

GUÍA VALIDACIÓN DE LOS PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS

PROCESO DE VALIDACIÓN TEÓRICA Y CLÍNICA

ENERO 2011

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. | 9 |
| Estructura de los planes de cuidados. | 11 |
| Planilla de revisión de los planes de cuidados. | 15 |
| Anexo I: Intervenciones estandarizadas en todos los planes de cuidados. | 18 |
| Bibliografía. | 20 |

Introducción:

Esta guía tiene como finalidad unificar criterios de revisión de los planes de cuidados elaborados en el Departamento de Salud Alicante- Hospital General, 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 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 manuales de cuidados que se necesitan para el proceso de revisión son:

- Clasificación de Diagnósticos de enfermería. NANDA 2009 - 2011
- Clasificación de Intervenciones de enfermería. NIC 5ª Ed. 2009
- Clasificación de Resultados de enfermería. NOC 4ª Ed. 2005
- Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. 2ª Ed. 2008

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.
- 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 y las variaciones del plan de cuidados dónde se registre todo lo que no se ajuste al plan de cuidados definido.
- Debe existir concordancia entre las intervenciones de colaboración, 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, y serán:

- 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 continuidad de cuidados al alta.
- Satisfacción del paciente.
- Satisfacción del profesional de enfermería.

Manuela Domingo Pozo.
Unidad Planes de Cuidados del HGUA.

Proceso de elaboración de planes de cuidados.

TIPOS DE PLANES DE CUIDADOS.

- Individualizado: Permiten documentar los problemas del paciente en el momento de la atención, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se suele invertir más tiempo en elaborar.
- Estandarizado: un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados previamente elaborado, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad.
- Informatizado: Requieren la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, Son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto. Registran la información de manera rápida, clara y concisa. Recaban la información precisa sobre el estado de salud, que permite una óptima planificación de los cuidados, su revisión y la mejora del plan, facilitan la continuidad de los cuidados, tanto en el hospital como la comunicación con otros servicios de salud y evitan la repetición de los datos.

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

1. Base teórica:
 - Formación en metodología:
 - 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.
 - Elaboración de planes de cuidados estandarizados. Iniciar por los GRDs más frecuentes del Departamento.
 - Revisión Bibliográfica: en bases de datos de evidencia clínica e Internet.
2. Recursos humanos:
 - Enfermeras 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. (2009-2011)
 - Clasificación de Intervenciones de enfermería 5ª edición 2009 (NIC).
 - Clasificación de Resultados de enfermería 4º edición 2005 (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:

