIDOS																																	
Nº PACIENTE PRIORIZADO																																	
No. PROCESO NUEVOS MAÑANA/ NOCHE	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
Nº PROCESOS EN EJECUCIÓN																																	
CRITERIOS DE USUARIOS PARA APLICACIÓN DE PAE	<b>I. Necesidades de cuidado de la persona</b> <b>II. Factores de riesgo</b> <b>III. Grado de dependencia de cuidado.</b>																																

**GRADO DE DEPENDENCIA**

Grado I	Grado II	Grado III
Se refiere a la persona dependiente que puede valerse por si mismo para cubrir sus necesidades básicas, deambula, se alimenta y se baña solo, necesita procedimientos y medicación mínima. factores de riesgo bajos.	Se refiere a la persona con dependencia parcial de enfermería con factores de riesgo medios, alteración leve o moderada de sus signos vitales, puede valerse por si mismo, pero con ciertas limitaciones para cubrir las necesidades básicas (caminar, comer, bañarse, otros) cantidad moderada de medicación oral endovenosa y procedimientos.	Se refiere a la persona totalmente dependiente de enfermería, con factores de riesgos altos, gravemente comprometido de sus signos vitales, requiere de valoración, monitoreo y cuidado permanente, medicación y procedimientos frecuentes

**ANEXO 2**  
**MINISTERIO DE SALUD**  
**VICEMINISTERIO DE SERVICIOS DE SALUD**  
**UNIDAD NACIONAL DE ENFERMERÍA**

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD (Marjory Gordon)

Nombre: \_\_\_\_\_

Nº de expediente \_\_\_\_\_ Diagnostico Medico \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_ Fecha de egreso \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M \_\_\_ F \_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_

**1.- PATRÓN PERCEPCIÓN DE SALUD**

¿Cómo ha sido su salud en general? Buena: \_\_\_ Regular: \_\_\_ Mala: \_\_\_ Tuvo alguna enfermedad, Si: \_\_\_ No: \_\_\_ cirugía o traumatismo Sí: \_\_\_ No: \_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_.

Fuma cigarrillos Sí: \_\_\_ No: \_\_\_ ¿Cuántos? \_\_\_\_\_ Toma drogas, Sí: \_\_\_ No: \_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_ Tuvo alguna vez problemas de salud por la bebida Sí: \_\_\_ No: \_\_\_ ¿A qué edad inició la bebida? \_\_\_\_\_ Describa tipo de vivienda: \_\_\_\_\_

Sigue con facilidad las recomendaciones que su médico o enfermera le indican Sí: \_\_\_ No: \_\_\_. Estado de vacunación \_\_\_\_\_ Medicación Sí: \_\_\_ No: \_\_\_ cuales: \_\_\_\_\_

Antecedentes familiares \_\_\_\_\_ estado de higiene observado \_\_\_\_\_

Motivo de consulta: \_\_\_\_\_

Historia de la presente enfermedad:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Exámenes de laboratorio y de gabinete

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tratamiento

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2.- PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO:**

QUE TIPO DE ALIMENTOS CONSUME	FRECUENCIA POR DIA	FRECUENCIA POR SEMANA
<b>Carnes</b>		
<b>Frutas / verduras</b>		
<b>Cereales</b>		
<b>Pastas</b>		
<b>Otros</b>		

Respecto a la alimentación: presenta problemas gastrointestinales Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

Restricciones en la dieta Sí  No  Describa: \_\_\_\_\_  
Está amamantando Sí  No  tiene algún problema para amamantar Sí  No  Cual?  
\_\_\_\_\_ Piel: seca  hidratada  Lesiones: \_\_\_\_\_ Mucosas: secas \_\_\_\_\_  
hidratada \_\_\_\_\_ Lesiones: \_\_\_\_\_ Dentadura: \_\_\_\_\_ cabello \_\_\_\_\_ Uñas  
\_\_\_\_\_ Tª \_\_\_\_\_ °C Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_ pérdida de peso \_\_\_\_\_ ganancia: \_\_\_\_\_  
¿Cuánto? \_\_\_\_\_

### 3. PATRÓN ELIMINACIÓN

Evaluación abdominal

Peristaltismo \_\_\_\_\_ Eliminación intestinal: Frecuencia \_\_\_\_\_ características, \_\_\_\_\_ molestias.  
\_\_\_\_\_ Control de esfínter. Sí  No  Uso de laxantes. Sí  No  Eliminación urinaria:  
Frecuencia. \_\_\_\_\_ Características: \_\_\_\_\_ Molestias \_\_\_\_\_ Sondas. Sí  No  Fecha  
colocación: \_\_\_\_\_ Drenajes. Sí  No  Tipo: \_\_\_\_\_

