

PLANES DE CUIDADOS

NNNConsult permite crear planes de cuidados enfermeros utilizando la taxonomía NANDA, NOC, NIC.

El plan de cuidados no es estrictamente la fase de planificación en NNNConsult sino que abarca diferentes fases del proceso enfermero: valoración, planificación, ejecución y evaluación. Aunque el plan de cuidados se considera la pieza central de este módulo, esta arropado por la fase previa de valoración así como las fases posteriores a la aplicación del mismo.

De esta forma, NNNConsult fomenta el pensamiento enfermero en la toma de decisiones, valoraciones, forzando al razonamiento de las decisiones planteadas.

La construcción del plan de cuidados es independiente de las tareas asignadas por el profesor al alumno.

Podemos utilizar NNNConsult para crear nuestros trabajos relacionados con el proceso enfermero sin necesidad de tener que responder a una tarea concreta. Esto permite una mayor flexibilidad en el uso de NNNConsult, cubriendo las necesidades de profesores y alumnos relacionadas con la planificación de cuidados.

Creación de planes de cuidados.

Independientemente de las tareas docentes, NNNConsult permite construir y almacenar toda la información relacionada con la planificación de cuidados.

El plan de cuidados arranca con un caso clínico, que permite abordar una fase de valoración del caso, indicando las posibles alteraciones del paciente en sus facetas vitales, bien usando la perspectiva de los patrones de Marjory Gordon o las necesidades de Virginia Henderson.

Tras la fase de valoración, y en base a las alteraciones detectadas en el paciente, el sistema nos guiará en la planificación para establecer los diagnósticos, objetivos e intervenciones adecuadas. Para establecer la planificación NNNConsult utiliza la taxonomía NANDA, NOC, NIC.

Posteriormente, tras esta fase de planificación, podemos integrar la información relacionada con la fase de ejecución del plan de cuidados y a continuación, en la fase de evaluación, aportar la información obtenida tras contrastar los resultados obtenidos por nuestro plan.

NNNConsult permite almacenar todos nuestros planes y disponer de ellos desde cualquier conexión o dispositivo.

Los planes generados son únicamente visibles y susceptibles de ser usados por el propietario. Estos planes pueden ser usados en las tareas que el docente asigna a sus alumnos para establecer un punto de inicio de la tarea a resolver.

Accediendo a nuestra AREA PERSONAL, en la barra superior seleccionamos la opción PLANES, y se nos mostrará una pantalla de panel de control con una vista rápida de los planes propios creados hasta la fecha **(A)** así como la biblioteca de casos de Elsevier disponibles para ser utilizados en cualquier momento **(B)**.

Desde esta pantalla podemos crear un plan de cuidados mediante la opción **NUEVO PLAN (C)**

Área Personal

Área Personal GRUPOS TAREAS PLANES

Mis planes

Mis planes **(A)** [+ Nuevo Plan \(C\)](#)

10 ▼ Mostrar registros Filtrar:

Plan Tipo de plan Estado

Sin datos

Mostrando 0 al 0 de 0 registros

Biblioteca de Casos **(B)**

10 ▼ Mostrar registros Filtrar:

Caso	Colección	Especialidades	Situaciones	Nanda Principal	Patrones	Necesidades
PLAN_00006	Elsevier			[00177] ESTRÉS POR SOBRECARGA	10 Afrontamiento-tolerancia del estrés	9 Evitar peligros/seguridad
PLAN_00007	Elsevier			[00198] TRASTORNO DEL PATRÓN DE SUEÑO	5 Sueño-reposo	5 Reposo/sueño
PLAN_00008	Elsevier			[00179] RIESGO DE NIVEL DE GLUCEMIA INESTABLE	2 Nutricional-metabólico	9 Evitar peligros/seguridad
PLAN_00009	Elsevier			[00008] TERMORREGULACIÓN INEFICAZ	2 Nutricional-metabólico	7 Temperatura

La creación del plan es totalmente independiente de las tareas. Tanto los alumnos como los profesores pueden crear planes de cuidados de forma libre sin estar sujetos al condicionante de las tareas.

Esto permite poder almacenar y disponer de los trabajos propios para cualquier uso que le desee dar el autor del mismo.

Elsevier ofrece una biblioteca de casos con los planes de cuidados correspondientes elaborados por profesorado universitario y avalados y revisados por Elsevier. Se ofrece una información exhaustiva en cada caso, cubriendo desde la valoración a la fase de evaluación.

Para crear un nuevo plan, hacemos clic sobre la opción mostrada en pantalla NUEVO PLAN y se nos muestra una pantalla para informar el nombre y descripción de nuestro plan **(A)**.

Debemos definir las fases que constituyen nuestro plan **(B)**. Con la selección realizada, el sistema ofrecerá posteriormente únicamente los apartados seleccionados en este punto para ser completados con el contenido correspondiente.

Vemos que las fases del plan son similares a las que podemos definir a la hora de crear una TAREA, ya que las condiciones de ésta definen cómo debe crear el plan el alumno.

Una vez establecidos los datos correspondientes, hacemos clic en **CREAR PLAN**. Cuando creamos un plan, el estado inicial del mismo siempre es BORRADOR.

Si un plan se encuentra en estado BORRADOR no puede ser utilizado como referente de una tarea. Es necesario cambiar el estado de BORRADOR a PUBLICADO utilizando la opción FINALIZAR que se muestra en el plan creado.

Área Personal

Área Personal GRUPOS TAREAS PLANES

Nuevo plan

Nuevo Plan

A Plan

Descripción

B Fases de Plan

Tipo Caso	Valoración	Justificación	Ejecución	Evaluación
No	Resumida patrón	Resumida	No	No

C Estado Borrador

+ Crear plan

Tras introducir toda la información que va a definir la composición de nuestro plan de cuidados, se nos muestra la pantalla principal donde podremos introducir todo el contenido necesario para completar nuestro plan de cuidados.