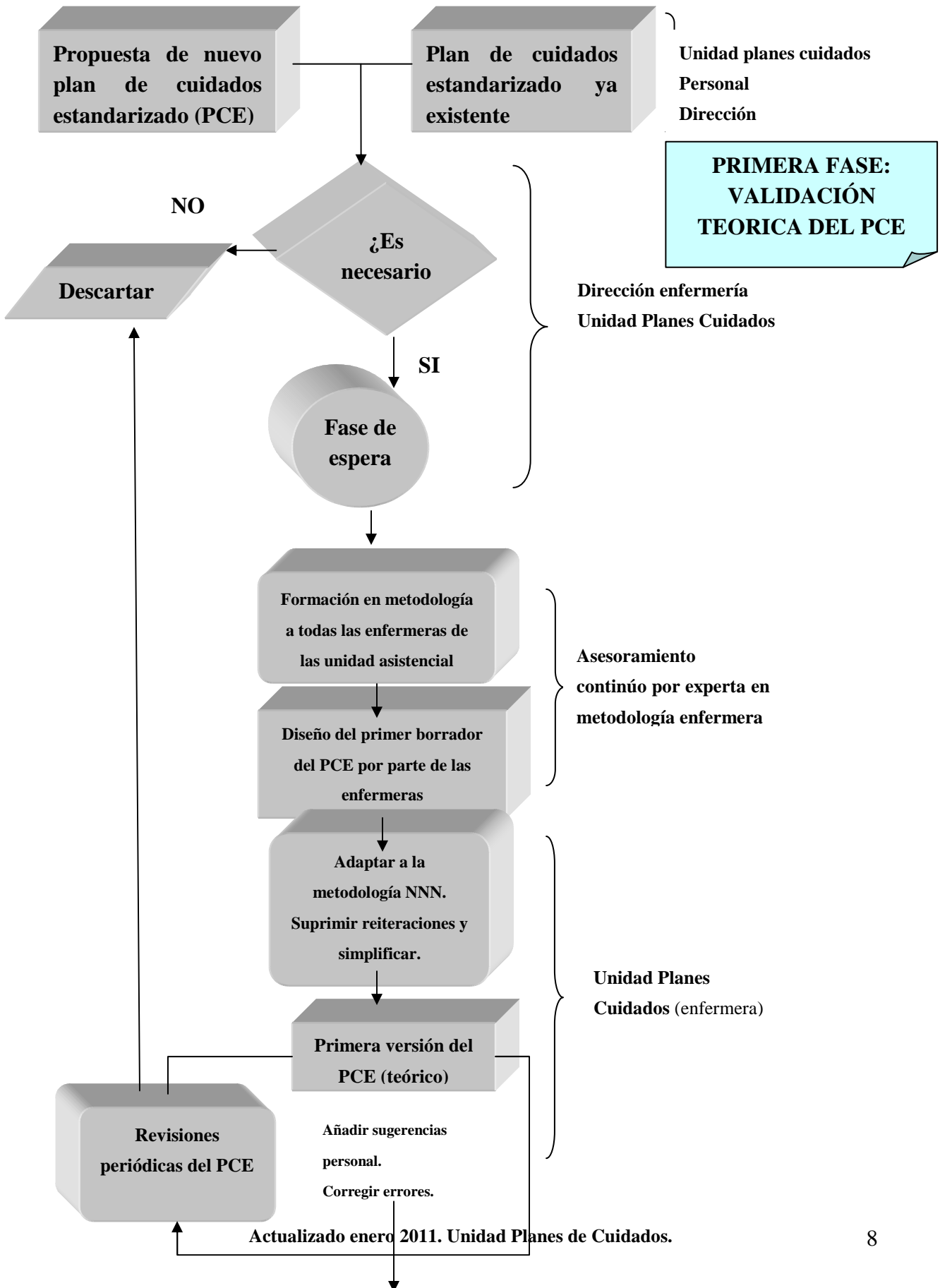
5. Se elabora un formato práctico a partir del documento teórico del plan de cuidados estándar.
6. Estructura del formato práctico: Ver sección de estructura de los planes de cuidados.
7. Tras la implantación se evaluarán las siguientes variables de cumplimentación del proceso y de adecuación del mismo.

| 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 GradoQ-Act-r/c-problemas | Número | Grado de cumplimentación de los problemas en relación con la valoración (1-ALTO>= 75%; 2-MEDIO aprox 50%; 3-BAJO<50%) 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 |
|---|----|----|
| <p>¿El plan se desarrolló conjuntamente con el cliente?</p> <p>¿Ha abordado los problemas de salud real y potencial que deben tratarse para alcanzar los objetivos generales a tiempo y de manera segura?</p> <p>¿Ha abordado los problemas que requieren intervenciones enfermeras individualizadas, no estandarizadas?</p> <p>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?</p> <p>Los objetivos, ¿derivan de los diagnósticos de enfermería?</p> <p>Los objetivos ¿son medibles?</p> <p>Los objetivos ¿Son realistas y alcanzables?</p> <p>La planificación, ¿incluye intervenciones dirigidas a controlar o tratar el problema?</p> <p>¿Las actividades especifican quién, qué, cuando, cómo y durante cuanto tiempo?</p> <p>¿Las actividades incluyen la firma de la enfermera que la realizó?</p> <p>¿El plan de cuidados aborda las necesidades de desarrollo, psicosociales y biológicas?</p> <p>¿El plan de cuidados incluye intervenciones de educación sanitaria?</p> <p>¿El plan de cuidados proporciona continuidad durante la estancia hospitalaria?</p> <p>¿El plan de cuidados proporciona continuidad de cuidados para el alta?</p> <p>¿El plan de cuidados incorpora evidencias científicas?</p> | | |