### 4. PATRÓN ACTIVIDAD-EJERCICIO

Evaluación cardiovascular: \_\_\_\_\_ TA: \_\_\_\_\_ MmHg

FC \_\_\_\_\_ Evaluación respiratoria: \_\_\_\_\_

FR \_\_\_\_\_ Oxigenoterapia Sí:  No:  Tipo \_\_\_\_\_ Ejercicio físico:  
Sí:  No:  Tipo \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_ Actividad laboral: Ligeras:   
Moderada:  Intensa:  Riesgos \_\_\_\_\_ Actividades de recreación:  
\_\_\_\_\_ Problemas que interfieren: Fatiga/disnea: Sí:  No:

Dolor: Sí:  No:  Otros \_\_\_\_\_

Estabilidad en la marcha: Sí:  No:  Alteración del equilibrio: Sí:  No:  Actividades independiente: Sí:   
No:  ¿qué tipo de ayuda necesita \_\_\_\_\_ -Tolerancia a la realización de las actividades de la  
vida diaria Sí:  No:  ¿por qué?

### 5.- PATRÓN SUEÑO-REPOSO

Después de dormir, se encuentra descansado y preparado para las actividades de la vida diaria Sí:  No:  ¿por  
qué?----- problemas para conciliar el sueño Sí:  No:  Ayuda para el sueño Sí:  No   
¿Cuál?: \_\_\_\_\_ ¿cuántas horas duerme? Períodos de descanso Sí:  No:  tiempo por día \_\_\_\_\_  
Bostezo con frecuencia Sí:  No  presencia de ojeras Sí  No  Se observa somnoliento(a) Sí  No

### 6.- PATRÓN COGNITIVO-PERCEPTIVO

Consiente Sí:  No:  Orientado/da en: tiempo Sí:  No:  lugar Sí:  No:  persona Sí:  No:  dificultad  
para oír Sí:  No:  Ayudas Sí:  No:  agudeza  
auditiva \_\_\_\_\_

Usa lentes Sí:  No:  ¿Cuándo se hizo la última revisión? \_\_\_\_\_ Agudeza visual \_\_\_\_\_ dificultad para  
percibir sabores/olores Sí:  No:  identifica los sabores /olores Sí:  No:  Dolor Sí:  No:  sitio, tipo,  
características \_\_\_\_\_ gestos faciales por dolor o cambios posturales frecuentes Sí:   
No:  reflejos sensorio- perceptivos Sí:  No:  ¿Cuáles? \_\_\_\_\_ identifica la textura de  
los objetos Sí:  No:  pérdida o alteración del lenguaje Sí:  No:  sabe leer y escribir Sí:  No:   
alteración en la concentración de memoria Sí:  No:

### 7.- PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN

¿Cómo se describe a sí mismo? \_\_\_\_\_

¿Cómo se siente consigo mismo? Muy bien  Bien  Mal  cambios en su cuerpo o en las cosas que puede  
hacer a partir de su enfermedad Sí  No

Ha presentado cambios en sus sentimientos hacia sí mismo desde que comenzó la enfermedad

Sí:  No:  ¿Cuáles? \_\_\_\_\_ Se enfada Sí:  No  siente miedo  
Sí  No  sufre de ansiedad Sí  No  se deprime fácilmente Sí  No  ¿Qué le ayuda para superarlo?

Alguna vez ha perdido la esperanza de vivir Sí:  No:  ¿Por qué? \_\_\_\_\_ Controla las situaciones adversas en su vida? Sí  No  ¿Cómo? \_\_\_\_\_

---

### 8.- PATRÓN ROL-RELACIONES

¿Vive sólo  Acompañado  ¿Quiénes integran su grupo familiar? Papá  Mamá  Hermana/s  Hermano/s  Esposa/o  Hija/s  Hijo/s  Otros  Su familia, depende de usted económicamente Sí:  No:  ¿Qué tipo de apoyo recibe de su familia durante la enfermedad/hospitalización? \_\_\_\_\_

