

*Propuesta de implantación
de Plan de Cuidados Estandarizado
en las Amenazas de Parto Pretérmino*



*Ana Martínez-Peña Ruiz
Tutora: Juana Hermoso de Mendoza Cantón
Master en Gestión de Cuidados de Enfermería*

Índice

1. Resumen	3
2. Introducción	4
3. Análisis de la situación	
3.1 Evolución de la profesión enfermera	7
3.2 Situación Actual	13
4. Ámbito de Proyecto	
4.1 Lugar de implantación	17
4.2 Unidad de hospitalización 2ª Maternal	20
4.3 Población a la que va dirigido	23
5. Análisis estratégico de la situación: Matriz DAFO	27
6. Proyecto de Gestión	
6.1 Modelo Teórico de las 14 Necesidades de Virginia Henderson	30
6.2 Elaboración del Plan de Cuidados Estandarizado:	
6.2.1 Valoración según Modelo de Virginia Henderson	35
6.2.2 Diagnóstico de Enfermería y Planificación	44
6.3 Estrategia de Propuesta de implantación	54
7. Conclusiones	57
8. Bibliografía	58
9. Anexos	
9.1 Encuesta para personal de Enfermería	61
9.2 Artículo	62

1. Resumen

La profesión enfermera ha experimentado una gran evolución en los últimos años, por lo que se ha reafirmado como profesión con unas bases teóricas muy afianzadas, con una manera de trabajar propia y con un rol autónomo.

Sin embargo, en la práctica se observa que no se ha avanzado tan rápidamente como en la base teórica y pese haber evolucionado mucho, aún queda por seguir trabajando.

Por lo que el presente proyecto tiene como objetivo contribuir en ese avance en la práctica enfermera, ya que va a consistir en la elaboración de un Plan de Cuidados estandarizado (PCE), el cual es una herramienta de trabajo que engloba la metodología enfermera, utilizando un modelo teórico, y un lenguaje normalizado y propio de enfermería.

Para posteriormente proponerlo para su implantación y que pueda ser usado como herramienta de trabajo para las enfermeras asistenciales.

Palabras Clave

Metodología enfermera, Plan de Cuidados Estandarizado, Amenaza de Parto Pretérmino



2. Introducción

He elegido para la realización de proyecto fin de master la elaboración de un Plan de Cuidados Estandarizado sobre las mujeres embarazadas diagnosticadas de Amenaza de Parto Pretérmino (APP).

Los motivos que me han hecho elegir este tema son los siguientes. Por un lado, los Planes de Cuidados Estandarizados (PCE), los cuales son metodología de enfermería con la que diversos hospitales están empezando a trabajar¹ y bajo mi punto de vista suponen un gran avance en la forma de actuar de enfermería, reafirmandonos como profesión. En segundo lugar, durante mi trayectoria profesional he observado que los cuidados de enfermería en la gestante diagnosticada de APP son realmente importantes.

Un plan de cuidados estandarizado (PCE) es un protocolo específico de cuidados que resulta apropiado para los pacientes que están padeciendo los problemas que son comunes o predecibles, asociados con un determinado diagnóstico o proceso patológico. Están basados en la respuesta humana a los procesos de salud, organizándose con metodología enfermera y utilizando lenguaje normalizado de enfermería¹.

Todo esto supone una herramienta muy útil para la profesión enfermera, uniendo teoría y práctica, ya que usa una teoría, una metodología y un lenguaje propio enfermero. Los PCE indicarían la línea de actuación a las enfermeras, homogeneizando por tanto su actuación, es decir, disminuiría la variabilidad en la práctica asistencial, a la vez que se realizarían unos cuidados basados en la evidencia. También determinarían cuales son los resultados esperados y marcarían la pauta para la continuidad de los cuidados. Además, el tener un lenguaje común facilitaría la comunicación entre profesionales, ya que une criterio y terminología. Todo ello contribuiría además a un incremento de la satisfacción tanto de los profesionales de enfermería como para el paciente. En cuanto a la profesión de enfermería fomenta su desarrollo y su investigación al tener datos comparables. En su elaboración se basan en la metodología enfermera.

Sin embargo, en la práctica se puede observar, que pese a todo este avance, a todo este esfuerzo por cambiar el modo de trabajar enfermero utilizando todo el cuerpo de conocimientos, la enfermera asistencial continúa volcada en la consecución de tareas propias de su profesión: administrar tratamientos, realizar técnicas, gestionar pruebas, etc. más que en ofrecer unos cuidados de calidad tomando al paciente como un ser integral y basados en la evidencia científica. En su gran mayoría ven a los PCE no como un paso adelante en dicha profesión, si no como una carga de trabajo más.

No me cabe ninguna duda que este pensamiento negativo, la desconfianza en incrementar su carga de trabajo con la falsa creencia de que no les aporte ningún valor y porque no decirlo, el miedo a lo desconocido, el miedo al cambio, irá desapareciendo según se vayan implantando los PCE y comenzando a trabajar utilizando los propios conocimientos enfermeros ofrecidos por esta herramienta. Viendo los resultados obtenidos y las ventajas que ofrecen, estarán orgullosas de lo que se está consiguiendo en nuestra profesión. Es un gran paso para enfermería.

Por todo ello, mi proyecto será la elaboración de un PCE y proponerlo para su implantación, de esta manera contribuir al cambio en el modo de trabajar enfermero, utilizando como base una teoría de enfermería, por lo que el eje central será el paciente y una metodología enfermera con un lenguaje normalizado y común.

Debido a mi experiencia profesional, el tema que he elegido para desarrollarlo en el PCE es el de las mujeres embarazadas que han sido diagnosticadas de Amenaza de Parto Pretérmino (APP) y deben de ser ingresadas en la planta destinada para dicha patología.

El parto a término puede presentarse entre la semana 37 hasta la 42. Una *Amenaza de Parto Pretérmino* es el proceso clínico sintomático que sin tratamiento o cuando éste fracasa, podría conducir a un parto antes de las 37 semanas completas de gestación². La Amenaza de Parto Prematuro es la responsable de aproximadamente el 80% de los nacimientos pretérminos³.

La prematurez continúa siendo la mayor causa de morbi-mortalidad neonatal y la responsable del 70% de las muertes neonatales y del 50% de las secuelas neurológicas del recién nacido³ sobre todo en edades de gestaciones muy precoces. En España, la tasa de prematurez es del 9.5% del total de nacimientos². El neonato prematuro tiene una probabilidad 180 veces superior de morir que el feto a término⁴, por lo que constituye un problema de salud pública.

