

Guía para la elaboración, presentación y evaluación de planes de cuidados estandarizados

Laura Visiers Jiménez (ORCID: 0000-0001-7120-1422)

Departamento de Enfermería. Centro Universitario de Ciencias de la Salud San Rafael-Nebrija, Fundación San Juan de Dios (Madrid, España)

Correspondencia: lvisiers@nebrija.es (Laura Visiers Jiménez)

Resumen

Introducción: la elaboración de planes de cuidados estandarizados, centrados en necesidades comunes a una población determinada ante una situación específica, aporta numerosas ventajas en cualquier ámbito de la práctica enfermera. Su elaboración requiere de una sistemática ordenada para garantizar su calidad, utilidad y vigencia. Desarrollo: se plantea una guía para ayudar a los estudiantes y profesionales de enfermería en la elaboración, presentación y evaluación de planes de cuidados estándar. Se determinan los criterios a los que se ha de atender para hacer una selección adecuada del plan de cuidados a estandarizar, descripción y justificación de la población diana a la que irá dirigido, fundamentación teórica o conceptual en la que estará enmarcado y principales apartados que ha de incorporar incluyendo el uso de taxonomías enfermeras. Finaliza con una propuesta de estructura para su presentación y rúbrica de evaluación. Conclusiones: la unificación de criterios para la estandarización de los cuidados ayuda a estudiantes y profesionales a sistematizar, formalizar y visibilizar la práctica de enfermería.

Palabras clave: Terminología Normalizada de Enfermería. Planes de Cuidados de Enfermería. Proceso de Enfermería. Evaluación. Estandarización del Cuidado.

Guide to the development, presentation and evaluation of standardized care plans

Abstract

Introduction: Standardized care plans focused on common needs to a particular population in a specific situation, have numerous advantages in any area of nursing practice. Its production requires a systematic orderly to ensure their quality, utility and validity. Development: arises as a guide to help students and nurses in the preparation, presentation and assessment of standard care plans. It determines the criteria that must be attended to make an appropriate selection of care plan to be standardized, description and justification of the population target that will be directed to, theoretical or conceptual foundation where it will be framed and main sections which has incorporated including the use of nursing taxonomies. It ends with a proposal for a presentation structure and assessment criteria. Conclusions: the criteria unification for care standardization helps students and professionals to systematize, formalize and make visible the nursing practice.

Keywords: Standardized nursing terminology. Nursing Care Plans. Nursing Process. Assessment. Standard of Care.

Introducción

La elaboración de casos clínicos, técnica muy utilizada en la docencia práctica en el ámbito de las Ciencias de la Salud, tiene como finalidad acercar al estudiante a la realidad asistencial. Permite aplicar los conocimientos teóricos adquiridos en diferentes asignaturas a situaciones reales acompañándolos de reflexión y pensamiento crítico.¹ A nivel profesional, los casos clínicos pueden considerarse el primer peldaño de la investigación clínica, ya que proponen la descripción o exploración de situaciones de excepcional relevancia, además de contribuir al conocimiento del proceso de cuidados y la respuesta al mismo por parte del usuario o paciente.²

La gestión de los casos clínicos por parte de estudiantes y profesionales de Enfermería se puede concretar a través de la elaboración de planes de cuidados (PC) utilizados como herramienta de cuidado disciplinar.³ Son la expresión escrita de los cuidados de enfermería requeridos por un individuo o grupo de individuos de similares características siguiendo la metodología científica del proceso de atención de enfermería. Por un lado, la utilización del proceso enfermero como metodología de trabajo, ha facilitado la normalización de la práctica enfermera a partir de la incorporación del lenguaje estandarizado² cuyo empleo se considera un requisito previo imprescindible para la informatización de los cuidados⁴ y ha favorecido a la investigación en esta línea.¹ Por otro lado, la necesi-

dad de acercar la teoría y la práctica también evidencia la importancia del uso de este lenguaje estandarizado, que además ha contribuido al consenso para una planificación de cuidados de calidad, pudiendo comparar intervenciones y evaluar resultados, identificando las mejores prácticas y generalizando una enfermería basada en la evidencia.⁵