Problemas con sus hijos u otros miembros de la familia Sí:  No:  ¿Cuáles? \_\_\_\_\_ Pertenece a algún grupo social Sí:  No:  ¿Cuál? \_\_\_\_\_ Amigos cercanos Sí:  No:  Se siente sólo actualmente Sí:  No:  Le afecta la enfermedad para realizar su trabajo Sí:  No:  ¿Por qué? \_\_\_\_\_

---

### 9.- PATRÓN SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

Vida sexual activa: Sí:  No:  número de parejas sexuales \_\_\_\_\_ problemas o cambios en las relaciones sexuales Sí:  No:  ¿cuáles? \_\_\_\_\_ prácticas sexuales \_\_\_\_\_ Uso de anticonceptivos Sí:  No:  ¿cuáles? \_\_\_\_\_

Problemas por su uso Sí  No  ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

Fecha de menarquía \_\_\_\_\_ Último período menstrual. \_\_\_\_\_ Problemas menstruales Sí:  No:  ¿Cuáles? \_\_\_\_\_ G \_ P \_ A \_ P \_ V \_\_\_\_ . Citología Sí:  No:  ultima fecha \_\_\_\_\_ resultado \_\_\_\_\_ Realiza auto examen mamario, Sí:  No:  Frecuencia \_\_\_\_\_ Realiza examen testicular Sí:  No:  Frecuencia: \_\_\_\_\_

---

### 10.- PATRÓN DE AFRONTAMIENTO-TOLERANCIA AL ESTRÉS.

Se ha producido algún cambio importante en su vida en el último año Sí:  No:  ¿cual? \_\_\_\_\_

Ha presentado alguna crisis emocional por su enfermedad Sí:  No:  ¿Cual? \_\_\_\_\_

Estrés Sí:  No:  de qué forma controla el estrés \_\_\_\_\_

---

### 11.- PATRÓN VALORES-CREENCIAS

Religión: \_\_\_\_\_ la religión es importante en su vida, Sí:  No  Le ayuda cuando surgen las dificultades Sí:  No:  Tiene planes importantes para el futuro Sí:  No:  como practica su religión \_\_\_\_\_

Etiquetas diagnosticas:

---

---

---

---



### ANEXO 3

Ministerio de Salud

Unidad Nacional de Enfermería

**Formato de valoración Proceso de Atención en Enfermería en la Niñez**

Nombre: ----- Edad ----- Sexo ----- Servicio: -----  
 Registro: ----- cuna ----- Dg. medico: ----- fecha -----

<i>Entrevista</i>	<i>Valoración física</i>
Como le dicen al niño :	T :      FC :                      FR:      TA:
Edad, escolaridad y ocupación de la madre	PESO:                      TALLA:                      Sat.O2
Edad, escolaridad y ocupación del padre:	Apariencia general:
<i>NECESIDADES FISIOLÓGICAS</i>	Piel y anexos:
Alimentación :	Ganglios
Respiración:	Cabeza:
Temperatura:	Ojos:
Eliminación :	Nariz :
Descanso y sueño:	Boca:
<i>SEGURIDAD Y PROTECCIÓN</i>	Oídos
Recreación:	Garganta:
Esquema de vacunación.	Cuello:
Enfermedades más frecuentes:	Tórax:
Medicamentos que toma:	Pulmones:
Alergias:	Corazón:
Cirugías previas:	Abdomen:
Cuando se enferma en donde consulta:	Genitales
Quien cuida al niño:	Recto
Condiciones de la vivienda:	Extremidades:
<i>AMOR Y PERTENENCIA.</i>	Examen neurológico:
Acompañamiento de los padres en la hospitalización	<i>Otros Hallazgos:</i>
Qué opina de la hospitalización:	
Participación del niño en grupos:	.
Integración de la familia:	
Religión que profesa la familia :	<i>HISTORIA CLÍNICA:</i>
<i>AUTOESTIMA</i>	
Comportamiento del niño	
<i>AUTORREALIZACION</i>	
Escolaridad:	
Discapacidad:	
<i>ETIQUETAS DIAGNOSTICA</i>	

## Anexo 4

Ministerio de salud

Unidad Nacional de enfermería

Formulario para el Proceso de Atención en Enfermería en Neonatos

Nombre: \_\_\_\_\_ Eda \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_

Registro: \_\_\_\_\_ N° cuna \_\_\_\_\_ Dg. Medico \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_

