

GUÍA VALIDACIÓN DE LOS PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS

PROCESO DE VALIDACIÓN TEÓRICA Y CLÍNICA

01/10/2010

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE

DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE PLANES DE CUIDADOS

Introducción: _____	3
Proceso de elaboración de planes de cuidados. _____	5
Circuito de elaboración y validación de los planes de cuidados estandarizados. _____	11
Estructura de los planes de cuidados. _____	13
Planilla de revisión de los planes de cuidados. _____	18
Anexo I: Intervenciones estandarizadas en todos los planes de cuidados.	21
Bibliografía. _____	23

Introducción:

Esta guía tiene como finalidad unificar criterios de revisión de los planes de cuidados elaborados en el Hospital General Universitario de Alicante, a fin de que todos ellos, sigan la misma estructura y guarden la coherencia y continuidad de los cuidados de enfermería.

La evaluación de los planes de cuidados en esta primera fase consistirá en una revisión de cumplimiento de los criterios de estructura que más adelante se desarrollan. Se pretende realizar una valoración teórica del contenido de los planes de cuidados.

La estructura de esta guía pretende clarificar: cómo se han elaborado los planes de cuidados, cuál es la estructura que han de tener todos los planes de cuidados y dar herramientas, como los catálogos de cuidados y la planilla de revisión para facilitar el proceso de validación teórica a los expertos externos al proceso de elaboración realizado por las enfermeras de las unidades de hospitalización.

Así los cuatro catálogos de cuidados que se necesitan para el proceso de revisión son:

- Diagnósticos de enfermería.
- Intervenciones de enfermería.
- Resultados de enfermería.
- Interrelaciones entre diagnósticos, intervenciones y resultados.

Además para la adecuada revisión se precisa de la Guía de Actuación de Enfermería de la Conselleria de Sanitat en su 2ª edición.

Tras este proceso de revisión los cambios que se produzcan en los planes de cuidados se harán llegar por medio de sesión clínica a las enfermeras correspondientes a la unidad de hospitalización que los elaboró. Tras la incorporación de los cambios en los planes de cuidados se procederá a la segunda fase de evaluación de los planes de cuidados: su concordancia y coherencia en la práctica asistencial. Se pondrán en marcha en soporte papel durante un período preestablecido.

Los criterios de proceso a evaluar en los planes de cuidados implantados. Deberán contener:

- Plan de acogida.
- Evaluación de las necesidades básicas y la detección de los problemas de déficit de autocuidados.
- Evaluación del riesgo de sufrir úlcera por presión y caídas.
- Un problema interdependiente que estará relacionado con el proceso del que se trate.

- Deberá existir un evolutivo de enfermería donde se registre los comentarios / anotaciones de enfermería por turno.
- Un registro de las variaciones del plan de cuidados dónde se registren todo lo que no se ajuste al plan de cuidados definido.
- Debe existir concordancia entre las órdenes médicas, aplicación terapéutica, el evolutivo médico, el evolutivo de enfermería y el plan de cuidados establecido al paciente.

Los criterios de resultados de los planes de cuidados no se podrán evaluar hasta su definitiva implantación:

- La presencia de los diagnósticos establecidos en el plan de cuidados.
- La adecuación de las intervenciones y actividades a los objetivos propuestos.
- La consecución de los objetivos.
- Actualización y mantenimiento de los planes de cuidados a la situación real del paciente.
- Emisión de informes de enfermería al alta cuando esté indicado.
- Satisfacción del usuario.
- Satisfacción del profesional de enfermería.

Manuela Domingo Pozo.
Unidad Planes de Cuidados del HGUA.

Proceso de elaboración de planes de cuidados.

METODO ELABORACION DEL PLAN DE CUIDADOS.

El plan de cuidados es el instrumento que nos permitirá mejorar la atención al usuario y potenciar nuestro colectivo profesional.