Los PC reflejan la línea de decisión y actuación de las enfermeras y su elaboración y seguimiento son su responsabilidad. Han de aportar información holística del cliente y su entorno, documentando su asistencia con fines clínicos, legales, de investigación, gestión, evaluación y calidad. Han de estar siempre actualizados y disponibles y se iniciarán tan pronto como sea posible (idealmente al ingreso o acogida del usuario-paciente).⁶ La legislación española vigente obliga a la incorporación de un plan de cuidados completo en el informe de cuidados de enfermería de cada paciente.⁷ El uso de taxonomías enfermeras en los mismos contribuye a homogeneizar el lenguaje utilizado y la disciplina de los cuidados reduciendo la variabilidad en la práctica asistencial, determinando el nivel adecuado de los resultados esperados y estableciendo líneas de actuación para la continuidad de cuidados.⁸

Los PC pueden ser de dos tipos: individualizados (PCI) o estandarizados (PCE). Los PCI se elaboran específicamente para cada persona, centrándose en lo particular; son, por tanto, intransferibles. Los PCE, a diferencia de los PCI, se centran en necesidades comunes o respuestas similares de una población determinada ante una situación específica, por lo que son aplicables a todas estas personas que integran dicha población en las circunstancias descritas, también denominada “población diana del plan”.⁹ Han de ser confeccionados por un grupo de expertos con amplia formación metodológica y experiencia clínica en el ámbito objeto del plan.⁶

Debido a que la elaboración de PC no son un fin en sí mismo sino una herramienta que debe de contribuir a facilitar el registro, la comunicación interprofesional, la seguridad clínica y la continuidad de la atención,¹⁰ su estandarización podría facilitar su implantación y seguimiento¹¹ aunque su individualización posterior sea siempre recomendada.¹²

Los PCE no deben de confundirse con los protocolos, procedimientos, guías de la práctica clínica o vías clínicas. A diferencia de estos, los PCE se enmarcan en la disciplina enfermera siguiendo todos los pasos del proceso de atención de enfermería.¹³

El planteamiento de los PCE puede seguir un enfoque deductivo o inductivo.^{13,14} En ambos casos se requiere una profunda revisión de la literatura que permita identificar la respuesta estándar de los individuos, la priorización de los problemas a abordar y el planteamiento de intervenciones y resultados basados en la mejor y más actualizada evidencia disponible.¹³

Los PCE favorecen la comprensión de la práctica clínica, la forma de razonamiento y el manejo de la incertidumbre. También mejoran la eficacia y calidad de los cuidados, al especificar la secuencia y periodicidad de las intervenciones basadas en la evidencia, y unifican criterios entre los profesionales. Facilitan la optimización de recursos y contribuyen al desarrollo científico de los cuidados enfermeros. Pueden utilizarse en el ámbito docente al proporcionar una base para la evaluación de los mismos o de su individualización.¹⁵

En un estudio llevado a cabo en Suecia, las enfermeras reportaron que el uso de PCE facilitaba su trabajo, especialmen-

te a los nuevos trabajadores y funcionaba bien como lista de control para asegurar la calidad del cuidado prestado. Además, suponía un ahorro de tiempo, facilidad en el manejo de la documentación y evitaba información redundante. Sin embargo, hubiera mejorado su implementación el hecho de que hubieran participado en su elaboración.¹⁶

Dadas las ventajas que reporta utilizar PCE y la dificultad que tiene una correcta elaboración de los mismos, el objetivo de este manuscrito es ofrecer unas pautas y orientaciones que faciliten la elaboración, presentación y evaluación de PCE por parte de estudiantes y enfermeras.

Desarrollo

Selección del plan de cuidados estándar

Un PCE ha de ser novedoso, original, de interés. La relevancia o pertinencia y, por tanto, la priorización en la selección del caso a estandarizar se hará teniendo en cuenta diferentes criterios como:¹³ el impacto que tengan para el usuario, familia o sistema de salud (por su alta frecuencia, gravedad, merma de la calidad de vida, alto impacto socioeconómico,...); si hay una elevada variabilidad de la práctica clínica o bien una rotación elevada de personal en la unidad en la que se quiere implantar; ante situaciones no relatadas previamente por ser muy específicas, poco frecuentes o raras, o bien ante aquellas que implican la utilización de métodos nuevos o que presentan una evolución inusual y requieren de consenso.

Los procesos candidatos a ser estandarizados podrán ser definidos ante cualquier situación en la que intervengan las enfermeras, independientemente del ámbito asistencial o el momento en el que discurren los cuidados. Habitualmente, los procesos a estandarizar suelen definirse:

-A partir de un diagnóstico médico o Grupo Relacionado de Diagnóstico (GRD), por ejemplo, el PCE del Infarto Agudo de Miocardio, primeras 24h. Estos son los procesos a estandarizar que encontramos más habitualmente descritos en la literatura, aunque la tendencia actual está cambiando hacia las siguientes opciones.