Área Personal

- Área Personal
- GRUPOS
- TAREAS
- PLANES

Paciente de 65 años, ingresado por neumonía crónica

Plan

A

Editar

Plan:	Paciente de 65 años, ingresado por neumonía crónica		Descripción:	Paciente de 65 años, ingresado por neumonía crónica en el servicio de urgencias. Presenta dificultad en la respiración y fue asistido con oxígeno.	
Fases de Plan	Tipo Caso	Valoración	Justificación	Ejecución	Evaluación
	Si	Resumida patrones	Resumida	Si	Si
Estado:	Borrador				Finalizar Eliminar

Categorías

B

Editar

Especialidades Relacionadas	Situaciones Clínicas Relacionadas

Caso: Introducción

C

Editar

Plan de Cuidados

Resumen

Valoraciones

Diagnósticos (NANDA)

D

Objetivos (NOC)

Intervenciones (NIC)

Justificaciones

F

Editar

Valoración

Sin datos

Diagnósticos Seleccionados (NANDA)

Justificación Diagnóstico Principal:

Sin datos

Red de diagnóstico:

Sin datos

Justificación

Sin datos

Ejecución

E

Editar

Evaluación

F

Editar

Sin datos

Justificación evaluación

Sin datos

Caso: Conclusiones

G

Editar

Toda la creación e introducción del contenido del plan se desarrolla en la misma página. Se presentan todas las secciones que según la definición a la hora de crear el plan vamos a utilizar en nuestro plan de cuidados.

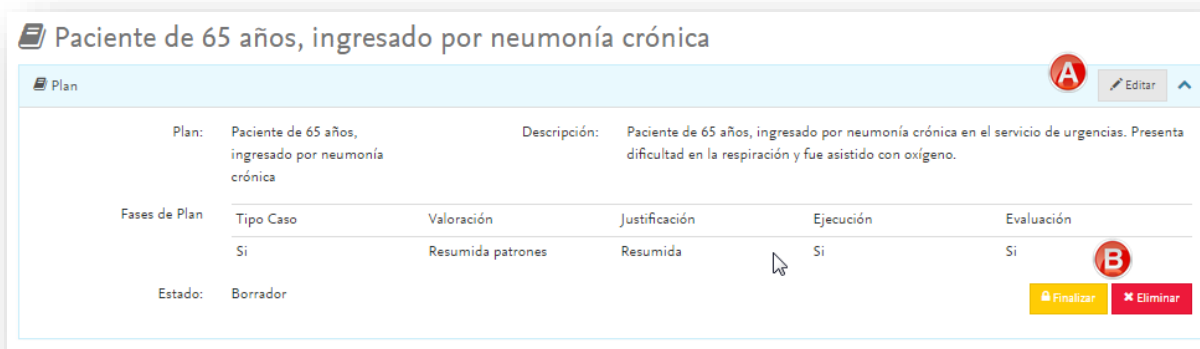
A	DEFINICIÓN PLAN	Presenta la configuración del plan que hemos definido en el momento de crearlo. En este apartado podemos establecer el estado del plan con la opción FINALIZAR/BORRADOR o bien ELIMINAR el plan. Una vez FINALIZADO el plan se nos ofrece la opción de EXPORTAR PDF o bien de DUPLICAR PLAN para hacer variaciones del mismo sin modificar el original.
B	CATEGORÍAS	Nos permite asignar alguna de las categorías disponibles en el sistema para catalogar el plan.
C	CASO:INTRODUCCIÓN	Si hemos indicado en la definición del plan TIPO CASO = Sí, se nos muestra esta sección para introducir todos los datos referentes a la anamnesis previa a la valoración. Este contenido es el que un alumno visualizará en caso de asignar esta plan a una tarea por tanto no debería contener información que el alumno debe aportar en la resolución (p.e. diagnóstico enfermero)
D	PLANES DE CUIDADOS	En esta sección permite crear la planificación utilizando la taxonomía NANDA,NOC,NIC. Dentro de la sección se muestran una serie de pestañas que se irán activando según avancemos en la construcción del plan. Las pestañas son: • Resumen Vista total del plan con los datos que se han incorporado hasta el momento. El Resumen contiene toda la información del plan • Valoraciones Valoración de alteraciones en patrones o necesidades dependiendo de la definición del plan. Previo a la planificación. La valoración marcará los diagnósticos disponibles en el plan • Diagnósticos (NANDA) Seleccionar diagnósticos enfermeros correspondientes a la valoración realizada. Se muestran aquellos relacionados con patrones o necesidades alteradas o en riesgo de alteración. • Objetivos (NOC) Seleccionar objetivos relacionados con los diagnósticos marcados en el apartado de Diagnósticos NANDA • Intervenciones (NIC) Seleccionar las intervenciones adecuadas según los objetivos a lograr indicados en el apartado de Objetivos NOC. • Justificaciones. Este apartado permite introducir las justificaciones correspondientes a las decisiones planteadas en la planificación. Según la definición del plan, será más simple o más compleja.
E	EJECUCIÓN	Esta sección permite introducir toda la información correspondiente a la fase de ejecución del plan.
F	EVALUACIÓN	Una vez ejecutado el plan, se ofrece en esta sección para introducir las puntuaciones obtenidas en los indicadores de nuestro plan.
G	CASO: CONCLUSIONES	Esta sección permite introducir el contenido relacionado con las conclusiones correspondientes al caso del paciente. Este apartado únicamente se muestra si se ha optado por él en la definición del plan.

Definición del plan (A)

Esta sección muestra los parámetros que hemos indicado en el momento de crear el plan. Mediante la opción EDITAR (A) siempre podemos variar la configuración de nuestro plan (si eliminamos alguna sección también desaparecerá el contenido incluido).

Desde este punto, mediante la opción FINALIZAR (B) podemos pasar nuestro plan de estado BORRADOR a estado FINALIZADO.

También podemos ELIMINAR (B) el plan de nuestro repositorio (no habrá opción de recuperación).



Paciente de 65 años, ingresado por neumonía crónica

Plan: Paciente de 65 años, ingresado por neumonía crónica

Descripción: Paciente de 65 años, ingresado por neumonía crónica en el servicio de urgencias. Presenta dificultad en la respiración y fue asistido con oxígeno.