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



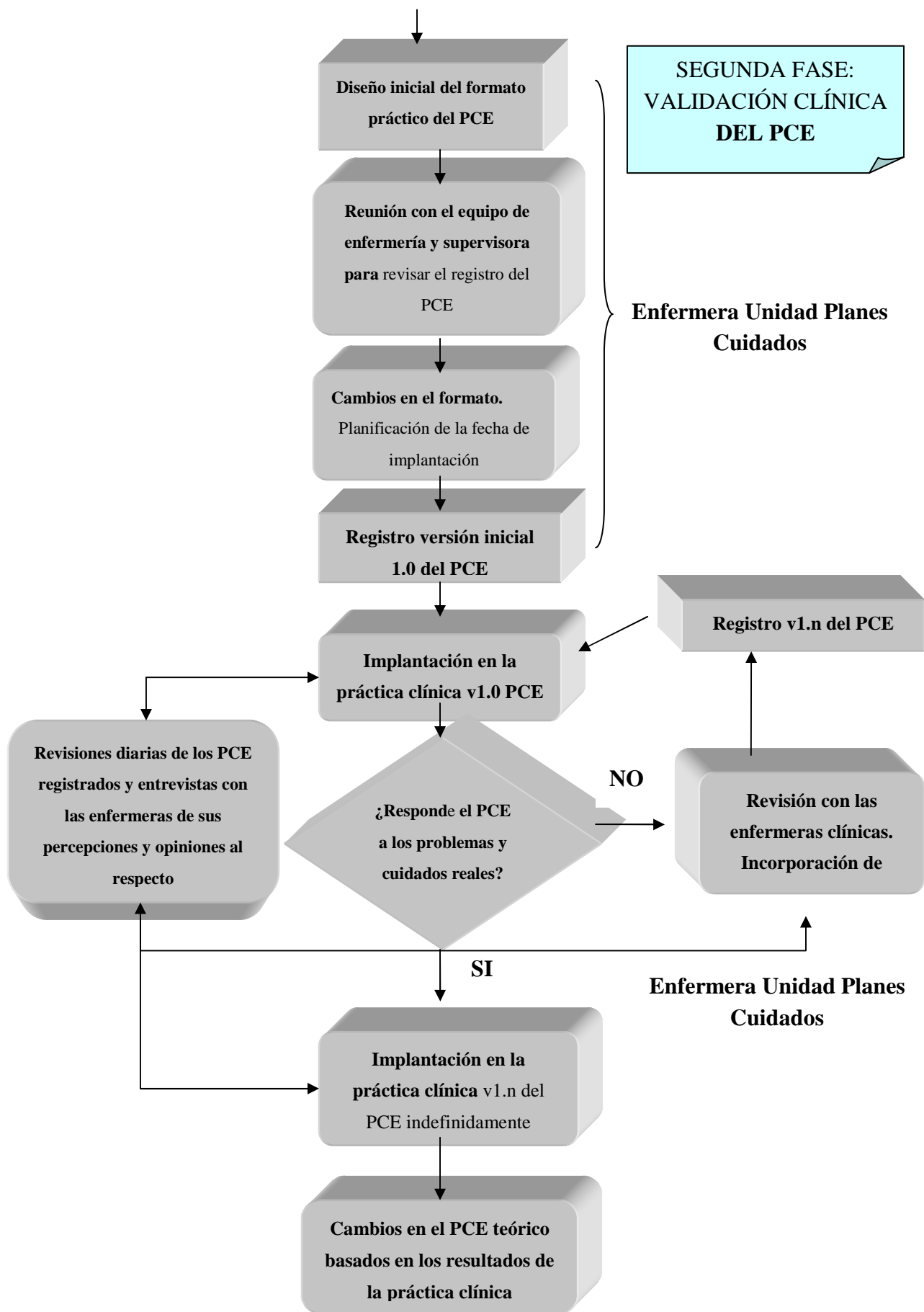