-Ante una situación específica o necesidad de cuidados específica. Ej. PCE del recién nacido sano. Primeras 48h.

-Tras una prueba diagnóstica o terapéutica. Ej. PCE tras artroscopia de rodilla.

-Tras una intervención quirúrgica. Ej. PCE: postquirúrgico tardío en mujeres embarazadas mastectomizadas

-Antes o después de recibir un tratamiento. Ej. PCE tras tratamiento de quimioterapia.

Estructura de un plan de cuidados estándar

Tirado et al. proponen unificar la estructura de las publicaciones de casos clínicos basados en el uso de las taxonomías NANDA, NOC y NIC.² Siguiendo esa línea, un PCE debe incluir los siguientes apartados:

Introducción: este apartado debe informar de tres elementos básicos de la investigación: la importancia del tema, el conocimiento actual sobre el mismo y el propósito del trabajo. Por lo tanto, la introducción debe incluir elementos que permitan contextualizar el problema de salud o la situación clínica de los usuarios y que justifiquen la selección del caso clínico y

su correcto abordaje junto a la importancia que tendría su estandarización.

En la introducción también será necesario describir y justificar la *Población Diana* del plan, también llamada *Unidad de Cuidados*.⁶ Esta hace referencia a las características de las personas (especificidad del grupo) a la que irá dirigido el plan además del contexto en el que se encuentran. Definir y acotar adecuadamente la población diana de un PCE es un elemento clave para garantizar la validez del mismo, ya que los aspectos incluidos en la misma marcarán la diferencia entre un plan y otro. Han de incluir elementos diferenciadores en relación a los cuidados que precisará el usuario/paciente (sexo, etapa de la vida/edad, tiempo de cobertura o periodo de vigencia del plan, nivel de dependencia...). También se definirá el entorno en el que va a aplicarse (ej. atención primaria o especializada, domicilio, etc.).

A partir de ahí, es imprescindible detallar el resultado de una búsqueda bibliográfica cuidadosa y sistemática sobre el trabajo realizado por otros profesionales que han estudiado la unidad de cuidados, para facilitar la elaboración del PCE y analizar diferencias.⁶

Además, la introducción incluirá la *fundamentación teórica o conceptual* en la que se basa el PCE, a través de un modelo de cuidados que guíe el abordaje del caso y que marque su desarrollo. La elección del modelo conceptual se debe justificar convenientemente y en coherencia con lo planteado previamente en la introducción. Incluirá la definición de los conceptos del metaparadigma enfermero (persona, salud, entorno, cuidados) descritos en dicho modelo e individualizados al caso. En un contexto español es habitual encontrar PCE enmarcados en el Modelo profesional de las Necesidades Básicas de Virginia Henderson o en la Teoría General del Autocuidado de Dorothea Orem.

La introducción finalizará indicando el propósito o finalidad del trabajo a través de la redacción de los *objetivos* perseguidos. El objetivo principal será el de estandarizar los cuidados de un grupo de personas incluidas en la población diana previamente descrita y justificada, resaltando los beneficios de trabajar de forma sistemática y planificada e indicando las aportaciones para la práctica clínica.

Desarrollo: este apartado se iniciará con la metodología seguida para la elaboración del PCE. Habitualmente incluirá los siguientes apartados, coincidentes con las cinco etapas del proceso enfermero y la práctica basada en la evidencia:

Valoración: proceso deliberado, planificado y sistemático de recogida e interpretación de información sobre el estado de salud de la población diana a la que hace referencia el PCE para describir sus capacidades y problemas.¹⁷

Este apartado se iniciará indicando el esquema de valoración utilizado para la recogida, interpretación y registro de datos, tanto objetivos como subjetivos, del usuario-paciente y su entorno, siguiendo el modelo conceptual o profesional de cuidados indicado en la introducción.

Los datos aportados en la valoración de un PCE y su interpretación deberán estar avalados por bibliografía de referencia y actual, ya que la obtención en fuentes primarias (paciente, familia, etc.) no será posible en este caso al tratarse de un PCE frente a lo que sería habitual en un PCI.

En primer lugar, se clasificarán los datos que de manera estándar presenta el grupo de usuarios incluidos en la pobla-

ción diana del plan. A continuación, podrán incorporarse elementos que permitan una valoración individualizada del usuario, como, por ejemplo, escalas validadas que podrán detallarse en el apartado de anexos del PCE (Ej. Escala de Norton, Escala de Dowton, Índice de Katz, etc.) u otras cuestiones que pudieran aportar datos para individualizar el plan a través de la observación, entrevista y exploración física (inspección, palpación, percusión y auscultación).