Fases de Plan	Tipo Caso	Valoración	Justificación	Ejecución	Evaluación
Si	Resumida patrones	Resumida	Si	Si	

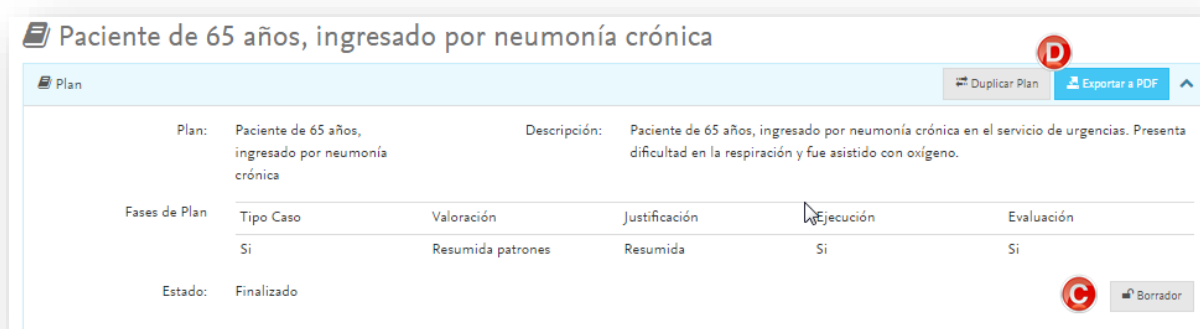
Estado: Borrador

Buttons: **A** Editar, **B** Finalizar, **B** Eliminar

Cuando tenemos el plan como FINALIZADO, estará disponible en la creación de tareas para ser asociado.

El estado FINALIZADO no permite ninguna modificación del contenido. Si necesitamos modificar el contenido, debemos pasar nuevamente a BORRADOR (C), mediante el botón correspondiente.

Con el estado FINALIZADO, tenemos a disposición las opciones de DUPLICAR PLAN (D) y EXPORTAR A PDF (D)



Paciente de 65 años, ingresado por neumonía crónica

Plan: Paciente de 65 años, ingresado por neumonía crónica

Descripción: Paciente de 65 años, ingresado por neumonía crónica en el servicio de urgencias. Presenta dificultad en la respiración y fue asistido con oxígeno.

Fases de Plan	Tipo Caso	Valoración	Justificación	Ejecución	Evaluación
Si	Resumida patrones	Resumida	Si	Si	

Estado: Finalizado

Buttons: **D** Duplicar Plan, **D** Exportar a PDF, **C** Borrador

Categorías (B)

El apartado de categorías nos permite clasificar nuestro plan según dos tipos de categorías: especialidades en enfermería y situaciones clínicas relacionadas. Podemos indicar más de una categoría para el mismo plan.

Mediante la opción EDITAR accedemos a la edición de las categorías que podemos utilizar. Para asignar las categorías debemos hacer clic sobre las flechas azules de la columna derecha. En ese momento, el elemento pasará a la columna izquierda desapareciendo de la anterior. Si la eliminamos de la columna izquierda, aparecerá nuevamente en la derecha.

En este sistema (que se aplica en la mayoría de las selecciones predefinidas dentro del plan) no existe la opción de GUARDAR, ya que en el momento que el elemento pasa de un lado a otro queda guardado automáticamente.

Una vez editada la sección y seleccionados los elementos correspondientes, hacemos clic en el botón de VOLVER en la esquina superior derecha del inicio de la sección.

Caso: introducción (C)

En esta sección podemos incorporar la introducción al caso clínico asociado al plan de cuidados. Todo el contenido que incorporemos en este apartado, en caso de ser utilizado el plan como base para una tarea, será visualizado por los alumnos como punto de inicio.

Habitualmente se incorpora toda la información relacionada con el plan pero que no aporta elementos que indiquen la resolución de la tarea. Por ejemplo, nunca deberíamos referenciar elementos de diagnósticos enfermeros, etc... Es conveniente incorporar únicamente aquella información que el alumno necesita para poder iniciar la resolución de la tarea (valoración, planes, etc...)

Para componer el contenido de la introducción, el sistema permite trabajar por apartados/párrafos separados dentro de la sección **(A)**.

Tenemos la opción de ir añadiendo apartados a nuestra sección con su título **(B)** y especificar el orden **(C)** en que aparece respecto al resto de secciones de este apartado. Esto permite una mayor flexibilidad en la edición del contenido. El contenido puede ser texto, tablas, imágenes, vídeos,... **(D)**

Tras editar un apartado nuevo, debemos hacer clic en GUARDAR y automáticamente se nos mostrará otro apartado en blanco para añadir a nuestra introducción al caso.

Clicando sobre la opción VOLVER en la parte superior derecha, cerraremos la edición de la sección y podremos visualizar el contenido que acabamos de incorporar.

Caso: Introducción **(A)**

Volver

Título **(B)** INTRODUCCIÓN Orden **(C)** 1

Descripción **(D)**

LMJ es un hombre de 82 años de edad, de profesión agricultor, vivía solo en una zona rural hasta el momento del ingreso en la residencia, el cual es decidido conjuntamente con su familiar más cercano (sobrina) tras valorar la dificultad en el manejo de potenciales problemas de salud y sociales.

Se trata de una persona afable, que muestra la preferencia por la interacción social frente al aislamiento y que, en principio, percibe el actual ingreso como una posibilidad de mejora en su situación social y de salud.

Eliminar Sección ☐

Nueva Sección **(B)**

Título **(B)** ANTECEDENTES PERSONALES Orden **(C)** 2

Descripción **(D)**

Presenta problemas osteoarticulares asociados a la edad y perfectamente manejados con medicación analgésica a demanda del propio paciente.

No presenta ninguna otra patología crónica de interés.

En las últimas semanas manifiesta que incluso tomando pastillas le molesta y que el dolor en la rodilla y la espalda no le deja hacer algunas de las actividades que se hacen en el centro.

Guardar

Planes de cuidados (D)

Toda la construcción del plan de cuidados se realiza dentro de la misma sección, sin páginas adicionales. La navegación está controlada mediante pestañas que presentan las diferentes partes del plan (dependiendo de la definición inicial aplicada). Desde la valoración hasta la evaluación y justificación de las acciones.

En todo momento, podemos ir a la pestaña de RESUMEN que nos mostrará el contenido completo que hasta el momento tengamos introducido en nuestro plan. El RESUMEN muestra de forma detallada y ordenada todos los elementos que hemos trabajado en nuestro plan.

Planes de cuidados: Valoraciones

Tras la lectura del caso clínico, se establece la valoración del paciente como primera acción dentro del plan de cuidados.

Podemos elegir una de las tres opciones que se nos presentan para valorar al paciente **(A)**:

- **Patrones**
Se muestran los 11 patrones de Marjory Gordon, y una caja de texto para los comentarios a la valoración del patrón
- **Patrones detallados**
Usando los 11 patrones de Gordon, en cada uno de ellos se despliegan numerosos detalles de cada patrón para recoger los datos del paciente con máxima rigurosidad.
- **Necesidades**
Se muestran las 14 necesidades de Virginia Henderson, con una caja de texto para emitir la valoración correspondiente

Únicamente debemos elegir uno de los tres: no podemos utilizar simultáneamente las diversas opciones.