Lo más importante, es que la morbilidad es mayor cuanto menor es la edad gestacional. Según un estudio realizado, se pone de manifiesto que el índice de supervivencia de recién nacidos cuya edad gestacional era inferior a las 23 semanas fue de 0 y a las 23, 24 y 25 semanas los índices fueron de 15, 55 y 79% respectivamente.⁵

Este problema se magnifica cuando observamos que la morbilidad y sus secuelas, habitualmente neurológicas, alcanza el 15-50% de los que sobreviven. A corto o a largo plazo algunas de las consecuencias que pueden tener son: parálisis cerebral, retinopatía, displasia broncopulmonar, etc⁶.

Estos niños necesitan infinidad de cuidados que empezarán en la misma sala de partos. Por lo general un neonato pretérmino necesitará soporte respiratorio y asistencia en la unidad de cuidados intensivos, donde permanecerá monitorizado para poder observar cambios críticos con mucha rapidez. También necesitará tratamiento de surfactante, suplementos de vitamina A, vigilancia y/o administración de líquidos y electrolitos, cuidados de la piel, tratamiento de complicaciones si hay persistencia del conducto arterioso, transfusiones de sangre, soporte nutricional, vigilancia y/o control de las infecciones... Todo este sin fin de cuidados a un neonato pretérmino conlleva un gran coste económico. En un estudio realizado en los Estados Unidos por Walter y Cols., determinaron que el tratamiento de los niños supervivientes prematuros de peso entre los 600 y 699g, tuvo un coste de 500.000 dólares y el de los niños cuyo peso de nacimiento fue entre 800 y 899g, alcanzó los 46.000 dólares⁶.

Cabe señalar que en los últimos años, ha habido una importante reducción de la morbimortalidad de este colectivo debido a diversos factores: por un lado el conocimiento de determinados procesos que ha hecho que disminuya la prematuridad. Como ejemplo de ello tenemos el tratamiento en la APP, el tratamiento de la diabetes materna, etc... Por otro lado, las estrategias preventivas de patologías neonatales como son, la maduración pulmonar y reducción de la hemorragia cerebral con corticoides, profilaxis infecciosa intraparto. También cabe señalar la mejora de los cuidados neonatales⁴.

La gestante permanecerá ingresada hasta que finalice el parto o hasta que el feto no corra peligro vital y la madre no presente síntomas de parto. Por lo que el tiempo ingresado de cada paciente es diferente ya que depende del momento de la gestación en el que se ha desencadenado la sintomatología. Esto conlleva que la estancia media de este grupo de pacientes sea elevado. En los datos de la Memoria del CHN de 2011 no se encuentra el diagnóstico como tal, sino que está englobado en el GRD "*Otros Diagnósticos Anteparto sin Procedimiento Quirúrgico*"⁷ en el cual se incluyen diagnósticos que requieren un ingreso menor, por lo que los datos de Estancia Media (E.M.) no son muy significativos.

Por todo ello, es fácil comprender que todos los esfuerzos que se efectúen para prevenir el parto pretérmino, tanto el tratamiento médico como los cuidados de enfermería, se verán reflejados en la disminución de los índices de morbimortalidad perinatal y de morbilidad materna (aumento de cesáreas, metritis postparto...), en la disminución del presupuesto empleado para ello, y en el aumento considerable de la calidad de vida del niño como también el de toda su familia. Por tanto, el tratamiento de la APP sería el último escalón en la prevención de la prematuridad, siendo el papel de la enfermera muy importante.



3. Análisis de la Situación

3.1 Evolución de la profesión Enfermera

Desde el origen de la humanidad, el cuidado ha sido muy importante en la vida de las personas. Según Colliere *“El origen del cuidado de enfermería está íntimamente ligado al acto de cuidar de la naturaleza humana, y en ese sentido podemos ubicar su desarrollo paralelo al desarrollo de la humanidad, identificándolo como un recurso de las personas para procurarse los elementos necesarios para el mantenimiento de la vida y su supervivencia en condiciones de salud y/o enfermedad”*⁸

Estos cuidados fueron evolucionando hasta que apareció el concepto de *cuidados enfermeros*. Pero para llegar hasta ahí, la enfermería ha tenido un largo recorrido desde sus orígenes hasta la actualidad. Ha sido ejercida por personas vinculadas con la religión (monjes, sacerdotisas, diaconisas) por soldados (en las Cruzadas en la Edad Media), etc., siendo una profesión subalterna del médico que por sí sola no podía desempeñar su cometido.

Pero es a mitades del siglo pasado cuando enfermería tuvo una auténtica y profunda revolución, pasando de ser una profesión al margen de la formación universitaria y sin competencias propias a ser una profesión consolidada con formación universitaria y competencias y funciones propias⁹.

Todo ello fue debido a un cambio socio-sanitario a mediados del S.XX, en el cual hay un gran avance en la medicina: mejores condiciones de asepsia y antisepsia, interés en erradicar las enfermedades transmisibles, idea de enfermedad física, concepción de salud como ausencia de enfermedad... Además, se empiezan a construir hospitales con un gran avance tecnológico⁸. Todo ello generó que nuestra profesión comenzara a preguntarse quién es la enfermera, y qué es lo que hace. En este momento enfermería comienza a evolucionar y a profesionalizarse.

Florence Nightingale fue la que comenzó esta revolución. Fue una enfermera que estudió en el Instituto de las Diaconisas de Kaisersworth y participó en la guerra de Crimea dando cuidado a los soldados, siendo ahí donde comenzó a observar y a gestar su teoría. Nightingale comenzó a darse cuenta de que la relación del enfermo con el entorno era muy importante. Esta idea viene también influenciada por la preocupación que había a finales del S.XIX cuando la higiene era un gran problema sanitario. Las ideas de Nightingale sirvieron como base para la enfermería profesional y su diferenciación con el cuidado doméstico.

Por ello se le considera la madre de la enfermería moderna, ya que no solo se dedicó a ofrecer cuidado, sino que su trabajo estuvo muy relacionado con su orientación filosófica de la interacción del entorno y paciente. También planteó que para ofrecer unos cuidados profesionalizados, era necesaria la formación de las enfermeras y desarrolló el primer programa de formación organizado para enfermeras¹⁰.