La valoración será la fase en la que se asiente y fundamenta el resto del PCE y debe de ser coherente con el mismo. Una buena valoración justificará la identificación, priorización y categorización de los diferentes problemas de salud y su posterior validación que se desarrollarán en el siguiente punto del trabajo.¹⁷

Diagnóstico: el proceso de razonamiento diagnóstico (análisis e interpretación de la información recogida en la valoración) concluirá en la identificación y priorización de los problemas estándar a abordar o juicios diagnósticos.¹⁷

Se propone seguir el Modelo bifocal de la Práctica Clínica¹⁸ en esta etapa. Este plantea que los problemas identificados por la enfermera puedan ser de dos tipos: diagnósticos de enfermería o problemas de colaboración. El diagnóstico de enfermería es un “Juicio clínico en relación con una respuesta humana a una afección de salud/proceso vital, o vulnerabilidad para esa respuesta, de una persona, familia, grupo o comunidad”.¹⁹ Sin embargo, los problemas de colaboración reales o potenciales (también denominadas complicaciones potenciales) son aquellos que están presentes o pueden aparecer como consecuencia de: la complicación de una enfermedad, pruebas diagnósticas, tratamientos médicos o quirúrgicos, etc.¹⁸ En estos últimos la enfermera ha de controlar el estado de la persona para detectar el inicio o la evolución de complicaciones fisiológicas.¹⁸ Siguiendo este modelo, las enfermeras son responsables de tratar ambos juicios clínicos, por lo que solo incluir los diagnósticos enfermeros dejaría el plan de cuidados estándar incompleto.

Por lo tanto, el apartado de juicio diagnóstico incluirá la identificación de los diagnósticos enfermeros y problemas de colaboración presentes en la población diana a partir de la valoración estándar realizada, justificando la decisión diagnóstica y su priorización. Se utilizará preferentemente la clasificación de NANDA Internacional en su última edición para el enunciado de diagnósticos enfermeros. Se formularán siguiendo el formato PES (Problema-etilogía-sintomatología) propuesto por M. Gordon. Para la formulación de los problemas de colaboración se enunciará el problema (habitualmente en terminología médica) seguido de “secundario a”.

Planificación: se establecerán los objetivos y resultados a alcanzar, así como la opción terapéutica elegida para cada uno de los juicios clínicos enunciados (tanto diagnósticos de enfermería, como problemas de colaboración) coherentes con la consecución de los mismos.¹⁷ Las metas u objetivos expresarán el fin a alcanzar por la población diana contenida en plan para cada problema identificado, frente a los resultados que harán referencia a la respuesta específica esperada en los individuos indicando el logro del objetivo.¹⁷ En el PCE se fijarán resultados clínicos y se planificarán cuidados enfermeros utilizando las taxonomías NOC y NIC respectivamente. Opcionalmente podrán enunciarse objetivos centrados en la per-

sona (población diana del PCE) formulados a través de un verbo en tiempo futuro “medible u observable” en un tiempo esperado de consecución.¹⁷

Los criterios de resultados NOC se desarrollarán con los indicadores seleccionados y su escala de medida, estableciendo la puntuación inicial (en el momento del inicio del plan) y diana (a lo que esperamos que el paciente llegue) estándar de cada indicador seleccionado, junto al tiempo esperado, también estandarizado para su consecución. Se recomienda enunciar un indicador estrella (o más significativo) por resultado para facilitar posteriormente el seguimiento del PCE. Por ejemplo: para el Diagnóstico de Enfermería “[00047] Riesgo de deterioro de la integridad cutánea” podríamos establecer el Resultado NOC “[1101] Integridad tisular: piel y membranas mucosas” y el indicador principal para evaluarlo “[110113] Integridad de la piel”. Para este indicador la escala utilizada será la “01 Grado de deterioro de la salud o el bienestar” en la que establecemos como valor inicial (en el momento de inicio del plan) la puntuación de 3 (moderadamente comprometido) esperando llegar a la puntuación diana de 5 (no comprometido) en una semana.

En el caso de las intervenciones NIC se harán constar las actividades pertinentes que integren el tratamiento, con un enfoque acorde con la realidad de la práctica clínica general pero sustentada en la mejor evidencia científica. Se establecerá una periodicidad estándar para la consecución de las actividades/intervenciones, siempre en base a la población diana circunscrita en el PCE. Siguiendo el ejemplo anterior planificaríamos la intervención: “[840] Cambio de posición” diariamente dos veces por turno.