Todos los sistemas de valoración presentados, disponen de 4 opciones de valoración **(B)** :

- **No valorado**: No existe información previa que nos permita valorar este patrón o necesidad.
- **Alterado**: Tras valorar el paciente, se detecta algún dato que indica que el patrón o necesidad está alterado
- **Riesgo de alteración**: no existe alteración pero existe el riesgo de verse alterado por otra información valorada en el paciente
- **No alterado**: tras valorar al paciente, no hay indicios de alteración

En el siguiente paso de establecer diagnóstico enfermero, únicamente se mostrarán aquellos diagnósticos NANDA correspondiente a los patrones/necesidades que hayamos indicado como alterados o en riesgo de alteración, bloqueando el resto de ellos.

Tras introducir toda la información de la valoración es necesario hacer clic en GUARDAR

Planes de cuidados: Diagnósticos (NANDA)

Tras introducir las valoraciones correspondientes podemos acceder al siguiente paso para establecer los diagnósticos enfermeros adecuados e indicar cuál o cuáles de ellos se contemplan como **Diagnóstico Principal**.

Este paso consta de tres opciones a cumplimentar:

- **Diagnósticos (NANDA)**

Clicando sobre el botón correspondiente a Diagnósticos NANDA **(A)** se nos muestran los patrones que hemos marcado en la valoración como alterados.

En esta opción deberemos hacer clic en el botón lateral de Diagnósticos (identificado con un icono de lápiz). Se nos muestran en la columna derecha todos los diagnósticos NANDA relacionados con el patrón alterado.

Disponemos de un buscador rápido **(B)** que se aplica al texto de la definición del diagnóstico y también podemos ordenar por orden numérico del código NANDA clicando sobre la cabecera de la columna de diagnósticos **(D)**.

Podemos consultar la etiqueta completa de NANDA haciendo clic en el icono de la columna VER **(C)** que abrirá una pantalla con toda la información de ese NANDA.

Para seleccionar aquellos diagnósticos que creemos que son adecuados para nuestro caso, debemos hacer clic sobre la flecha **(E)** para añadir que está al lado de cada diagnóstico. En ese momento, el diagnóstico pasará a la columna izquierda que recoge aquellos elementos que hemos ido seleccionando. En este tipo de interacción, que aparece en varios apartados del sistema, no es necesario GUARDAR. Automáticamente, al trasladarse de un lado a otro queda guardado.

- **Características y factores**

Tras seleccionar los diagnósticos que consideramos adecuados para nuestro caso, podemos definir las características definitorias y los factores relacionados que perfilan nuestros diagnósticos.

Haciendo clic sobre CARACTERÍSTICAS Y FACTORES, se nos muestra los diagnósticos seleccionados previamente con los apartados de Características Definitorias y Factores Relacionados o de riesgo

The screenshot shows the 'Características y Factores' tab in the NNNConsult interface. It displays two NANDA diagnoses: [00078] GESTIÓN INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD and [00079] INCUMPLIMIENTO. For each diagnosis, there are sections for 'Características Definitorias' and 'Factores Relacionados o De Riesgo'. A blue button with a pencil icon and 'C&F' is visible next to each section.

Para introducir la información necesaria haremos clic sobre el botón de C&F (icono lápiz). Nos mostrará las opciones para seleccionar los ítems de C&F. Disponemos de un buscador/filtro (A). Cada ítem dispone de descripción (B) y leyenda de tipo (característica, factor..) (D). Haciendo clic en las flechas azules podemos añadir los ítems a nuestro diagnóstico mostrado a la izquierda (D).

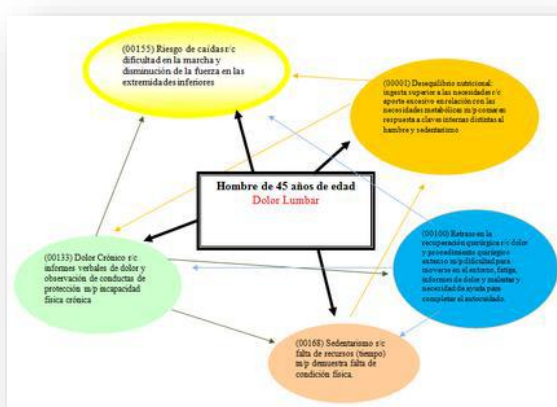
The screenshot shows the 'Características y Factores' tab for the diagnosis [00006] HIPOTERMIA. On the left, there are two tables: 'Características Definitorias' and 'Factores Relacionados y De Riesgo'. The 'Características Definitorias' table has two rows: 'Friedad de la piel.' and 'Temperatura corporal por debajo del rango normal.' The 'Factores Relacionados y De Riesgo' table has one row: 'Exposición a un entorno frío.' On the right, the 'Nueva Característica o Factor' panel is open, showing a search bar (A) and a list of items (B) with their types (D). The items include: Disminución de la tasa metabólica., Enfermedad., Envejecimiento., Evaporación de la piel en un entorno frío., Inactividad., Indumentaria inadecuada., Lesiones del hipotálamo., Malnutrición., and Medicamentos. A blue button with a pencil icon and 'C&F' is visible next to the search bar.

• Diagnóstico principal

Una vez completados los datos de los diagnósticos NANDA y perfilados por sus características definitorias y factores relacionados/de riesgo debemos seleccionar el diagnóstico principal para el paciente. El diagnóstico principal marcará qué objetivos NOC podremos establecer en el siguiente paso, ya que se nos mostrarán únicamente aquellos NOC que están relacionados con los diagnósticos principales.

Se nos muestran los diagnósticos que hemos seleccionado previamente, para marcar cuál de ellos es el diagnóstico principal **(A)**. A continuación se muestra una caja de texto para aportar el razonamiento de nuestra decisión **(B)**.

Para reforzar el razonamiento realizado, podemos aportar un gráfico de red de razonamiento diagnóstico (debe aportarse como imagen) **(C)** para demostrar cómo se llega al diagnóstico principal en el caso.



Una vez introducida toda la información relativa al diagnóstico principal, debemos hacer clic en el botón de **GUARDAR**.