En la bibliografía sobre investigación enfermera, encontramos en un informe de Polit y Hunter, que las primeras referencias son de Florence Nightingale en 1859, como se ha explicado en el párrafo anterior. Más tarde, entre 1900 y 1923 el Comité de estudios para la educación de enfermería, facilita el Informe Golmark, el cual es una evidencia histórica de observación y evaluación, poniendo de manifiesto que enfermería seguía observándose a sí misma, estaba haciéndose un hueco para ser una profesión propia. Hacia 1940, se evaluó la formación de las enfermeras observando numerosas deficiencias, lo que estimuló la realización de investigaciones para poder subsanarlas. Además, es en este decenio cuando se impulsa la investigación de enfermería en el centro de investigaciones en enfermería en el Walter Reed Army Institute of Research. En 1970, Liederman registró el cambio de orientación en la investigación; se crea conciencia de generar base científica para la práctica pero por otra parte se dan cuenta que desde la práctica también se sientan las bases del conocimiento.¹¹⁻¹²

Una vez comenzado el cambio, empezaron a surgir enfermeras investigadoras que iniciaron sus estudios sobre los contenidos teóricos de enfermería. La diversa y activa producción científica ha permitido delimitar el cuerpo de conocimientos propios dentro de lo que se denomina *ciencia de la enfermería*, lo que también permitió que la disciplina adquiriese más fuerza y notoriedad¹³.

El concepto *disciplina enfermera* empieza a ser introducido en los años 1950 en EEUU, con un grupo de académicas-teóricas que señalaban que una profesión nueva como enfermería debía explicitar su propio conocimiento a través de sus bases teóricas para poder sobrevivir como profesión. En las décadas 60-70 se inicia la indagación y reflexión que permite confeccionar marcos conceptuales, iniciándose así un desarrollo disciplinario de incorporación de conocimientos desde otras disciplinas. La disciplina enfermera es el cuerpo de conocimientos, los fundamentos de la profesión, englobando los valores y lo ético. Por lo tanto es la que guía la práctica clínica, utilizando el conocimiento en la práctica. Se definió como disciplina profesional práctica porque lo que pretende es usar el conocimiento para la resolución de problemas diarios en la práctica. La disciplina requiere de conocimientos, método y de ciencia de enfermería, porque sin todo ello no habría enfermería, solo cuidados. Para ello es necesario el uso de modelos y teorías de enfermería y el método científico¹³.

El *modelo de enfermería* es la representación simbólica y conceptual de la realidad enfermera, según la relación que se establece a través del paradigma enfermero (persona, salud, entorno y enfermería) representa la forma ideal y se caracteriza por ser abstracto, simbólico¹⁰.

La *teoría* proporciona base científica de conocimientos para poder llevarlos a la práctica, fundamentando y enseñando a actuar con sentido, y facilitando una visión del mundo en el cual el fenómeno es observado, organizado, entendido e interpretado, ayudando a analizar los hechos, además de potenciar y adecuar la práctica de los cuidados y la investigación de enfermería¹¹.

El *método científico* es un proceso destinado a explicar fenómenos, establecer relaciones entre los hechos y enunciar leyes que expliquen los fenómenos físicos del mundo y permitan obtener, con estos conocimientos, aplicaciones útiles al hombre. Los científicos emplean el método científico como una forma planificada de trabajar. Enfermería es el arte de cuidar, pero al mismo tiempo es una ciencia, por lo tanto debe utilizar en su praxis el método científico. Además, en la actualidad, las decisiones clínicas basadas en la evidencia científica constituyen una exigencia general en las sociedades avanzadas para todas las disciplinas. Esta necesidad hizo que las enfermeras diseñaran un sistema de trabajo ajustado a los principios del método científico pero adaptado a las necesidades propias del trabajo enfermero, dando lugar al **Proceso de Atención de Enfermería (PAE)**.

Marriner, lo definió de este modo: La aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería⁸.

El PAE es un proceso sistemático, dinámico y flexible. Sus fases se encuentran interrelacionadas formando un círculo continuo de pensamiento y acción. Permitiendo utilizar el método científico en la práctica de enfermería pero a la vez siendo flexible y dinámico para poder ir modificando estrategias ya que el ser humano es un ser cambiante¹⁴.

El concepto original del PAE se introdujo en la década de 1950 como un proceso de tres pasos: valoración, planificación y evaluación, basado en el método científico en las fases de: observación, medición, recopilación de datos y análisis de los resultados. Pero tras años de estudio y perfeccionamiento se delimitaron y estandarizaron los contenidos de las fases de este sistema de trabajo, basadas en la investigación y en la experiencia profesional acumulada, y con un sistema de codificación reglado para unificar el lenguaje de enfermería, facilitar su registro manual e informático y abrir las puertas de la investigación, y decidieron ampliar el PAE a 5 fases, las cuales son:



Valoración

Es el punto de partida del PAE y constituye la base del desarrollo del plan de cuidados. Por lo tanto es imprescindible para la toma de decisiones. El objetivo de la valoración será la recogida de información sobre el estado de salud del paciente.

Se realiza una recogida de manera sistemática tomando al paciente como un ser integral. Para ello se utiliza, como forma de unificar criterios, para que sirva de orientación y como base del método científico, una *Teoría de Enfermería*. Hay diferentes teorías como por ejemplo, los Patrones Funcionales de Marjory Gordon, la teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, La teoría de las Necesidades de Virginia Henderson, entre otras¹⁵.

Identificación del problema

Incluiría análisis e interpretación de los datos. Es decir, se analiza cuáles son los problemas detectados, y se formularían los **diagnósticos de enfermería**.

Según la ANA (American Nursing Association) definió la enfermería como “*el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a problemas de salud reales o potenciales*”¹³⁻¹⁵.

Según la NANDA internacional, un diagnóstico de enfermería se define como “*un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, una familia o una comunidad a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales que proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras, para lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable. La precisión y la validez de los diagnósticos enfermeros guían la selección de intervenciones que probablemente producirán los efectos deseados del tratamiento y determinan los resultados sensibles a los cuidados enfermeros*”¹⁶.

Aunque las enfermeras han diagnosticado los problemas de los pacientes durante muchos años, el término “diagnóstico de enfermería” es relativamente nuevo¹⁵. Los esfuerzos diagnósticos anteriores se vieron truncados por la falta de un lenguaje común para enunciar los problemas de enfermería. Para subsanarlo, el grupo de la Conferencia Nacional sobre Clasificación de Diagnósticos de Enfermería empezó a identificar y clasificar los problemas de salud que tratan las enfermeras. Esta formación formada en la primera Conferencia Nacional sobre Clasificación de Diagnósticos de Enfermería en 1973, es actualmente la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (ANA)¹⁷.