- METODO INDIVIDUALIZADO

El plan de cuidados individualizado es aquel que la enfermera o grupo de enfermeras, definen para una persona o grupo determinado. Se basa en una valoración detallada del paciente y los problemas que de esa valoración se deducen. Los cuidados y los resultados que se esperan de esa valoración son específicos para un paciente y no se pueden extrapolar a otro.

- METODO ESTANDARIZADO

Un plan de cuidados estándar es el resultado de un trabajo fundamentado científicamente, en el que se definen las respuestas de una persona, familia o grupo tipo, a una situación y en el que se especifica la responsabilidad y actuación de enfermería para cada una de ellas. Utiliza un lenguaje común. **(NANDA, NIC, NOC)**. Es un instrumento de gestión ya que identifica situaciones en las que intervienen enfermeras, situaciones que tratan y las actividades que realizan. Facilita la adaptación de personal de nuevo ingreso. Dejan explícito la responsabilidad de la enfermera, los cuidados que razonablemente hay que dar y la forma de evaluar estos cuidados. El plan de cuidados estándar se adapta a la peculiaridad del paciente y se añaden o suprimen problemas, factores relacionados y actividades, e individualizan criterios de resultados, por lo que acaba individualizándose siempre. Asignación del plan de cuidados en función del motivo del ingreso.

1ª FASE: PROCESO DE ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN TEÓRICA DEL PLAN DE CUIDADOS ESTÁNDAR

1. Base teórica:

- Formación en metodología: 20 horas.
 - Generalidades del modelo y filosofía de Cuidados del H.G.U.A. Generalidades de los planes de cuidados de enfermería.
 - Taxonomías NANDA, NIC y NOC. Metodología de elaboración de planes de cuidados con las nuevas taxonomías. Determinación de los planes de cuidados que se elaborarán y proceso de búsqueda.
 - Elaboración de planes de cuidados estandarizados.

- Revisión Bibliográfica: en bases de datos e Internet.
2. Recursos humanos:
 - Enfermeras y auxiliares de enfermería de las unidades de hospitalización.
 - Apoyo de expertos.
 3. Recursos materiales:
 - Marco conceptual: Teoría General de Orem y Teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales de M. Leininger.
 - Diagnósticos de enfermería de la NANDA. (2007-2009)
 - Clasificación de Intervenciones de enfermería 5ª edición(NIC).
 - Clasificación de Resultados de enfermería 4º edición (NOC).
 - Manual procedimientos generales de enfermería. (2ª edición)
 4. Revisión del PCE por parte de la Comisión de Planes de Cuidados.

2ªFASE: IMPLANTACIÓN DE LOS PCE EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL: FASE DE VALIDACIÓN CLÍNICA:

5. Se elabora un formato práctico a partir del documento teórico del plan de cuidados estándar.
6. Estructura del formato práctico: Ver sección de estructura de los planes de cuidados.
7. Tras la implantación se evaluarán las siguientes variables de cumplimentación del proceso y de adecuación del mismo.