<i>Entrevista</i>	<i>Valoración física</i>
Como le dicen al niño :	<b>T :</b> <b>FC :</b> <b>FR:</b> <b>TA:</b>
Edad, escolaridad y ocupación de la madre	<b>PESO:</b> <b>TALLA:</b> <b>Sat.O2</b>
Edad, escolaridad y ocupación del padre:	Apariencia general:
<i>NECESIDADES FISIOLÓGICAS</i>	Piel y anexos:
Que sabe sobre la alimentación del RN	Ganglios
Conoce la frecuencia para alimentar al RN	Cabeza:
Conoce los problemas respiratorios del RN	Ojos:
Conoce la coloración normal	Nariz :
Conoce los signos de deshidratación	Boca:
<i>Sabe identificar los signos de fiebre o hipotermia</i>	Oídos
Conoce las características y frecuencia de la micción	Garganta:
Conoce las características y frecuencia de la evacuación de heces en el RN	Cuello:
Puede explicar la actividad normal del RN	Tórax:
Conoce el periodo normal del sueño en el RN	Pulmones:
Conoce los cuidados con el RN cuando duerme	Corazón:
<b>SEGURIDAD Y PROTECCION</b>	Abdomen:
Recibió control prenatal SI NO porque?	Genitales
Presento anormalidades durante el embarazo	Recto
Edad gestacional Tipo de parto	Extremidades:
<i>Presento complicaciones el RN en el nacimiento</i>	Examen neurológico:
Medicamentos o drogas que tomo durante el embarazo	<i>Otros Hallazgos:</i>
Cuando se enferma a donde consulta	
Tiene accesibilidad a servicios básicos	.
Estado de salud de los miembros de la familia	
<b>AMOR Y PERTENENCIA</b>	<i>HISTORIA CLINICA:</i>
Integración del grupo familiar	
Qué opina de la hospitalización	
Religión que profesa la familia	
<b>AUTOESTIMA / AUTORREALIZACION</b>	
Como se siente siendo mama	
El niño(a) fue planeado	
Conoce sobre la estimulación temprana que necesita su niño@ para su desarrollo	
<b>ETIQUETAS DIAGNOSTICA</b>	<b>RESULTADOS DE EXAMENES:</b>



**PLAN DE CUIDADOS**

<b>DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA</b>	
<b>INTERVENCIONES</b>	<b>ACTIVIDADES</b>

**Compromisos:**

---

---

---

---

Firma de la persona \_\_\_\_\_

Nombre y firma enfermera/o \_\_\_\_\_

**ANEXO 6**  
**MINISTERIO DE SALUD**  
**UNIDAD NACIONAL DE ENFERMERÍA**  
**PLAN DE CUIDADOS HOSPITALARIO**

Nombre de Usuario: \_\_\_\_\_ Registro \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ No. de  
 cama \_\_\_\_\_  
 Dg.Medico \_\_\_\_\_ Responsable \_\_\_\_\_

**PLAN DE CUIDADOS**

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA									
RESULTADO	INDICADORES	ESCALA LIKERT					PUNTUACIÓN DIANA		TIEMPO
		1	2	3	4	5	MANTENER A	AUMENTAR A	
INTERVENCIONES	ACTIVIDADES								

UNIDAD NACIONAL DE ENFERMERÍA  
PLAN DE CUIDADOS HOSPITALARIO

Nombre de Usuario: \_\_\_\_\_ Registro \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ No. de  
cama \_\_\_\_\_