En esta fase, se deben identificar cuáles son los problemas o necesidades sin cubrir. Éstas pueden ser reales o potenciales. *Real* es aquella que existe en ese momento y presenta signos y síntomas identificables. *Potencial*, es aquel que el paciente corre el riesgo de desarrollar.

El siguiente paso sería dividirlos, por un lado en Diagnósticos de Enfermería, que serían los que la enfermera por sí misma, debido a su formación y experiencia, está capacitada y autorizada para tratarlos de manera independiente. Por otro lado en *Problemas de Colaboración*, que son las situaciones fisiopatológicas donde la enfermera es responsable de identificar y tratar en colaboración con otros profesionales.

Se consideran la clave para la realización de unos cuidados de enfermería basados en la evidencia¹⁷.

Planificación:

Esta es la etapa del planteamiento de los cuidados o del cuidado enfermero. En ella se debe ordenar jerárquicamente los problemas detectados. Al recoger los datos utilizando una de las diversas teorías enfermeras ya se sigue un patrón en el que se tiene en cuenta la prioridad de las necesidades del ser humano.

El siguiente paso sería determinar los resultados que deseamos obtener de cada problema. Estos resultados son mensurables y se usan para evaluar si las intervenciones elegidas son las adecuadas según la respuesta del paciente, es decir, para evaluar si se han cumplido los objetivos marcados.

Para definir estos resultados se utiliza un lenguaje común, empleándose la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) que presenta la terminología y las medidas estandarizadas para los resultados específicos que se derivan de las intervenciones de enfermería. Éstos están enunciados empleando verbos de acción, que son los que describen el comportamiento del paciente que se debe evaluar.

Una vez seleccionados los resultados que se van a conseguir, se establecen las Intervenciones de Enfermería para ayudar al paciente a lograr los resultados deseados. Deben de ser acciones específicas y claras y también comienzan con un verbo de acción. Para las intervenciones de enfermería se utiliza la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) para usar un lenguaje común.

Ejecución

Es la puesta en marcha del Plan de Cuidados. En esta etapa se realizan las actividades de Enfermería planificadas para alcanzar los objetivos marcados y prevenir, resolver o vigilar los problemas detectados. Como se ha referido, el PAE, es un proceso continuo por lo que la enfermera continúa valorando al usuario para determinar si las actuaciones son efectivas o no.

Evaluación

Es la última fase del proceso de atención de enfermería y consiste en realizar una comparativa de forma planificada y sistemática, entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Aunque realmente, es una parte integral de cada fase y algo que la enfermera realiza continuamente.

Lo que se pretende en esta fase es plantear correcciones o mejoras en el PAE según vayan siendo los resultados obtenidos. Si el resultado ha sido conseguido, es que esa necesidad ya se ha satisfecho, por lo tanto el paciente ya será independiente y la enfermera solo supervisará que sigue manteniendo esa independencia. También nos podemos encontrar con que el paciente está en proceso de lograrla o que no lo ha alcanzado, por lo que se volverá a empezar, revisando el problema (valoración), los resultados y acciones (planificación), para conseguir alcanzarla¹⁵⁻¹⁸.

Cuando un paciente entra en el sistema de atención de la salud, la enfermera es la que se encarga de aplicar las fases del proceso para conseguir los resultados y objetivos deseados.

En resumen, Enfermería comenzó a tener una identidad propia, cuyo objetivo y trabajo es la actividad de cuidar. La disciplina de enfermería permite clarificar y determinar, dentro de sus límites, que tipo de conocimientos buscamos, que valores tenemos, que hacemos, creemos y compartimos los miembros de enfermería para que podamos ser entendidos; la teoría nos ayuda a analizar los hechos de manera sistemática y el PAE nos permite utilizar el método científico, y aplicar los conocimientos de enfermería en la práctica. Además, para unificar el lenguaje enfermero se ha desarrollado un sistema de clasificación de diagnósticos, que es la taxonomía NANDA, clasificación de resultados (NOC) y clasificación de intervenciones (NIC). Todo este trabajo está teniendo una enorme repercusión para la profesión enfermera, sentando las bases teóricas necesarias para su avance disciplinar y profesional.



3.2 Situación Actual

El problema en el que se encuentra en este momento nuestra profesión es la separación que existe entre teoría y práctica.

La vinculación teoría-práctica es muy importante, ya que una práctica es científica cuando sus actuaciones se basan en teorías que han sido desarrolladas científicamente y se aplican mediante método sistemático para resolver los problemas de su área de competencia. Por lo tanto, la práctica científica de la enfermería requiere la adopción de una **teoría** que dé significado a la realidad donde se ejecutan los cuidados y un **método sistemático** para determinar, organizar, realizar y evaluar las intervenciones de enfermería.

Como se ha explicado en el apartado anterior, ha habido un gran avance teórico, pero el problema detectado en la actualidad es que la enfermera asistencial tiene poca conciencia de la importancia de unir teoría y práctica y su praxis diaria continúa siendo la ejecución de tareas y técnicas de enfermería y la resolución de problemas según van apareciendo. Una de las múltiples razones por las que puede ser debido, es que la enfermería es una profesión relativamente joven, fue introducida en estudios universitarios en los años 70. Anteriormente existía la titulación ATS (Ayudante Técnico Sanitario) que como su nombre indica, refleja la supeditación al médico y un rol totalmente colaborador. En la actualidad muchos de los profesionales en activo fueron formados bajo el plan de estudios anterior. Aunque validaron su título, la base teórica y filosófica sobre la profesión es muy distinta a la que se está impartiendo actualmente en las aulas. Esto puede explicar el predominio del rol colaborador que se observa en la práctica clínica.

Además, diversos estudios de investigación hacen referencia a que los profesionales acaban su formación universitaria con fuertes valores y conocimientos enfermeros que reflejan las teorías académicas promovidas por la educación enfermera, pero gran número de factores impiden ponerlos en práctica de forma completa y clara, como por ejemplo: limitaciones de ideología médica dominante, la estructura organizativa, elevada presión asistencial en las unidades de trabajo, además de la resistencia al cambio. Estos trabajos ponen de manifiesto que las enfermeras dan mayor relevancia a habilidades técnicas y dominio de procedimientos, sin echar de menos el rol autónomo²⁰.