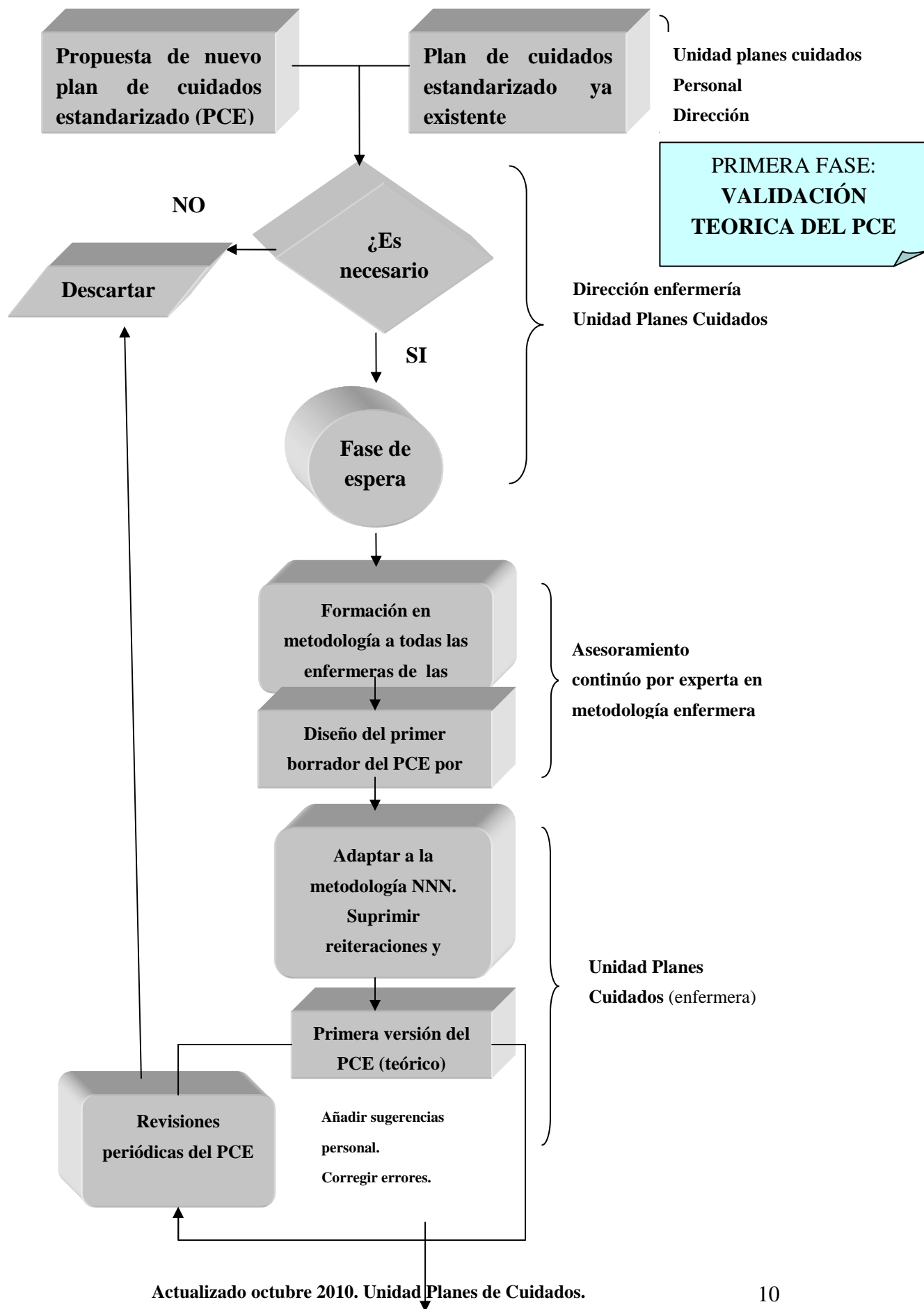
Variable	Tipo de datos	Descripción
Tipo PCE	Número	Código del tipo de plan de cuidados
Grado Q-Valoración	Número	Grado de cumplimentación de la valoración (1-ALTO>= 75%; 2-MEDIO aprox 50%; 3-BAJO<50%)
GradoQ-problemas-r/c -val	Número	Grado de cumplimentación de los problemas en relación con la valoración (1-ALTO>= 75%; 2-MEDIO aprox 50%; 3-BAJO<50%)
GradoQ-Act-r/c-problemas	Número	Grado de cumplimentación de las actividades en función de los problemas abiertos (1-ALTO>= 75%; 2-MEDIO aprox 50%; 3-BAJO<50%)
GradoQ-evaluacion-r/c-problemas	Número	Grado de cumplimentación de la evaluación (escalas NOC si las hubiera) en función de los problemas (1-ALTO>= 75%; 2-MEDIO