Plan de Cuidados Resumen Valoraciones Diagnósticos (NANDA) Objetivos (NOC) Intervenciones (NIC) Justificaciones

Diagnósticos (NANDA) Características y Factores **Diagnóstico Principal**

Elige el diagnóstico o diagnósticos principales:

☐ [00006] HIPOTERMIA

☒ [00078] GESTIÓN INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD **(A)**

☐ [00079] INCUMPLIMIENTO

Justificación:

(B)

Guardar

Red de diagnóstico

Añadir red de diagnóstico **(C)**

Planes de cuidados: Objetivos (NOC)

Tras haber completado el apartado de diagnósticos, se activa la pestaña de Objetivos (NOC). Dado que se van a mostrar únicamente los NOC relacionados con los NANDA seleccionados, es necesario completar la fase de diagnóstico previamente.

Clicando sobre el botón correspondiente a Objetivos NOC **(A)** se nos muestran los diagnósticos que hemos seleccionado previamente. En esta opción deberemos hacer clic en el botón lateral de **OBJETIVOS NOC** (identificado con un icono de lápiz). Se nos muestran en la columna derecha todos los NOC relacionados con el diagnóstico de referencia NANDA .

Disponemos de un buscador rápido **(B)** que se aplica al texto de la definición del Objetivo y también podemos filtrar los NOC para ver otros objetivos aunque no estén relacionados.

Podemos consultar la etiqueta completa del NOC haciendo clic en el icono de la columna VER **(C)** que abrirá una pantalla con toda la información de ese objetivo.

En la columna del panel derecho, INTERRELACIONADA **(D)**, se muestra un icono de doble flecha. Este icono indica que está relación proviene de la publicación *Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos: Soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados, 3ª Ed, Elsevier*.

Para seleccionar aquellos objetivos que pretendemos conseguir con nuestra planificación, debemos hacer clic sobre la flecha **(E)** para añadir que está al lado de cada objetivo. En ese momento, el Objetivo NOC pasará a la columna izquierda que recoge aquellos elementos que hemos ido seleccionando y que formarán parte de nuestro plan.

En este tipo de interacción, que aparece en varios apartados del sistema, no es necesario GUARDAR. Automáticamente, al trasladarse de un lado a otro queda guardado.

- Indicadores y puntuaciones

Una vez seleccionados los objetivos (NOC), accedemos a la opción de Indicadores **(A)**, mostrándonos el diagnóstico indicado y los objetivos seleccionados para él mismo **(B)**.

Se nos ofrecen las opciones de INDICADORES **(C)** y de PUNTUACIONES **(D)**.

Plan de Cuidados Resumen Valoraciones Diagnósticos (NANDA) **Objetivos (NOC)** Intervenciones (NIC) Justificaciones

Objetivos (NOC)

Indicadores **(A)**

Diagnóstico (NANDA) [00078] GESTIÓN INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD

Objetivo (NOC) [1209] MOTIVACIÓN **(B)**

Indicadores **(D)** **(C)**

P. Inicial P. Diana Tiempo

Objetivo (NOC) [1601] CONDUCTA DE CUMPLIMIENTO

Indicadores **(D)** **(C)**

P. Inicial P. Diana Tiempo

Los indicadores nos permiten seleccionar los elementos que vamos a medir para valorar el resultado de nuestro plan. Los indicadores deben ser informados con las puntuaciones correspondientes (inicial, diana y tiempo de consecución).

Para seleccionar los indicadores, se nos muestra una columna a la derecha con los elementos relacionados con el objetivo (NOC) seleccionado previamente **(A)**. Haciendo clic sobre las flechas azules seleccionaremos aquellos indicadores que vamos a usar para medir el resultado. Dentro de la columna de indicadores disponemos de una caja de búsqueda que nos permite aplicar filtro **(B)**.

Una vez seleccionados los indicadores podemos introducir las puntuaciones correspondientes **(C)** (también se puede hacer desde la pantalla anterior).

Plan de Cuidados Resumen Valoraciones Diagnósticos (NANDA) **Objetivos (NOC)** Intervenciones (NIC) Justificaciones

Objetivos (NOC)

Indicadores **(A)**

Diagnóstico (NANDA) [00078] GESTIÓN INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD

Objetivo (NOC) [1209] MOTIVACIÓN **(B)**

Eliminar Indicadores

Mantiene una autoestima positiva.

Finaliza las tareas.

Nuevo Indicador

texto **(B)** Buscar

Añadir Indicadores

← Acepta las responsabilidades de las acciones.

← Expresa intención de actuar.

← **(A)** Mantiene la flexibilidad.

← Anticipa la recompensa intrínseca.

← Anticipa la recompensa extrínseca.

11 a 16 de 16

(C) **(D)**

Tras clicar la opción de puntuaciones se nos muestra la siguiente pantalla:

En la parte izquierda se nos muestra los indicadores del objetivo (NOC) que vamos a puntuar **(A)**. En la parte derecha se nos ofrecen varias opciones para establecer el proceso de puntuación:

B	ESCALA	Cada indicador debe ser medido de 1 a 5 según las escalas proporcionadas en cada indicador. Esta columna nos indica qué escala se le aplica y haciendo clic sobre la letra de la escala se nos presentan los valores y los literales aplicables.
C	PUNTUACIÓN INICIAL	En este campo, debemos indicar la puntuación inicial del indicador que presenta el paciente en el presente, según la escala correspondiente.
D	PUNTUACIÓN DIANA	La puntuación diana indica el valor que queremos obtener para ese indicador de nuestro paciente tras aplicar los cuidados correspondientes.
E	TIEMPO	Indicaremos el tiempo previsto para alcanzar la puntuación diana prevista del indicador. Valorable en horas, días, semanas y meses.
F	GUARDAR PUNTUACIONES	Una vez informados todos los campos, es imprescindible guardar las puntuaciones para no perder nuestra información.

Los indicadores y puntuaciones serán almacenados en nuestro plan de cuidados y posteriormente, en la fase de evaluación se mostrarán nuevamente para indicar los valores obtenidos tras la aplicación de las intervenciones del plan.

Planes de cuidados: Intervenciones (NIC)

Tras la selección de Diagnósticos (NANDA) y Objetivos (NOC) se nos abre la opción de indicar las Intervenciones (NIC) que aplicaremos al paciente según nuestro plan. Esta opción únicamente está activa si previamente hemos seleccionado los Objetivos (NOC).

La pestaña de Intervenciones (NIC) de nuestro plan, nos muestra en el lado izquierdo **(A)** de la pantalla el Diagnóstico (NANDA) y los Objetivos (NOC) seleccionados previamente de forma que las Intervenciones (NIC) que se nos mostrarán serán aquellas relacionadas con el NOC indicado.