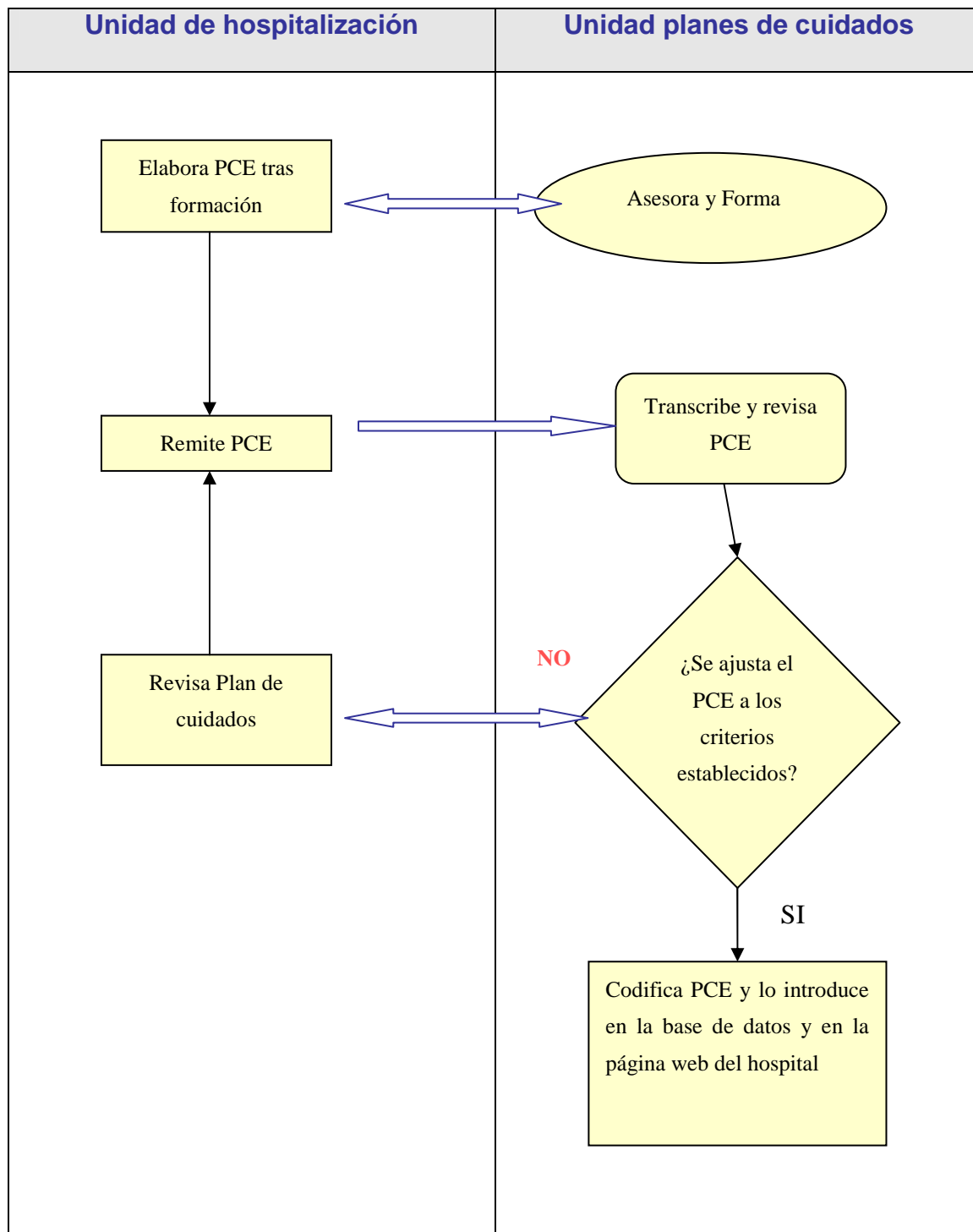


DIAGRAMA 2. Circuito de elaboración y validación de los planes de cuidados estandarizados.