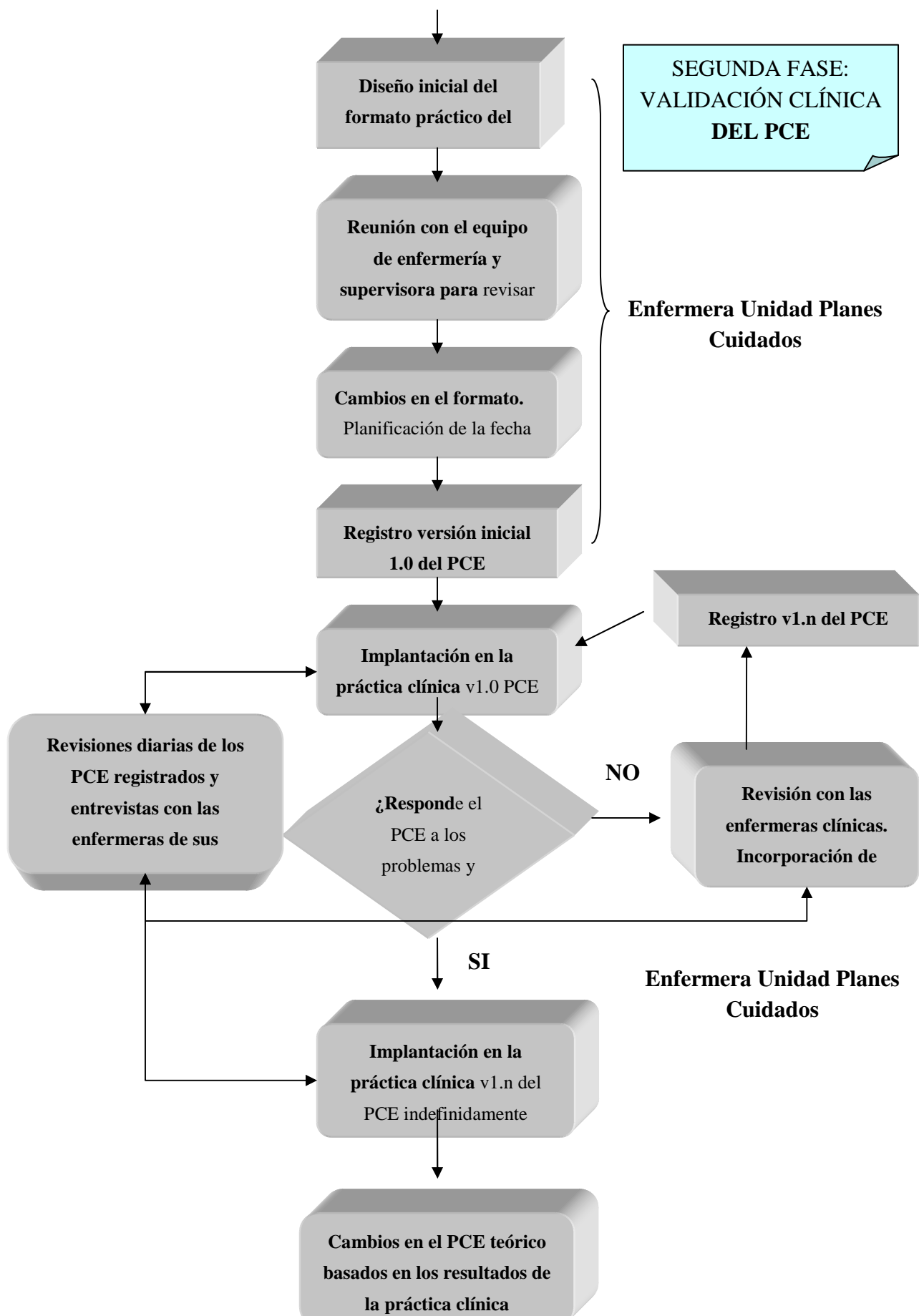
		aprox 50%; 3-BAJO<50%)
A-problemas	Texto	Adecuación de los problemas a la situación del paciente al ingreso y en el proceso asistencial (individualización del plan estándar (1-Si; 2-NO)
A-Actividades-problemas	Texto	Adecuación de las actividades en función de los problemas y la situación real del paciente (1-Si; 2-NO)
A-evaluación/prob/act	Texto	Adecuación de la evaluación y comentarios evolutivos en función de los problemas y actividades si las anteriores son adecuadas (1-Si; 2-NO)
Variaciones	Número	Código del tipo de categorías de variaciones