Posteriormente, una vez seleccionadas las intervenciones, usando la pestaña de **Actividades (B)** podremos seleccionar las actividades relacionadas para cada intervención que hayamos incorporado a nuestro plan.

Para seleccionar las Intervenciones (NIC) correspondientes a cada Objetivo (NOC) haremos clic sobre el **botón de Intervenciones (NIC)** (con icono de lápiz) que se muestra a nuestra derecha **(C)** y se nos presentará la siguiente pantalla:

Se nos muestran en la columna derecha todos las **Intervenciones (NIC)** relacionados con el Objetivo (NOC) indicado. **(A)**

Disponemos de un buscador rápido **(B)** que se aplica al texto de la definición de las Intervenciones (NIC) y también podemos filtrarlos para ver otras Intervenciones aunque no estén relacionadas con este NOC.

Podemos consultar la etiqueta completa del NIC haciendo clic en el icono de la columna VER **(C)** que abrirá una pantalla con toda la información de esa intervención.

Para seleccionar aquellas intervenciones que vamos a aplicar al paciente según los objetivos marcados en nuestra planificación, debemos hacer clic sobre la flecha que está al lado de cada intervención **(D)** para incorporar el ítem a nuestro plan. En ese momento, la Intervención (NIC) pasará a la columna izquierda **(A)** que recoge aquellos elementos que hemos ido seleccionando y que formarán parte de nuestro plan.

En este tipo de interacción, que aparece en varios apartados del sistema, no es necesario GUARDAR. Automáticamente, al trasladarse de un lado a otro queda guardado.

- **Actividades**

Estructuralmente, cada Intervención (NIC) presenta un grupo de actividades posibles a realizar en nuestro plan.

Debemos seleccionar aquellas actividades que creamos conveniente y que nos permitan conseguir los resultados esperados que hemos indicado en la fase de Objetivos (NOC).

Haciendo clic sobre la pestaña de **ACTIVIDADES (A)** se nos presenta nuestro plan en la parte derecha con los diagnósticos, objetivos e intervenciones seleccionadas por el usuario. En este momento, haciendo clic en el botón de **Actividades (icono de lápiz) (B)** que existe para cada intervención, se nos mostrará la pantalla para realizar la selección oportuna.

Plan de Cuidados Resumen Valoraciones Diagnósticos (NANDA) Objetivos (NOC) Intervenciones (NIC) Justificaciones

Intervenciones (NIC) **A** Actividades

Diagnóstico (NANDA) [00078] GESTIÓN INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD

Objetivo (NOC) [1209] MOTIVACIÓN

Intervención (NIC) [4350] MANEJO DE LA CONDUCTA

Actividades

Hacer que el paciente se sienta responsable de su conducta.

Establecer límites con el paciente.

Establecer hábitos.

Aumentar la actividad física, según corresponda.

B Actividades

Tras clicar el botón de Actividades, se nos muestra una pantalla en la que la zona derecha **(A)** muestra los elementos de nuestro plan de cuidados y la intervención que hemos seleccionado previamente.

La parte izquierda presenta todas las actividades relacionadas con la Intervención que hemos seleccionado. Esta columna permite una búsqueda/filtro de actividades **(B)** dentro del grupo correspondiente a la intervención.

Para seleccionar las actividades que vamos a incorporar al plan debemos hacer clic sobre la flecha que está al lado de cada actividad **(C)**. En ese momento, la actividad pasará a la columna izquierda **(A)** que recoge aquellos elementos que hemos ido incorporando al plan.

En este tipo de interacción, que aparece en varios apartados del sistema, no es necesario GUARDAR. Automáticamente, al trasladarse de un lado a otro queda guardado.

Plan de Cuidados Resumen Valoraciones Diagnósticos (NANDA) Objetivos (NOC) Intervenciones (NIC) Justificaciones

Intervenciones (NIC) Actividades

Diagnóstico (NANDA) [00078] GESTIÓN INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD

Objetivo (NOC) [1209] MOTIVACIÓN

Intervención (NIC) [4350] MANEJO DE LA CONDUCTA

Eliminar Indicadores

- ✕ Hacer que el paciente se sienta responsable de su conducta.
- ✕ Establecer límites con el paciente. **(A)**
- ✕ Establecer hábitos.
- ✕ Aumentar la actividad física, según corresponda.

Nueva Actividad **(B)**

texto **Q** Buscar

Añadir Actividad

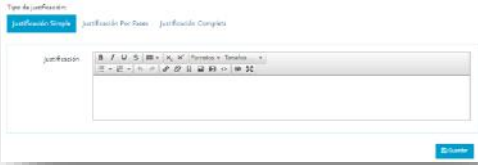
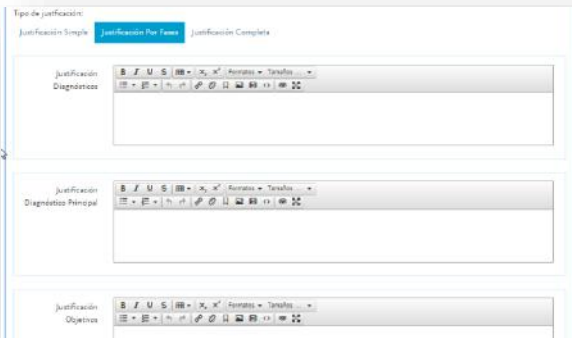
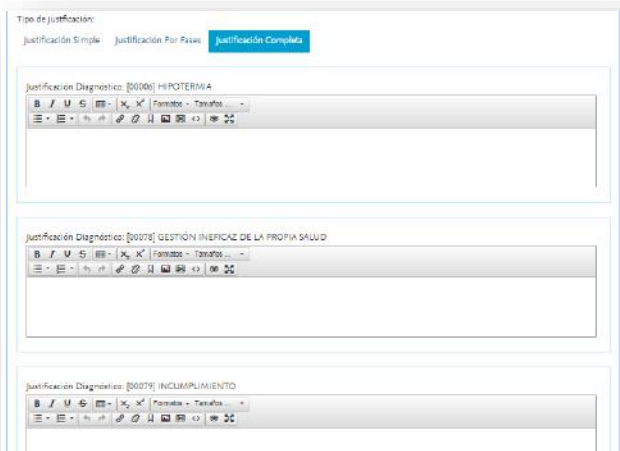
- ← Comunicar las expectativas de que el paciente mantendrá el control.
- ← Consultar a la familia para establecer el nivel cognitivo basal del paciente. **(C)**
- ← Abstenerse de discutir o regatear los límites establecidos con el paciente.
- ← Establecer una coherencia entre los turnos en cuanto al ambiente y la rutina de cuidados.
- ← Repetir de forma coherente las rutinas sanitarias como medio para establecerlas.
- ← Evitar las interrupciones.