Estructura de los planes de cuidados teóricos.

1. **Título:** descripción del problema de salud con la referencia GRD 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:** los planteamientos genéricos y metas de cuidados generales que se pretenden conseguir.
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 individualizada:** descripción de los problemas y alteraciones de las distintas necesidades básicas al ingreso del paciente. Basada en la hoja de valoración al ingreso del HGUA.
6. **Diagnósticos detectados tras la valoración:** clasificados en función del proceso asistencial.
 - En los procesos quirúrgicos la valoración se estructurará en:
 - Ingreso: Pre-cirugía/ procedimiento
 - Post-cirugía/ procedimiento
 - En los demás procesos la detección de diagnósticos será por valoración diaria del paciente.
 - Al alta: continuidad de cuidados.
7. **Desarrollo del plan de cuidados estandarizado:**
 - a) Todos los planes de cuidados del departamento 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 ejecutarán para la resolución del diagnóstico.
- e) Actividades seleccionadas de la intervención correspondiente y nivel de evidencia/ grado de recomendación de la actividad si lo hubiera. Los planes de cuidados deben basarse en la evidencia científica disponible, por lo que las actividades recomendadas en dichos planes que estén basadas en la evidencia se ajustarán a la tabla de recomendaciones de la Agency for Health and Quality del US Department of Health and Human Services.

| GRADOS DE RECOMENDACIÓN | |
|---|----------|
| Existe buena evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación | A |
| Existe moderada evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación | B |
| La recomendación se basa en la opinión de expertos o en un panel de consenso | C |

| Clasificación de las recomendaciones en función del nivel de evidencia disponible | |
|--|--|
| Ia | La evidencia científica procede a partir de meta-análisis de ensayos clínicos controlados y aleatorizados |
| Ib | La evidencia científica procede de al menos un ensayo clínico controlado y aleatorizado |
| IIa | La evidencia científica procede de al menos un estudio prospectivo controlado, bien diseñado y sin aleatorizar |
| IIb | La evidencia científica procede de al menos un estudio casi experimental, bien diseñado. |
| III | La evidencia científica procede de estudios descriptivos no experimentales, bien diseñados como estudios comparativos, de correlación o de casos y controles |
| IV | La evidencia científica procede de documentos u opiniones de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio |
| A | Recoge los niveles de evidencia científica Ia y Ib |
| B | Recoge los niveles de evidencia científica IIa, IIb y III |
| C | Recoge el nivel de evidencia IV |

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) Pauta o frecuencia de realización de las actividades o procedimientos.
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 consultada 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. DIAGNÓSTICOS PRESENTES AL ALTA.**
- 15. HOJA DE EVOLUCIÓN DE CUIDADOS:** En este documento se reflejarán la evolución del paciente en cada uno de los diagnósticos de enfermería que presente y los resultados que se obtienen con las actividades; 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 | | | |
| 6. Diagnósticos | | | |
| 7. Desarrollo del Plan Cuidados Formulación de diagnósticos | | | |
| • 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 | | | |
| • Diagnósticos presentes al alta | | | |
| 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. Johnson M., Bulechek G.,McCloskey J.,Maas M.,Moorhead S.
5. 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
6. Alfaro, R. Aplicación del Proceso Enfermero. Guía paso a paso. 4 Ed. Springer-Verlang Ibérica. Barcelona. 1999.
7. Orem D. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Ed Masson Salvat. Barcelona 1993
8. Planes de Cuidados del Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.Ed. Servicio Gallego de Salud.2002.