8. Para la evaluación de la calidad del contenido del plan de cuidados se medirán las siguientes variables.

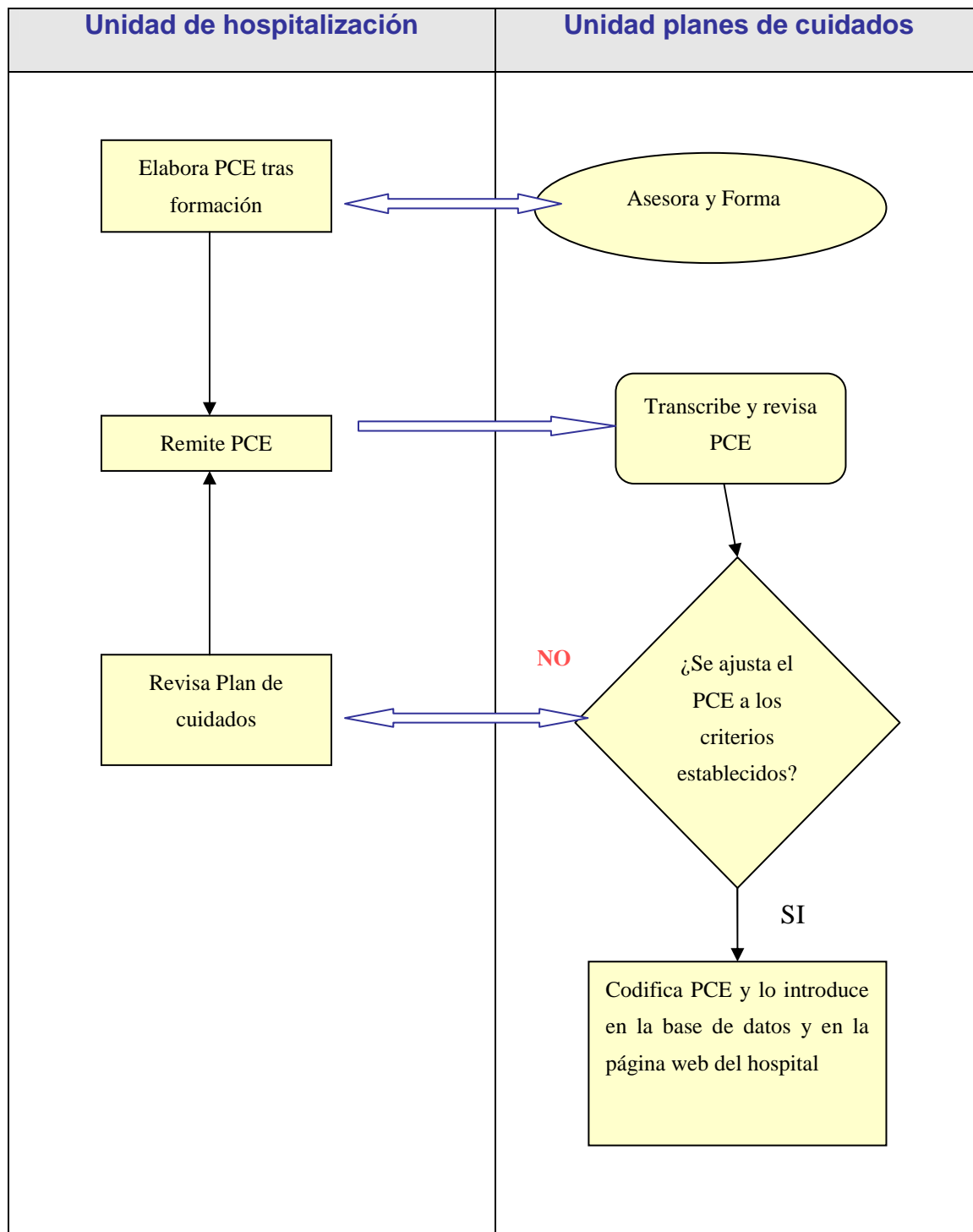
Variables	SI	NO
¿El plan se desarrolló conjuntamente con el cliente?		
¿Ha abordado los problemas de salud reales y potenciales que deben tratarse para alcanzar los objetivos generales a tiempo y de manera segura?		
¿Ha abordado los problemas que requieren intervenciones enfermeras individualizadas, no estandarizadas?		
Si se ha identificado problemas que no estaban en el plan de cuidados, ¿se ha asegurado que se ha registrado en algún lugar de la historia del paciente?		
Los objetivos, ¿derivan de los diagnósticos de enfermería?		
Los objetivos ¿son medibles?		
Los objetivos ¿Son realistas y alcanzables?		
La planificación, ¿incluye intervenciones dirigidas a controlar o tratar el problema?		
¿Las actividades especifican quién, qué, cuando, cómo y durante cuanto tiempo?		
¿Las actividades incluyen la firma de la enfermera que la realizó?		
¿El plan de cuidados aborda las necesidades de desarrollo, psicosociales y biológicas?		
¿El plan de cuidados incluye intervenciones de educación sanitaria?		
¿El plan de cuidados proporciona continuidad durante la estancia hospitalaria?		
¿El plan de cuidados proporciona continuidad de cuidados para el alta?		
¿El plan de cuidados incorpora evidencias científicas?		