1 a 10 de 21 1 2 3 > >>

Planes de cuidados: Justificaciones

Una vez finalizado el proceso de planificación, haciendo clic en la pestaña de **Justificaciones** se nos muestra una pantalla donde podemos introducir los razonamientos que hemos realizado para llevar a cabo las decisiones de planificación.

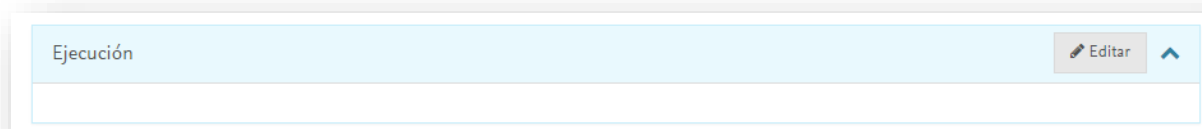
NNNConsult ofrece las siguientes variantes de justificaciones, permitiendo una gradación en la exigencia del plan o de la tarea.

Justificación simple	Se muestra una única caja de texto para introducir todo el razonamiento aplicado en la elaboración del plan. 
Justificación por fases	Se muestran diversas cajas de texto, una por cada fase del plan de forma que podamos establecer el razonamiento concreto que hemos aplicado a cada fase. 
Justificación completa	Se muestra una caja de texto por cada ítem de diagnóstico (NANDA), objetivo (NOC) e intervención (NIC) incorporados al plan. Es la justificación más detallada, permitiendo razonar una a una las decisiones tomadas. (Se excluyen las actividades). 

Fase de ejecución

Dentro de los apartados que acompañan a la planificación, la fase de ejecución permite introducir la información relacionada con la aplicación real de nuestro plan. En este apartado se recogerá la información relevante que haya surgido en el momento de la ejecución de los cuidados.

En la página principal del plan (clicando sobre Planes -> nombre del plan) donde se muestran todos los apartados, encontraremos en la parte inferior la fase de ejecución:



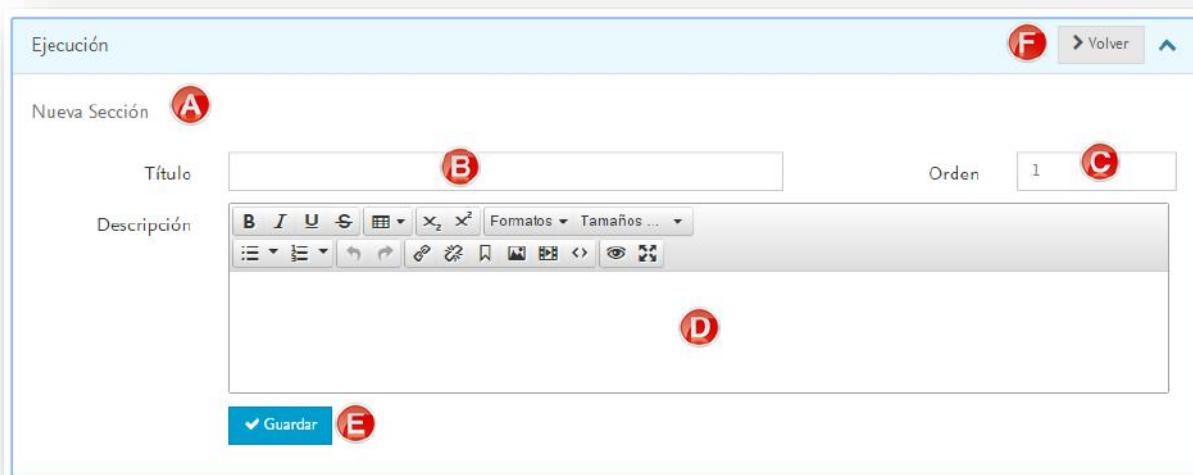
Hacemos clic sobre el botón EDITAR y se nos mostrará la caja de texto correspondiente para introducir la información.

Para componer el contenido de la introducción, el sistema permite trabajar por apartados/párrafos separados dentro de la fase de ejecución **(A)**.

Tenemos la opción de ir añadiendo apartados a nuestra sección con su título **(B)** y especificar el orden **(C)** en que aparece respecto al resto de secciones de este apartado. Esto permite una mayor flexibilidad en la edición del contenido. El contenido puede ser texto, tablas, imágenes, vídeos,... **(D)**

Tras editar un apartado nuevo, debemos **hacer clic en GUARDAR (E)** y automáticamente se nos mostrará otro apartado en blanco para añadir más información.

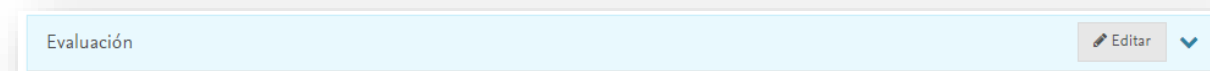
Clicando sobre la opción **VOLVER (F)** en la parte superior derecha, cerraremos la edición de la fase y podremos visualizar el contenido que acabamos de incorporar.



Fase de evaluación

Tras poner en práctica el plan de cuidados, se ofrece la posibilidad de introducir los datos que hacen referencia a los resultados obtenidos una vez ejecutado el plan.

Esta fase se encuentra disponible en la página principal del plan (Planes -> nombre del plan), tras la fase de ejecución. Para introducir la información debemos hacer clic en el botón EDITAR a la derecha de la pantalla.



En esta fase, se nos muestran los datos que incorporamos inicialmente en el plan de cuidados, y tras haberlo ejecutado, podemos incorporar las puntuaciones reales obtenidas y el tiempo real para su consecución.

La pantalla nos mostrará los indicadores de nuestro plan para cada objetivo definido, con las puntuaciones inicial/diana y el tiempo previsto para conseguir el objetivo. Para introducir los indicadores finales hacemos clic sobre el botón **indicadores finales** (icono de lápiz).

En este momento se permite introducir los valores de los indicadores y el tiempo finales **(A)**. Tras introducir los valores finales, es imprescindible guardar los datos haciendo clic en el botón **GUARDAR INDICADORES FINALES (B)**.