Ejecución: incluye la validación del PCE, su implementación y registro.¹⁷ En primer lugar, se determinará si los resultados y las intervenciones planificadas de manera estándar requieren de individualización para ser aplicadas al paciente

que forma parte de la población diana contenida en el PCE. La enfermera reflexionará sobre sus capacidades, conocimientos y habilidades para llevarlas a cabo. A continuación, se implementará el PCE a partir de las intervenciones NIC y sus actividades previamente planificadas valorando a la persona de forma continua, antes y después de la provisión de los cuidados, explicándole siempre qué se le va a hacer, por qué, de qué forma puede colaborar, qué sentirá y dejándole tiempo para que pregunte todo aquello que desee y pueda expresar sus temores, sugerencias o preocupaciones.

Por último, se llevará a cabo una recogida de datos de la persona manteniendo el plan siempre actualizado.

Evaluación: incluirá información suficiente para realizar un seguimiento completo del plan.¹⁷ Para ello, se considera necesario diseñar un sistema de evaluación para el PCE que proporcione información sobre el logro tanto de los resultados esperados o planteados estándar, así como de los elementos que pudieran interferir en su consecución. Esto se lleva a cabo a través de los indicadores de resultado y las puntuaciones iniciales y diana estándar junto al tiempo de consecución previsto. También ayudará a conocer, tanto la eficacia de las intervenciones, como las contingencias que pudieran aparecer y la manera en que éstas se afrontarán. Para ello se debe mostrar la cadencia de planificación de las actividades/intervenciones.

Se sugiere incluir una agenda estándar de planificación de cuidados y consecución resultados (Tabla 1) que facilite el seguimiento y mantenimiento del PCE como consecuencia de la evaluación del paciente. En la misma se podrán confirmar los cuidados realizados (ejecución) y si los resultados, medidos a través de los indicadores planificados, se han cumplido o no en las fechas/horas previstas.

Tabla 1. Propuesta de agenda estándar semanal de planificación de cuidados y evaluación de resultados

AGENDA SEMANAL:															
PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN/EVALUACIÓN DE CUIDADOS Y RESULTADOS															
PLANIFICACIÓN VS REALIZACIÓN/CUMPLIMIENTO	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO		
	P	R/C	P	R/C	P	R/C	P	R/C	P	R/C	P	R/C	P	R/C	
DIAGNÓSTICO /PROBLEMA DE COLABORACIÓN/ COMPLICACIÓN POTENCIAL															
INTERVENCIÓN 1															
INTERVENCIÓN n															
RESULTADO 1/INDICADOR															
RESULTADO n /INDICADOR															

P= planificado (intervención o resultado); R = realizada (intervención); C= cumplido (resultado)

Discusión/ Conclusiones: este apartado incluirá, en primer lugar, las discrepancias o consensos encontrados en la literatura de cada uno de los elementos incorporados al PCE. Esto dará lugar al planteamiento de futuras líneas de investigación que pudieran derivarse de la puesta en marcha del mismo, sobre todo en una línea evaluativa y de mejora de la calidad.

Finalmente se resumirán los principales elementos estandarizados a modo de conclusiones.

Presentación del plan de cuidados estandarizado

En primer lugar, es necesario seleccionar un formato para la presentación del PCE que facilite su lectura y utilización.⁶

Lo ideal es incluirlo en el sistema de información utilizado en el centro asistencial. Si se opta por el formato papel, resulta útil presentar el mismo en una tabla en la que en la primera columna se incluyan los diagnósticos enfermeros prioritarios, en la segunda se incluyan las intervenciones vinculadas a esos diagnósticos junto a sus actividades y, en la tercera, los resultados que se esperan conseguir junto a los principales indicadores utilizados para medirlos, además del valor inicial y valor diana que toman de manera estándar según la escala tipo Likert correspondiente (Tabla 2), según especificado en el apartado de Planificación.