**Diagrama 1: Génesis, mantenimiento e implantación de los planes
de cuidados
Estandarizados**





Circuito de elaboración y validación de los planes de cuidados estandarizados.



Estructura de los planes de cuidados teóricos.

1. **Título:** descripción del problema de salud con la referencia al GDR correspondiente.
2. **Definición problema de salud:** breve descripción de la enfermedad y de su relevancia e impacto en la salud de los usuarios. Datos referidos a la incidencia y prevalencia de la enfermedad en la población general y en concreto en el hospital de Alicante.
3. **Objetivos generales** del plan de cuidados.
4. **Criterios de aplicación del plan de cuidados:** que circunstancias se han de cumplir para poner en marcha el plan de cuidados. Debe quedar muy claro cuando se aplica el plan.
5. **Valoración estandarizada:** descripción de los problemas y alteraciones de las distintas necesidades básicas que se da más frecuentemente en los pacientes que sufren un problema de salud determinado. Basada en la hoja de valoración al ingreso del Hospital General de Alicante. Incluye los sistemas de enfermería que se tienen que aplicar.
6. **Diagnósticos detectados tras la valoración** clasificados en los requisitos de autocuidado de Orem. Estos requisitos son:

Respiración.
Alimentación.
Eliminación.
Movilidad.
Descanso.
Aislamiento e interacción social.
Prevención accidentes
Promoción de la normalidad.

7. **Desarrollo del plan de cuidados estandarizado:**

- a) Todos los planes de cuidados del HGUA tienen estandarizadas 5 intervenciones de enfermería que son inherentes a la hospitalización y que no dependen del problema de salud por el cual ha ingresado en el hospital. (Ver anexo I).
- b) Enumeración del diagnóstico con la fecha de inicio y resolución del problema.
- c) Criterios de resultados coherentes con los objetivos planteados para cada diagnóstico. Las escalas deben evaluar la consecución o no del objetivo. Debe aparecer dos puntuaciones al inicio del problema y al final o al alta. Expresará los criterios de resultado observables en la persona tras la aplicación del cuidado relacionado con la modificación, mejoría o alivio, desaparición o no de signos y síntomas en un período determinado.
- d) Intervenciones de enfermería que se ejecutará para la resolución del diagnóstico. Algunos problemas no presentarán intervenciones debido a que con los procedimientos del manual de la Conselleria de Sanitat es suficiente.
- e) Actividades seleccionadas de la intervención correspondiente (cuando sí que hay intervención) más los procedimientos que corresponda realizar. Todo ello dividido en los tres sistemas de Orem según corresponda aplicar. Los sistemas de enfermería son:
 - Totalmente compensatorio: donde la enfermera realiza por el enfermo /usuario todas las acciones de cuidado necesarias.
 - Parcialmente compensatorio: en el que la enfermera colabora con el enfermo /usuario para satisfacer sus necesidades de autocuidado.
 - De apoyo/ enseñanza: que comprende la enseñanza al enfermo/ usuario de las habilidades necesarias para aumentar o ajustar su agencia de autocuidado y apoyarlo para realizar sus propias acciones al respecto.
- f) Código de la actividad: por determinar pero cuando aparece este símbolo (☒) significa que es un procedimiento y no una actividad de alguna intervención NIC.