Evaluación ← Volver

DIAGNÓSTICO [00078] GESTIÓN INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD

OBJETIVO [1209] MOTIVACIÓN

Indicadores

	P. Inicial	P. Diana	Tiempo	P. Final	Tiempo final
[120907] Mantiene una autoestima positiva.	2	3	1 Semanas	3	2 Semanas
[120912] Finaliza las tareas.	2	4	2 Semanas	4	3 Semanas

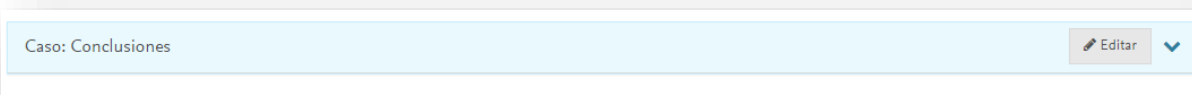
Justificación evaluación Editar

Tras introducir y guardar los datos finales de los indicadores, podemos completar el campo de **Justificación de evaluación** que se muestra en la parte inferior del apartado de Evaluación.

Caso: Conclusiones

Este es el último de los apartados que acompañan a nuestro plan. Si hemos introducido nuestro plan con información relacionada con un caso clínico, podemos aportar conclusiones sobre el caso, así como otros datos relevantes (p.e. bibliografía).

En la página principal del plan, encontraremos en la parte inferior, el apartado de Caso: Conclusiones.



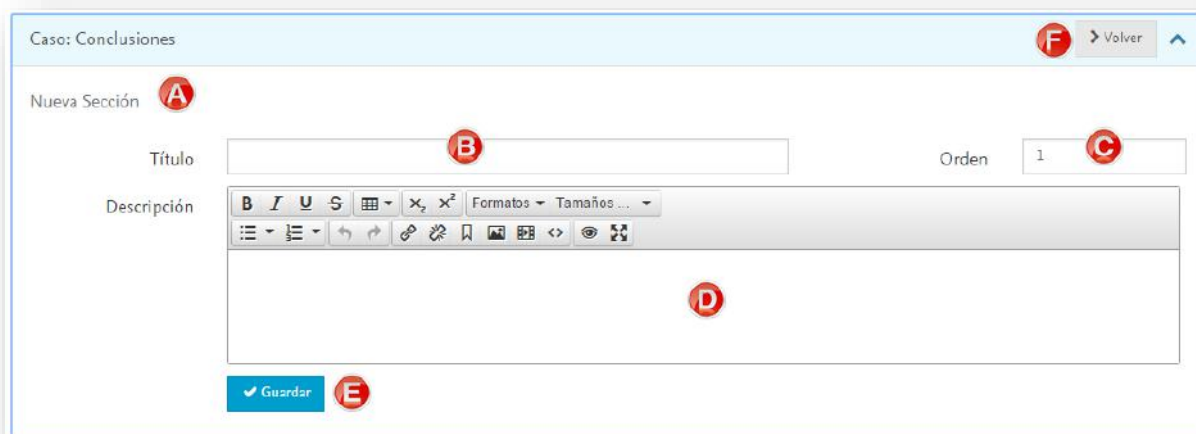
Hacemos clic sobre el botón EDITAR y se nos mostrará la caja de texto correspondiente para introducir la información.

Para componer el contenido de la introducción, el sistema permite trabajar por apartados/párrafos separados dentro de las conclusiones del caso **(A)**.

Tenemos la opción de ir añadiendo apartados a nuestra sección con su título **(B)** y especificar el orden **(C)** en que aparece respecto al resto de secciones de este apartado. Esto permite una mayor flexibilidad en la edición del contenido. El contenido puede ser texto, tablas, imágenes, vídeos,... **(D)**

Tras editar un apartado nuevo, debemos **hacer clic en GUARDAR (E)** y automáticamente se nos mostrará otro apartado en blanco para añadir más información.

Clicando sobre la opción **VOLVER (F)** en la parte superior derecha, cerraremos la edición y podremos visualizar el contenido que acabamos de incorporar.



FINALIZACIÓN DEL PLAN

Mientras construimos e informamos todos los apartados del plan (desde los datos de caso clínico, valoración, planificación, etc....) el plan está permanentemente en estado BORRADOR. Si observamos la parte superior del plan, podremos comprobar toda la configuración de nuestro plan (fases, si es tipo caso, etc....) y el estado actual del mismo **(A)**

Mientras el plan se encuentra en estado BORRADOR, no se podrá asociar a ninguna tarea para los alumnos. Para poder disponer de este plan y asociarlo a una tarea en algún momento es necesario cambiar su estado como FINALIZADO. Para cambiar el estado es necesario hacer clic sobre **FINALIZAR (B)**.

Así mismo, si en algún momento decidimos ELIMINAR el plan, podemos hacer clic sobre el botón **ELIMINAR (B)**.

 Paciente de 65 años, ingresado por neumonía crónica

Plan Edit

Plan: Paciente de 65 años, ingresado por neumonía crónica Descripción: Paciente de 65 años, ingresado por neumonía crónica en el servicio de urgencias. Presenta dificultad en la respiración y fue asistido con oxígeno.

Fases de Plan	Tipo Caso	Valoración	Justificación	Ejecución	Evaluación
	Si	Resumida necesidades	Completa	Si	Si

(A) Estado: Borrador **(B)** Finalizar **(X)** Eliminar

Una vez cambiado el estado a FINALIZADO, podemos comprobar que la cabecera del plan ofrece opciones diferentes. El estado se muestra como **FINALIZADO (A)**.

Ahora se permiten dos nuevas acciones:

- **Duplicar plan (C)**: podemos duplicar el plan con todo su contenido para poder hacer versiones diferentes utilizando la base del actual
- **Exportar a PDF (C)**: permite exportar todo el contenido del plan en formato PDF

Si queremos hacer cambios en el plan es necesario cambiar el estado a BORRADOR **(B)**

 Paciente de 65 años, ingresado por neumonía crónica

Plan Duplicar Plan Exportar a PDF

Plan: Paciente de 65 años, ingresado por neumonía crónica Descripción: Paciente de 65 años, ingresado por neumonía crónica en el servicio de urgencias. Presenta dificultad en la respiración y fue asistido con oxígeno.

Fases de Plan	Tipo Caso	Valoración	Justificación	Ejecución	Evaluación
	Si	Resumida necesidades	Completa	Si	Si

Estado: Finalizado **(A)** **(B)** Borrador