Es conveniente tener en cuenta que la excesiva fragmentación en columnas podría dificultar tanto la lectura como su manejo si conlleva el aumento de la extensión del documento.⁶

Tabla 2. Presentación del plan de cuidados estándar

JUICIOS PROFESIONALES	RESULTADOS (NOC)/ INDICADORES	TIEMPO DE CONSECUCIÓN	INTERVENCIONES (NIC)/ ACTIVIDADES	PLANIFICACIÓN HORARIA
Diagnóstico de Enfermería (NANDA) (Código y nombre) Problema de Colaboración Complicación Potencial	NOC (Código y nombre)		NIC (Código y nombre)	
	Indicador/es para evaluar Escala de valoración (nombre) Puntuación basal - diana y tiempo de consecución	Fecha/hora de evaluación de los indicadores	Actividad/es y frecuencia	Horario de actividades

El estilo utilizado en la presentación ha de ser uniforme y la redacción clara. Es aconsejable que se utilice un mismo tiempo de verbo y persona, así como el uso de formas suaves evitando expresiones que pudieran sugerir imposición. En cuanto a la claridad, se recomienda el uso de frases cortas, términos sencillos y concretos. Las abreviaturas, si se utilizan, han de estar definidas en el contenido del PCE, en la presentación del mismo o al final.²⁰

Evaluación del plan de cuidados estandarizado

Los criterios o estándares de calidad de un PCE hacen referencia al proceso de elaboración, al contenido, a los aspectos formales, legales y éticos del mismo.⁶

Para la evaluación del PCE durante la formación de los estudiantes de Grado en Enfermería se propone seguir una rúbrica que vaya incorporando gradualmente dificultad en los criterios de resultado utilizados para evaluar los distintos elementos del plan en base a la secuencia seguida en la adquisición de los conocimientos teóricos.²¹ Sin embargo, para la evaluación, revisión o actualización de un PCE propuesto a nivel profesional se propone una rúbrica, realizada por la autora en base a su experiencia asistencial y docente, que incluya entre sus apartados resultados de aprendizaje vinculados a cada una de las fases del proceso de atención de enfermería y, además, uno relativo a la presentación del mismo y a la bibliografía utilizada para sustentarlo (Anexo 1).

La validez final de un PCE no dependerá solamente de su calidad, sino también de su éxito de implantación. Para ello es fundamental que: en las fases de selección, elaboración, implantación y difusión del plan se involucren responsables de enfermería de los centros; participen enfermeras clínicas en la revisión del mismo, exponiendo posibles dificultades de implantación y de los resultados obtenidos tras su aplicación; cuenten con suficientes recursos para su implantación (humanos, materiales y temporales); y que concuerden los resultados

Bibliografía

1. Echevarría Pérez P, Romero Sánchez JM, Giró Formatger D, Giménez Fernández M. Investigación en metodología y lenguajes enfermeros. Elsevier España; 2020. 280 p.
2. Tirado Pedregosa G, Hueso Montoro C, Cuevas Fernández-Gallego M, Montoya Juárez R, Bonill de las Nieves C, Schmidt Río-Del Valle J. Cómo escribir un caso clínico en Enfermería utilizando Taxonomía NANDA, NOC, NIC. *Index de Enferm.* 2011;20(1-2):111-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000100023>.
3. Juvé ME. Evaluación inductiva de la estructura de una terminología enfermera de interfase: conceptualización del proceso enfermero. *Nursing (Ed Española)*. 2012; 30 (7): 62-66. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0212-5382\(12\)70109-7](https://doi.org/10.1016/S0212-5382(12)70109-7).
4. González Gutiérrez-Solana R, Espinosa i Fresnedo C. El desarrollo del lenguaje enfermero produce avances. *Rev ROL Enferm.* 2017;40(9):10-7.

esperados en su implantación con los obtenidos en la práctica clínica.^{6,11}

Discusión

A pesar de la importancia de una correcta elaboración, presentación y evaluación de los PCE, para el éxito en su implantación, es relevante tener en cuenta que estos pueden y deben individualizarse para incorporar o adecuar su contenido a las características propias del usuario/paciente al que va a dirigirse^{9,12} convirtiéndose así en un PCI. Sin embargo, en ningún caso se eliminarán partes del mismo, ya que el PCE ha de representar los problemas comunes y de mayor prevalencia que presentan los usuarios-pacientes circunscritos a la población diana para la que ha sido diseñado y que compartirán, por tanto, la respuesta estándar descrita.¹⁸

A pesar de ello, el PCE sí podrá incorporar elementos que ayuden a su individualización, basados también, en la evidencia disponible. Es por tanto imprescindible su revisión continua y actualización para garantizar su vigencia.

Conclusiones

Un PCE se estructurará comenzando por una breve introducción en la que se acotará la población diana a la que irá dirigido el plan junto a una fundamentación de este a nivel teórico-conceptual. El desarrollo del plan incluirá las cinco etapas de proceso enfermero. Partiendo de una valoración estándar de la población diana, se enunciarán los diagnósticos de enfermería y problemas de colaboración más prevalentes, así como las intervenciones previstas y los resultados estandarizados esperados y formulados a través de lenguaje enfermero. Una presentación visual del PCE y el establecimiento de criterios evaluación de este a través de rúbricas favorecerán su uso y adecuación.