- g) Pauta o frecuencia de realización de las actividades o procedimientos.
 - h) Profesional que ejecuta la actividad: puede ser la enfermera o la auxiliar de enfermería.
-
8. **Complicaciones potenciales**: debe constar el objetivo a conseguir y las intervenciones o procedimientos a realizar para conseguir el objetivo.
 9. **Tabla resumen de los cuidados**: aparece los problemas con los cuidados clave de enfermería para solucionar dichos problemas del paciente.
 10. **Glosario de términos**: en aquellos planes en los que aparezcan términos muy específicos de la patología concreta.
 11. **Bibliografía utilizada para la confección de los planes de cuidados**: debe seguir las normas de Vancouver.

ESTRUCTURA DEL FORMATO PRÁCTICO DEL PLAN DE CUIDADOS.

- 1. TÍTULO + GRD.**
- 2. ESTANCIA MEDIA PREVISTA**
- 3. LÍMITES DEL PROCESO DE CUIDADOS: INICIAL Y FINAL.**
- 4. RESULTADOS QUE SE PRETENDEN CONSEGUIR.**
- 5. CRITERIOS DE APLICACIÓN DEL PLAN.**
- 6. CÓDIGO DEL PLAN.**
- 7. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO INDIVIDUALIZADA:** se utiliza el formato de valoración actual del HGUA. Con la valoración de enfermería se individualiza el plan de cuidados estandarizado.

- 8. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA ESTANDARIZADOS AL INGRESO PARA EL PROCESO.**
- 9. OTROS PROBLEMAS DE ENFERMERÍA NO RELACIONADOS CON EL PROCESO.**
- 10. COMPLICACIONES POTENCIALES.**
- 11. INTERVENCIONES ESTANDARIZADAS AL INGRESO.**
- 12. FIRMA ENFERMERA**
- 13. PLANIFICACIÓN DE ACTIVIDADES POR CADA DIAGNÓSTICO ENFERMERO PARA LOS DÍAS PREVISTOS DE INGRESO.**
- 14. INTERVENCIONES ESTANDARIZADAS AL ALTA.**
- 15. HOJA DE EVOLUCIÓN DE CUIDADOS:** En este documento se reflejará la evolución del paciente en cada uno de los diagnósticos de enfermería que presente, no se repiten las actividades ya marcadas en la planificación. Las variaciones del plan de cuidados también se reflejan aquí.
- 16. GRÁFICA DE CONSTANTES:** se utiliza el registro de constantes en vigor.

Planilla de revisión de los planes de cuidados.

Los miembros del grupo revisor deberán rellenar una planilla por plan de cuidado revisado. El objetivo de esta revisión es adecuar los criterios de estructura y no de proceso ni de resultado.

En la puesta en común se analizarán cada parrilla de revisión y se consensuarán los posibles cambios a realizar en el plan de cuidados.