Es por todo ello que en la actualidad, se está tratando de que los conocimientos teóricos se implanten en la práctica diaria, ya que lo que se pretende es que no sólo sea un simple avance teórico, si no conseguir que sea la forma de trabajar de enfermería. El objetivo es aplicar a la práctica diaria los modelos teóricos existentes y fundamentar las decisiones clínicas en evidencias científicas que respalden las actuaciones enfermeras y utilizar el propio cuerpo de conocimientos

de la profesión y se logre ser capaz de aprovecharlo para el desarrollo de la profesión enfermera.

Una solución a este problema para unificar la teoría enfermera con la práctica de enfermería sería utilizar en la praxis diaria los Planes de Cuidados Estandarizados.

Un **Plan de Cuidados Estandarizado (PCE)** es un protocolo específico de cuidados previamente elaborado, apropiado para aquellos pacientes que padecen problemas normales o previsibles relacionados con un diagnóstico concreto o una enfermedad determinada. Sirven para definir qué hay que hacer y qué cuidados deben ofrecer ante una determinada patología con criterios de calidad estandarizada, incluyendo aspectos físicos, psicológicos y familiares y por tanto responden a una visión integral de la persona¹⁸⁻¹⁹.

El PCE permite la realización del PAE incluyendo intrínsecamente las tres primeras etapas. Su utilización en la práctica conlleva trabajar con más rigor y mayor calidad en la atención a los pacientes, provocando mayor satisfacción y relevancia de los profesionales y de los pacientes. Lograría ir consolidando progresivamente el uso del lenguaje común enfermero. Se conseguiría lograr la unificación de criterios y pautas, disminuir la variabilidad de cuidados, permitir realizar cambios basados en la evidencia gracias a la magnitud de registros realizados, permitiendo el planteamiento de mejorar nuestros cuidados. Esta unificación de criterios y de terminología favorece la continuidad de los cuidados. A la vez, actúa como estímulo para mejorar nuestra autoestima profesional porque es un gran avance colectivo²¹.

En su utilización los PCE, además, tienen múltiples ventajas, ahorran tiempo y repeticiones innecesarias al elaborar un plan de cuidados individualizado, limitando el tiempo en la planificación de cuidados, pero sin sacrificar la calidad, ya que la enfermera sólo tendrá que individualizarlo. Ayuda a enfermeras poco experimentadas o nuevas en determinado servicio, a aprender sobre el cuidado a determinados pacientes y a las experimentadas les pueden recordar aspectos de cuidado que podrían haber olvidado.

Los PCE son importantes por diversos motivos. Clínicamente, ofrecen una forma de planificar y comunicar los cuidados apropiados para el paciente. Legalmente, ofrecen un marco para establecer los estándares de cuidados en una situación dada. Financieramente, pueden ofrecer una forma de validar la idoneidad de los cuidados brindados y justificar niveles de plantilla y el cobro por atención al paciente. Además en cuanto a niveles de gestión, la aplicación de PCE se puede traducir en parámetros de eficacia, con interesantes recortes en estancias medias¹⁷⁻¹⁹.

El problema que puede presentar un PCE es que se entre en una dinámica de despersonalización, es decir, ejecutar los PCE sin individualizarlos; aunque como bien dice Holloway N. *“No es el plan de cuidados el que provoca un cuidado despersonalizado, si no la actitud de la enfermera. Porque la enfermera que considera a los pacientes como seres individuales usará el plan de cuidados estandarizado como base, a partir de ahí permanecerá atenta a las respuestas individuales del paciente mientras aplica el arte y la ciencia de enfermería”*¹⁷.

Por lo que es muy importante y tener siempre presente que un PCE deberá completarse y adecuarse a las particularidades de cada paciente. No son de aplicación automática, deben de individualizarse.

Hay que tener presente a la informática, ya que ejerce un papel fundamental en la implantación de los PCE en la práctica diaria. Ayuda en la utilización de la metodología enfermera, ofreciendo toda una base de datos sobre los PCE, realizados previamente por equipo profesional, permitiendo a la enfermera asistencial la opción de seleccionarlo e individualizarlo.

El CHN dispone de un programa de cuidados de enfermería llamado **Irati**, es un programa exclusivo del Servicio Navarro de Salud y se ha convertido en la herramienta principal para las enfermeras de dicha comunidad, ya que permite la introducción y organización de todos los datos de enfermería además, interactúa con la Historia Clínica Informatizada. En un futuro, dará soporte a los PCE que, actualmente, está elaborando la Unidad de Planes de Cuidados, para su utilización en la práctica.



Por lo tanto, la estandarización de cuidados ayudará a las enfermeras a decidir y a actuar, sirviendo de guía para trasladar los conocimientos teóricos a la práctica clínica. Se reducirá la variabilidad de cuidados en la práctica asistencial, determinará el nivel adecuado de los resultados esperados y establecerá líneas de actuación para la continuidad de los cuidados. El uso de taxonomías contribuye a homogeneizar el lenguaje y puede también incrementar la capacidad de las enfermeras para comunicar y verificar los cuidados que proporcionan.

En resumen, lo que se pretende con la implantación de PCE en la práctica asistencial enfermera es:

- Fortalecer la práctica enfermera
- Homogeneizar las líneas de actuación y decisión en el área independiente de enfermería y protocolizar las que corresponde al ámbito de colaboración
- Facilitar una herramienta que propicie la satisfacción de pacientes y profesionales
- Unificar el lenguaje enfermero en el ámbito asistencial
- Actualizar conocimientos de los profesionales de enfermería²³



Por todo ello, la utilización de los PCE en la práctica diaria de las enfermeras es el camino a la excelencia en los cuidados.

4. Ámbito del Proyecto

4.1 Lugar de Implantación

El presente proyecto está realizado para su utilización en la planta de hospitalización de embarazo de riesgo, la cual, está ubicada en la segunda planta del área de Materno-Infantil del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN).

El CHN es un conjunto de hospitales y centros de especialidades que funcionan de manera unificada y son de referencia en la Comunidad Foral de Navarra. La creación del CHN es relativamente nueva. Previamente en Navarra existían varios hospitales. En el “Plan de Salud de Navarra 2006-2012” se planteó que podría mejorar la atención asistencial si se unificaran dichos servicios ya que algunas especialidades, unidades, etc. estaban duplicados lo que a veces, dificultaba actuar de manera eficaz. De esta manera, se diseñó la idea de crear una estructura conjunta y única, independientemente de su ubicación, que permitiera unificar especialidades y servicios para mejorar la gestión, la calidad y los recursos, tanto humanos, tecnológicos, como financieros y así conseguir alcanzar la máxima eficacia, bajo un modelo organizativo nuevo²⁴.