Dg.Medico \_\_\_\_\_ Responsable \_\_\_\_\_

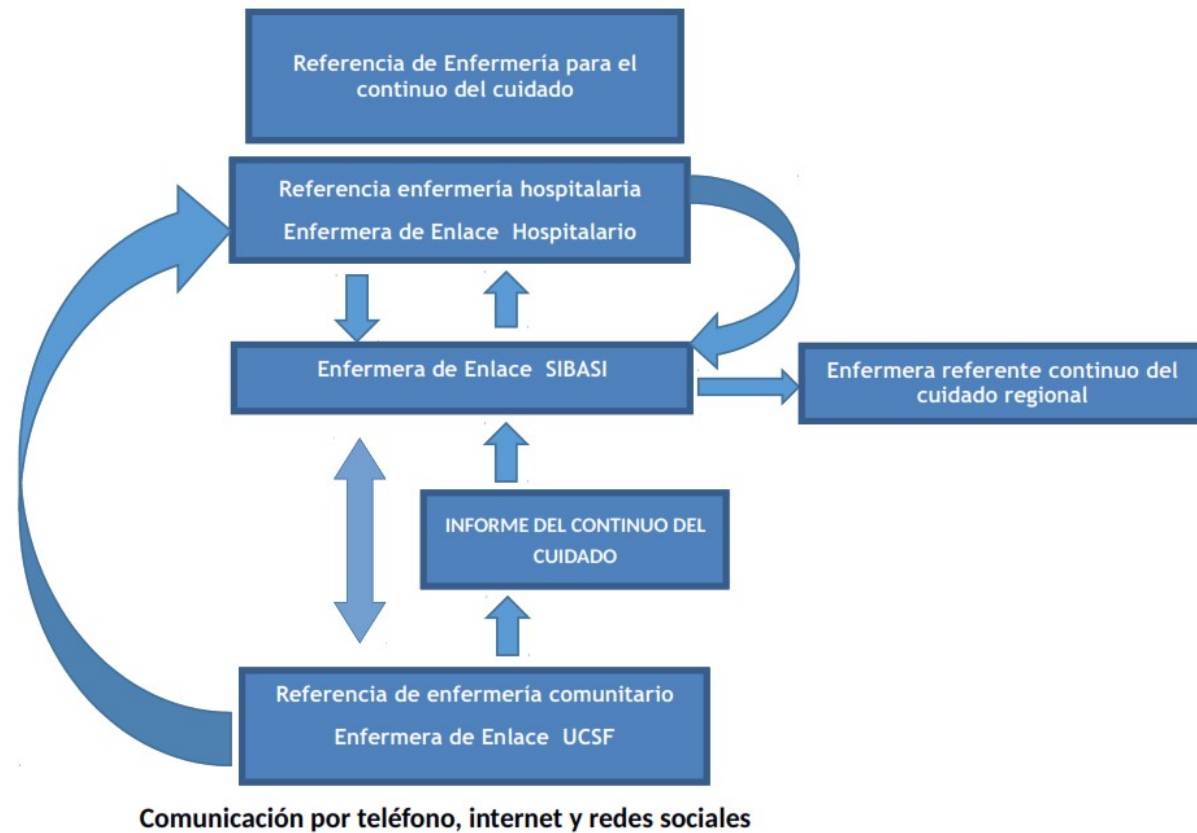
-

INTERVENCIONES	ACTIVIDADES

Anexo 7

Ministerio de Salud  
Unidad Nacional de Enfermería

RED DE COMUNICACIÓN PARA EL CONTINUO DEL CUIDADO ENFERMERIA



**Anexo 8**  
**MINISTERIO DE SALUD**  
**UNIDAD NACIONAL DE ENFERMERÍA**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO HOJA DE REFERENCIA PARA ADAPTACIÓN DEL CONTINUO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA**

Se utilizará la hoja de referencia y retorno, definida en “Lineamientos técnicos para la referencia, retorno e interconsulta en las RIIS”
---

Se inicia el llenado a partir de:

Nombre del paciente: agregar nombre completo de la persona

Edad: en años o meses

Sexo: escribir F o M según corresponda

Área de responsabilidad: registrar dirección de la persona completa

Expediente UCSF: agregar registro del establecimiento que refiera (Hospital o UCSF)

Fecha: colocar la fecha de envío de referencia

Establecimiento de salud que envía referencia o interconsulta: registrar el establecimiento que refiere.

Especialidad a la que se Interconsulta o refiere: enfermera de enlace.

Establecimiento al que se refiere o Interconsulta: escribir el establecimiento al que se refiere

Impresión diagnóstica: diagnóstico médico

Motivo de referencia o Interconsulta: registrar continuidad del cuidado

En cuadro: escribir los diagnósticos de enfermería identificados que ameritan seguimiento

Datos positivos al interrogatorio y examen físico: agregar aspectos que favorecen o afectan la resolución de los diagnósticos de enfermería en la persona.

Estado actual: agregar estado de la persona al momento de la referencia y signos vitales: T° FR: FC: TA: Pulso: AU: FCF: Peso: Talla:

Información relevante del paciente (exámenes realizados y resultados) registrar los resultados de exámenes relevantes y recientes.

Tratamiento: registrar medicamentos intervenciones de enfermería prioritarias.



Nombre de la persona que refiere o interconsulta: registrar nombre de la enfermera responsable del caso.

Cargo: registrar cargo de la persona responsable

Firma y Sello: colocar firma y sello de la responsable y de la enfermera de enlace.

Visto bueno Director del establecimiento o Delegado del Director no se llenará

Nota: toda referencia llevará sello del servicio o establecimiento que refiere.