5. Rifá Ros R, Olivé Andradós C, Lamoglia Puig M. Lenguaje NIC para el aprendizaje teórico práctico en Enfermería. Elsevier; 2020. 513p.
6. Tomás Vidal AM. Planes de cuidados de Enfermería: modelo de referencia, métodos e instrumentos. Madrid; 1996. 280 p.
7. Ministerio de Sanidad y Política Social. Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. BOE 2010 16 de septiembre de 2010; 225(I):78742-78767.
8. Román Cereto M, Campos Rico A, Viñas Heras C, Palop R, Zamudio Sánchez A, Domingo García R, et al. Las taxonomías enfermeras NANDA, NOC y NIC en la práctica asistencial hospitalaria. *Enferm Clínica*. 2005;15(3):163-6. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(05\)71103-7](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(05)71103-7)
9. Vázquez Chozas JM, Muñoz González A. El proceso de atención de enfermería. Teoría y práctica. Editorial MAD; 2008. 354 p.
10. Ríos Jiménez A-M, et al. Lenguajes enfermeros estandarizados y planes de cuidados. Percepción de su empleo y utilidad en atención primaria. *Aten Primaria*. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.10.005>
11. Jakobsson J, Wann-Hansson C. Nurses' perceptions of working according to standardized care plans: a questionnaire study. *Scand J Caring Sci*. 2013;27(4): 945-952. DOI: <https://doi.org/10.1111/scs.12009>
12. Castellà-Creus M, Delgado-Hito P, Andrés-Martínez I, Juvé-Udina ME. Individualization process of the standardized care plan in acute care hospitalization units: Study protocol. *JAN*. 2019;75(1):197-204. DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.13823>
13. Serrano Gallardo P. Tipologías en el Trabajo Fin de Grado. En: Pilar Serrano Gallardo, Mercedes Martínez Campos. Trabajo fin de grado en ciencias de la salud. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2012. 74-79.
14. Marín Fernández B, Villalgordo Ortín P. Abordaje inductivo: un método útil para la elaboración de planes de cuidados estandarizados. *Metas Enferm*. 2005;8(4):26-31.
15. Phaneuf M. La planificación de los cuidados enfermeros: un sistema integrado y personalizado. McGraw-Hill/Interamericana; 1999. 284 p.
16. Olsson PT, Petersson H, Willman A, Gardulf A. Standardized care plans in Swedish health care: their quality and the extent to which they are used. *Scand J Caring Sci*. 2009;23(4):820-825. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00687.x>
17. Alfaró-LeFevre R, Herrero M, Ovid Technologies I. Aplicación del proceso enfermero fundamento del razonamiento clínico. Barcelona: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2014. 264 p.
18. Carpenito LJ. Manual de diagnósticos enfermeros. Lippincott Williams & Wilkins; 2016. 831p.
19. Herdman HT, Kamitsuru S. NANDA International Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2018-2020. Elsevier España; 2019. 497p.
20. León OG. Como Redactar Textos Científicos En Psicología y Educación. Netbiblo; 2005. 152p.
21. Visiers-Jiménez L. Propuesta de itinerario formativo en metodología enfermera en estudiantes de Grado en Enfermería. *Enferm Docente*. 2019;1(111):52-58.