El 23 de Abril de 2010 en el BON se publicó la creación del CHN a través del DF 19/2010, de 12 de Abril. A partir de este plan, se daría luz verde a todas estas ideas que se ha mencionado anteriormente, creando un sistema de atención único y coordinado llamado Complejo Hospitalario de Navarra (CHN) para todo el área de Pamplona. Este proceso de creación se está implantando en diferentes etapas de forma progresiva.

El objetivo final de la unificación del CHN es:

- Simplificación de estructura
- Racionalización de la oferta asistencial
- Asegurar la máxima eficiencia en el aprovechamiento de los recursos humanos, financieros y tecnológicos.
- Evitar la duplicidad de servicios
- Incrementar el nivel de calidad de las prestaciones sanitarias
- Desarrollar la faceta investigadora y docente en las diferentes áreas asistenciales.

El CHN englobaría los siguientes centros asistenciales:

- Hospital de Navarra
- Hospital Virgen del Camino
- Clínica Ubarmin
- Centro de Especialidades Príncipe de Viana
- Centro Sanitario Doctor San Martín
- Ambulatorio de Tafalla
- Actividad Asistencial de especializada del Centro Sanitario Conde Oliveto
- Otras consultas de especializada

Igualmente se unificó la nomenclatura de cada hospital, correspondiendo de la siguiente manera:

- Hospital de Navarra → **CHN-A**
- Hospital Virgen del Camino → **CHN-B**
- Subdirección de Coordinación de Asistencia Ambulatoria → **CHN-C**
- Clínica Ubarmin → **CHN-D**

El CHN es un hospital público general que pertenece al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Su misión es la prestación de asistencia sanitaria especializada a los ciudadanos de la Comunidad Foral de Navarra y de otras CCAA de referencia y universal si la atención requerida es urgente. A la vez, contribuye a la docencia pregrado, postgrado, la formación especializada y la investigación. Su objetivo es satisfacer las necesidades de la población con equidad y eficacia.

Los fines a los que orienta su actividad son los siguientes:

- Mejorar la eficiencia asistencial
- Adecuar la organización de las distintas unidades asistenciales a los objetivos de mejora de la calidad
- Desarrollo del concepto e implantación de las áreas y unidades clínicas
- Establecer el CHN como referencia asistencial de la Región Sanitaria y modelo del nuevo sistema organizativo
- La valoración organizativa contemplará la totalidad de actuaciones incluyendo la asistencia continuada y urgente
- Adecuar la masa crítica asistencia de las unidades y servicios para garantizar la idoneidad en materia de especialización y subespecialización
- Impulsar y racionalizar el desarrollo de implantación de nuevas tecnologías

- Proporcionar los elementos formativos y técnicos necesarios para la divulgación e implantación de modelos basados en criterios de gestión clínica.
- Homogeneizar los procesos y protocolos asistenciales
- Optimizar los recursos asistenciales y no asistenciales
- Desarrollar e implantar los sistemas de información y registros necesarios
- Facilitar el establecimiento de mecanismos de coordinación eficaces en las unidades multidisciplinarias e impulsar estrategias entre niveles y centros en función de criterios de racionalidad, calidad y demanda.
- Adecuar los horarios de diferentes unidades orientándolos a las necesidades de los ciudadanos y a un aprovechamiento racional de las instalaciones
- Garantizar la cobertura de la prestación sanitaria en toda la Región Sanitaria con criterios de homogeneidad y optimización de recursos.

Las líneas estratégicas a seguir por el CHN son:

- Asistencia centrada en el paciente
- Calidad y mejora
- Sostenibilidad
- Unificación (de servicios duplicados)
- Gestión clínica:
 - Orientada a proceso asistencial
 - Centrada en necesidades y expectativas del paciente
 - Consiguiendo la implicación de profesionales
 - Optimización de la calidad asistencial y control del gasto sanitario²⁵

4.2 Unidad de Hospitalización 2ª Maternal

Es la unidad en la cual el presente proyecto sería implantado para su utilización. Está situada en el CHN-B y pertenece al área de Materno-Infantil. Esta unidad de hospitalización, está destinada a:

- Patologías durante el embarazo
- Parto
- Cesáreas
- Abortos

Recursos Materiales

Dicha planta está dotada de 39 camas, de las cuales seis habitaciones son triples, diez dobles y una individual. Cada habitación dispone de baño con inodoro y lavabo. Una de las habitaciones dobles incluye también una ducha, la cual está destinada para las pacientes que requieran mucho tiempo de hospitalización y/o reposo lo que hace que sea confortable y permite que se asee cada cierto tiempo de manera cómoda y sin precisar de mucho movimiento, como son las pacientes objeto del presente proyecto. Hay una sala de duchas, que son comunes y están abiertas las 24 horas del día.

En la parte central del pasillo se encuentra el control de enfermería, en el que se halla el despacho de la jefe de unidad y la farmacia para enfermeras, al lado se localiza el despacho médico. Hay también una sala de reconocimiento para valorar y/o explorar, a las pacientes y efectuar algún procedimiento si se precisara.

La unidad también cuenta con seis boxes que son utilizados para la atención de los neonatos. Cinco de ellos están entre las habitaciones y uno de ellos al lado del control de enfermería, el cual es utilizado por las enfermeras de la planta para hacer la valoración de ingreso a los neonatos, ejecutar pruebas y demás técnicas enfermeras protocolizadas o demandadas por pediatras. Los cinco boxes restantes, son utilizados para aseo diario de los neonatos, visita de pediatra, cambios de pañal y demás cuidados que precisaran.

La unidad, también cuenta con un lactario para las madres que precisaran utilizar.

Al fondo del pasillo está situada la secretaría. La unidad también cuenta con un cuarto sucio “vertedero”, almacén de lencería y material y por último el office. También hay un servicio público.