CRITERIOS	CORRECTO	INCOMPLETO	INCORRECTO
1. Título + GDR			
2. Definición de los objetivos generales PAE			
3. Definición problema			
4. Criterios aplicación			
5. Valoración estandarizada			
6. Diagnósticos por requisitos			
7. Desarrollo del Plan Cuidados Formulación de diagnósticos <ul style="list-style-type: none"> • Criterios Resultados NOC adecuado al objetivo • Formulación de objetivos por diagnóstico • Intervenciones NIC • Actividades y procedimientos para problema • Actividades adecuadas según sistema Orem • Pauta horaria • Profesional 			
8. Complicaciones potenciales			

9.Tabla resumen de los cuidados			
10.Glosario de términos			
11.Bibliografía según Vancouver			

Anexo I: Intervenciones estandarizadas en todos los planes de cuidados.

Intervenciones propias de la hospitalización	Actividades
Cuidados de enfermería al ingreso (7310)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentarse a sí mismo y su familia en los cuidados. 2. Orientar al paciente y familia sobre las normas y funcionamiento de la unidad. 3. Realizar la valoración de enfermería al ingreso. 4. Establecer el plan de cuidados del paciente, los diagnósticos, resultados e intervenciones. 5. Establecer el procedimiento de identificación y protección de pacientes vulnerables (valoración de riesgos) del HGUA.
Protección de los derechos del paciente (7460)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proporcionar al paciente la Carta de derechos y obligaciones del paciente. 2. Proteger la intimidad del paciente durante las actividades de higiene, eliminación y aseo personal. 3. Mantener la confidencialidad de la información sanitaria del paciente.
Intermediación cultural (7330)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar la naturaleza de las diferencias conceptuales que tienen el paciente y el profesional de enfermería sobre los problemas de salud o el plan de tratamiento. 2. Identificar, con el paciente, las prácticas culturales que pueden afectar negativamente a la salud, de manera que el paciente pueda elegir de manera informada. 3. Facilitar la comunicación intercultural (uso de traductor, materiales/medios bilingües por escrito...). 4. Modificar las intervenciones convencionales (enseñanza al paciente) de manera adecuada
Informe de turnos (8148)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar las enfermedades y razones principales del ingreso, si procede. 2. Identificar los diagnósticos médico y de cuidados clave, si procede. 3. Dar la información de forma concisa, centrándose en los datos recientes e importantes necesarios para el personal que asume la responsabilidad en cuidados. 4. Describir el régimen de tratamiento. 5. Identificar las pruebas de laboratorio y de diagnóstico que deban completarse

	<p>en las próximas 24 horas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Describir los datos del estado de salud, incluyendo signos vitales y los signos y síntomas presentes durante el turno. 7. Describir las intervenciones de enfermería llevadas a cabo. 8. Resumir los progresos en las metas fijadas.
<p>Planificación del alta (7370)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar las capacidades del paciente para el alta 2. Colaborar con el médico, paciente/familiar/ser querido y demás miembros del equipo sanitario en la planificación de la continuidad de los cuidados. 3. Identificar la comprensión de los conocimientos o habilidades necesarios por parte del paciente y del cuidador principal para poner en práctica después del alta. 4. Registrar todos los cuidados al alta en el informe de enfermería al alta. 5. Establecer continuidad de cuidados al siguiente nivel asistencial de cuidados.

Bibliografía.

1. Johnson M., Bulechek G.,McCloskey J.,Maas M.,Moorhead S. Diagnósticos enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelaciones NANDA,NOC y NIC. Ed. Mosby-Harcourt. Barcelona 2008.
2. McCloskey, J.C. Bulechek, G.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. 5ª Ed. Mosby- Elsevier. Madrid. 2009.
3. Morread S, Johnson M, Maas M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª edición. Ed. Mosby- Elsevier. 2009
4. Guía de Actuación de enfermería: Manual de procedimientos.2ª edición Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Secretaria Autonómica para la Agencia Valenciana de la Salud. 2007
5. Alfaro, R. Aplicación del Proceso Enfermero. Guía paso a paso. 4 Ed. Springer-Verlang Ibérica. Barcelona. 1999.
6. Orem D. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Ed Masson Salvat. Barcelona 1993
7. Planes de Cuidados del Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.Ed. Servicio Gallego de Salud.2002.