Anexo 1. Rúbrica de evaluación. Plan de cuidados estándar

ETAPAS	RESULTADOS DE APRENDIZAJE			
	Insuficiente (0-4,9)	Suficiente (5-6,9)	Notable (7-8,9)	Sobresaliente (9-10)
INTRODUCCIÓN	No justifica la selección del plan de cuidados.	Enuncia el plan de cuidados seleccionado.	Describe la relevancia del plan de cuidados seleccionado.	Argumenta y justifica la relevancia y pertinencia del plan de cuidados.
	No acota la población diana a la que irá dirigido el plan.	Enuncia la población diana pero no la justifica.	Describe la población diana.	Describe y justifica la población diana del plan.
	No enmarca el plan de cuidados en un modelo conceptual enfermero.	Enuncia un modelo conceptual enfermero sin enmarcar en el mismo el plan de cuidados enunciado.	Enmarca parcialmente el plan de cuidados en un modelo conceptual enfermero (marco teórico).	Enmarca el plan de cuidados en un modelo conceptual enfermero.
VALORACIÓN	No identifica, selecciona, organiza o registra datos significativos relacionados con la situación de salud o no es capaz de estructurarlos debidamente según el modelo seleccionado.	Identifica los datos relevantes aunque solo estructura correctamente, según el modelo seleccionado, hasta el 80% de los mismos.	Selecciona los principales datos relevantes y los estructura todos correctamente, según el modelo seleccionado, focalizando en la situación de salud de la población diana a la que va dirigida el plan de cuidados.	Argumenta y razona los datos significativos, organizándolos según el modelo seleccionado. Plantea, registra y argumenta nuevas cuestiones oportunas a valorar para profundizar en la individualización del plan.
	JUICIOS PROFESIONALES	Identifica D.E y PC de manera inadecuados a la situación (menos de un 60% de los problemas identificados están basados en los datos aportados y/o están bien formulados).	Entre un 60-80% de los problemas identificados están basados en los datos aportados y/o están bien formulados y priorizados Discrimina entre D.E (reales /riesgo/salud) y P.C	Más del 80% de los problemas están justificados a partir de los datos aportados y están bien formulados y priorizados. Explica los D.E (reales/ riesgo/salud) según NANDA y P.C más relevantes.
PLANIFICACIÓN		Establece resultados NOC y/o intervenciones NIC /actividades incoherentes con los juicios establecidos o incompletos o mal formulados.	Establece resultados NOC /indicadores e intervenciones NIC/ actividades estándar.	Individualiza a la población diana seleccionada los resultados NOC/ indicadores y las intervenciones NIC/ actividades planificadas de manera completa y bien interrelacionada.
	No establece planificación horaria o tiempos de consecución de resultados.	Planifica actividades o consecución de resultados de manera correcta aunque incompleta.		El plan de cuidados es completo, coherente y oportuno para el paciente y permite un seguimiento adecuado del mismo.
EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN	La planificación establecida no permite su seguimiento o evaluación de ningún modo	La planificación establecida permite un seguimiento y evaluación del plan incompleto.	La planificación de intervenciones y de indicadores de resultado (especificación del estado actual y estado al que planifica llegar – Escala de Likert) permite un seguimiento bastante completo del plan y evaluación de su consecución.	Analiza y reflexiona sobre los resultados planteados (a través de la evaluación de la consecución de los indicadores) y las intervenciones planificadas.
			Permite implementar modificaciones al plan.	Hace propuestas para la mejora, mantenimiento o adecuación del plan de cuidados.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	No discute los elementos incorporados en el plan de cuidados.	Incluye puntuales discrepancias o consensos encontrados en la literatura de algún elemento del plan.	Incluye suficientes discrepancias y consensos encontrados en la literatura de elementos incorporados al plan.	Incluye las discrepancias o consensos encontrados en la literatura de cada uno de los elementos incorporados al plan.
	No incluye recomendaciones para la puesta en marcha del plan o su individualización.	Aporta alguna reflexión asilada para la puesta en marcha del plan o su individualización	Aporta algunas reflexiones y recomendaciones para la puesta en marcha e individualización del plan	Aporta reflexiones y variadas recomendaciones para la puesta en marcha del plan de cuidados y posterior individualización.
	No aporta conclusiones.	Las conclusiones no se centran en los aspectos más relevantes del plan. Solo algunas de las conclusiones aportadas aplican al plan.	Incluye conclusiones relacionadas con el plan.	Las conclusiones son breves y relevantes y aplican al plan.
PRESENTACIÓN Y BIBLIOGRAFÍA	Estructura desordenada.	Estructura ordenada.	Estructura ordenada.	Destaca la estructura, redacción y uso del lenguaje profesional. Utiliza recursos tipográficos que facilitan la comprensión del texto.
	La redacción no se ajusta a las reglas gramaticales. Utiliza incorrectamente el lenguaje profesional.	Cumple las reglas gramaticales, aunque la redacción está poco elaborada. Tiene dificultades para utilizar el lenguaje profesional.	Redacta y usa el lenguaje profesional de manera correcta.	
	No aporta referencias bibliográficas o selecciona bibliografía divulgativa. Las referencias no se ajustan a las normas internacionales.	Aporta referencias bibliográficas pertinentes y suficientes para la resolución del caso.	Cita correctamente según modelo elegido. Las referencias son relevantes, oportunas y suficientes.	Incluye artículos y guías que justifican una práctica basada en la evidencia. Cita correctamente según modelo elegido, incluyendo referencias relevantes, oportunas y suficientes.