Recursos Humanos

En esta unidad se ofrece atención continuada al paciente las 24 horas del día, los 365 días del año, para ello se cuenta con el siguiente personal:

- **Personal de la Planta:**

La planta cuenta con un total de 14 enfermeras, 10 con turno rotatorio, 2 fijas de noches y otras dos a tiempo parcial de fin de semana. La presencia en cada turno es de:

- Enfermeras:
 - 4 enfermeras con turno de mañanas, más la jefa de unidad
 - 2 enfermeras con turno de tarde
 - 2 enfermeras con turno de noche
- Auxiliares de Enfermería
 - 4 auxiliares de enfermería con turno de mañanas
 - 2 auxiliares de enfermería con turno de tardes
 - 2 auxiliares de enfermería con turno de noches
- Médicos
 - Con turno de mañanas hay dos facultativos en ginecología en la unidad
 - Tarde y Noche están los médicos de guardia presencial, normalmente dos residentes y un adjunto

Actividad

La estancia en la planta suele ser breve, por ejemplo, en abortos sin complicación, suelen ser dos días y las cesáreas si no hay ningún problema, cuatro días. Si se alargara la estancia en los anteriormente citados no suelen ser muy prolongadas.

Las patologías que pueden aparecer durante el embarazo son variadas, desde hiperémesis gravídica, preeclampsia, pielonefritis, crecimiento intrauterino retardado, amenazas de parto pretérmino, rotura prematura de membranas... En las cuales la estancia media puede aumentar, dependiendo de la patología y las circunstancias personales de cada paciente. En mi experiencia en esta unidad, me di cuenta que las pacientes que más tiempo permanecían ingresadas en ella, eran las que habían sido diagnosticadas de amenaza de parto pretérmino.

La distribución de las pacientes en la planta no está dividida de antemano ya que según necesidades puede variar, pero sí que se respetan unas normas para que la unidad funcione mejor y de manera más organizada. Las enfermeras la organizan de manera adecuada para que tanto la actividad de enfermería como la satisfacción de las pacientes sea mejor.

Por ejemplo, hay habitaciones que no delimitan con los boxes, por lo que esas habitaciones se utilizarán para las pacientes que no tengan niños, ya sean para patologías en el embarazo o para abortos. A la vez que las habitaciones que estén contiguas a los boxes serán para pacientes con niño. De la misma forma, las pacientes se agruparán según patología, por ejemplo, las pacientes que presente un aborto se pondrán en la misma habitación y lejos de los boxes, las de patología en embarazo juntas... Como se ha comentado, la planta dispone de una habitación doble la cual tiene ducha, ésta estará reservada para aquellas pacientes que estén más graves y/o una duración de ingreso mayor. La habitación individual se reservará también para pacientes que tengan mayor gravedad y que precisen más tranquilidad y/o que su estancia sea muy prolongada.

El modelo organizativo de dicha planta es por pacientes/equipos, en el cual se asigna un número de pacientes determinados a un equipo cuidador, es decir, una enfermera y una auxiliar de enfermería. Existe un plan rotatorio establecido según el turno de cada enfermera y auxiliar de enfermería para saber de qué pacientes serán responsables.

4.3 Población a la que va dirigido

Como se ha mencionado anteriormente, el plan de cuidados estandarizado del presente proyecto, va dirigido a la mujer embarazada a la que le ha sido diagnosticado una amenaza de parto pretérmino (AAP) y ha de ser ingresada en el Complejo Hospitalario de Navarra en la planta correspondiente para iniciar tratamiento y por tanto unos cuidados de enfermería para intentar frenar ese parto prematuro y mantenerlo todo el tiempo que sea posible.

Amenaza de parto pretérmino (APP), es el proceso clínico sintomático que sin tratamiento o cuando este fracasa, puede conducir a un parto pretérmino. Cuando éste ocurre antes de la semana 37 de gestación².

También es definido como la presencia de contracciones uterinas con una frecuencia de 1 cada 10 minutos, de 30 segundos de duración palpatoria, que se mantienen durante un lapso de 60 minutos con borramiento del cérvix uterino del 50% o menos y una dilatación igual o menos a 3 cm, entre las 22 y 36.6 semanas de gestación. Es muy importante que las contracciones sean persistentes en el tiempo y regulares, para diferenciarlas de las contracciones que de forma habitual aparecen en el transcurso de la gestación.

Asimismo, el trabajo de parto pretérmino es aquel que presenta una dinámica uterina igual o mayor a la descrita anteriormente pero con modificaciones cervicales tales como borramiento de cérvix mayor al 50% y una dilatación de 4 cm o más.

La etiología es, en la mayoría de los casos desconocida, pero existen múltiples factores predisponentes:

- Factores Maternos: edad materna (<18 y > 40 años), estrés, tabaco, alcoholismo, abuso de sustancias tóxicas, bajo nivel socioeconómico, abuso doméstico, bajo peso materno, baja ganancia de peso durante el embarazo,
- Factores obstétricos: parto pretérmino previo, desprendimiento de placenta, antecedentes de fetos muertos, embarazo múltiple, antecedentes de aborto tardío, técnicas de reproducción asistida, rotura prematura de membranas, crecimiento intrauterino retardado, etc.
- Factores uterinos: malformación uterina, incompetencia cervical, etc.
- Factores infecciosos: corioamnionitis, vaginosis infecciosa, infecciones urinarias, enfermedades de transmisión sexual, etc.³

Cabe señalar que en muchas ocasiones, la sintomatología de la APP es imprecisa, pudiendo la gestante referir molestias abdominales de tipo menstrual, dolor lumbar continuo, contracciones uterinas o hemorragia escasa.

La APP es una causa principal de hospitalización prenatal, aunque cabe citar, que sólo un porcentaje pequeño de las mujeres con una APP tienen un parto pretérmino.

Tradicionalmente, el diagnóstico de la APP se basaba en la presencia de contracciones uterinas y modificaciones cervicales. Definimos contracciones uterinas como aquellas que son persistentes (al menos 4 en 23-30 minutos y 8 en una hora) y se consideran modificaciones cervicales, la presencia de un borramientos mayor o igual a 80% o una dilatación cervical mayor a 2.

Se diagnostica mediante examen digital, pero esto conlleva una gran variabilidad interobservador y un bajo poder predictivo, lo que puede conllevar a un sobrediagnóstico de las APP. Como complemento al tacto vaginal, están los marcadores del parto pretérmino como son la longitud cervical medida por ecografía transvaginal y el test de fibronectina (fFN).

Tras una amplia revisión de la literatura efectuada por NIHR Health Technology Assessment sobre la precisión y eficacia de diferentes medidas diagnosticas consideran que se debe disponer de ecógrafos de calidad, por tanto la medida más efectiva y económica es la medición del cérvix. Además, tiene una capacidad pronóstico que permite definir cuáles son de alto riesgo y además va a ayudar para evitar intervenciones innecesarias, también es una prueba que proporciona datos objetivos sobre la longitud del cérvix y además, permite seguir la evolución del cuello, durante el ingreso.

Una vez la paciente sea diagnosticada y se decida su ingreso y tratamiento, este consistirá en:

TOCOLISIS

El uso de tocolíticos se asocia con una prolongación del embarazo de hasta 7 días, pero sin un efecto claro en la reducción de las tasas de prematuridad. Las pacientes que se benefician en mayor medida de los tocolíticos, son aquellas con un trabajo de parto muy prematuro, las que necesitan ser trasladadas a un centro de referencia con adecuados cuidados neonatales y aquellas que no han completado una tanda de corticoides.

CORTICOIDES

Los corticoides antenatales se asocian con una reducción de la mortalidad neonatal, síndrome de distrés respiratorio y hemorragia intraventricular. Se deben administrar a las gestantes con edad gestacional comprendida entre las 24 y 34+6 semanas, tanto en gestaciones únicas como múltiples.

NEUROPROTECCIÓN FETAL

Los recién nacidos pretérmino tienen un riesgo aumentado de sufrir daño neurológico como parálisis cerebral o discapacidades físicas y sensoriales. Son varios los metaanálisis y revisiones sistemáticas que han demostrado que el sulfato de magnesio administrado antes del parto puede reducir el daño cerebral en los grandes pretérminos que sobreviven.

ANTIBIOTICOS. PROFILAXIS EGB

Sólo se recomienda iniciar la profilaxis antibiótica del estreptococo grupo B (EGB) desde el momento en que se prevea que el parto es inminente. Siempre que la bolsa esté íntegra.

REPOSO ABSOLUTO

Deberán permanecer en reposo en cama, hasta que ya no haya evidencia de APP o finalice el parto²

La evolución de la APP será vigilada por el servicio de enfermería y controlada tanto por matronas como por ginecólogos. Realizando un registro cardiotocográfico (RCTG) de control diario para comprobar el bienestar fetal y la dinámica uterina o cuando aparezcan nuevamente síntomas y la medición del cérvix por parte de ginecología. Siendo un pilar fundamental del tratamiento el reposo absoluto y los cuidados de enfermería.

Navarra es una de las Comunidades Autónomas en la que se da los datos más elevados de fecundidad, según el Instituto Nacional de Estadística (INE) en la nota de prensa de 19 de Diciembre de 2012, Navarra mostraba un indicador coyuntural de 1.48, sólo superada por Murcia y Cataluña con un 1.54 y un 1.50 respectivamente, frente a Asturias y Canarias con un 1.05²⁶.

También cabe señalar, que el 15% de la población en Navarra tienen problemas reproductivos lo que significa que un total 300-400 parejas aproximadamente. Los cuales se someten a tratamientos reproductivos lo que puede aumentar considerablemente el número de pacientes diagnosticadas de APP y que precisen tratamiento ya que es un factor de riesgo²⁷⁻²⁸.

Otro factor de riesgo respecto a la aparición de APP es la edad de la madre. En los últimos años, como observa en la nota de prensa anteriormente citada se observa que cada vez más tarde las mujeres se quedan embarazadas²⁶, lo que continúa aumentando el riesgo para la aparición de la APP.

Sobre el impacto que tienen las APP no se tienen datos reseñables. En la memoria de 2011 del CHN se aprecia que la APP no es un GRD como tal, sino que está englobada en el GRD: Otros *diagnósticos Anteparto sin procedimiento quirúrgico*⁷, en el que quedan incluidos diagnósticos que no precisan estancias de ingreso tan prolongadas como las APP por lo que la Estancia Media que indica este GRD no es muy valorable.



5. Análisis Estratégico de la situación: Matriz DAFO

Para analizar si la propuesta de implantación sobre la APP aportaría una mayor calidad al trabajo de enfermería, se realizará un análisis estratégico utilizando la matriz DAFO cuyo objetivo es explorar cuál es el estado de la situación, analizando para ello tanto la situación interna de la empresa (fortalezas y debilidades), como la situación del entorno (amenazas y oportunidades).

FORTALEZAS

En este punto se valoran los aspectos positivos que la empresa tiene, los cuales pueden favorecer en la consecución del objetivo del presente proyecto.

Las fortalezas que se encuentran para la implantación del APP, es en primer lugar el interés actual de la organización por querer involucrar en la práctica asistencial los PCE. En el CHN existe la Unidad de Planes de Cuidados de Enfermería, la cual se encuentra actualmente inmersa en la elaboración de PCE para su futura implantación.

Asimismo existe un programa informático, Irati, que dará soporte y permitirá la ejecución de los PCE por parte de las enfermeras asistenciales.

También se puede incluir en este punto la existencia de un marco conceptual de enfermería propio, en el cual se unifican y guían los planes de cuidados de enfermería, como son las teorías enfermeras, que en el caso del CHN se utiliza la teoría de las Necesidades de Virginia Henderson.

En la actualidad, existe una gran movilidad de personal de enfermería por diferentes servicios. El tener PCE en todas las plantas es una fortaleza, ya que indicarán los cuidados a realizar sin tener que disminuir la calidad asistencial.

DEBILIDADES

En este apartado se analizan los aspectos negativos que la organización tiene, que pueden limitar a la hora de llevar a cabo el proyecto.

En la práctica diaria hay casi dedicación exclusiva a realización de tareas propias de enfermería y realización de cuidados orientados a la resolución puntual del problema, lo que hace que no se valore al paciente como un ser integral.

Esto muestra que falta un mayor desarrollo de la figura del enfermero como “gestor de cuidados en la salud del individuo” en la práctica.

Además existe una prevalencia del modo de trabajar biomédico donde enfermería ejerce un papel “colaborador” con el médico, en el cual no se da uso pleno al rol autónomo de enfermería. Este modelo de trabajo ha estado implantado muchos años y está siendo muy difícil de cambiar.

También cabe señalar que existe una desconexión entre las evidencias investigadas y su aplicación en la praxis. Hay una falta de interés de los propios profesionales que lo consideran como innecesario.

OPORTUNIDADES

Aquí se analizan los factores externos a la organización que pueden favorecer en la consecución del objetivo.

En este caso cabe señalar que actualmente se dispone de una formación universitaria de enfermería la cual, da mucha importancia sobre la metodología enfermera, fomentando lo importante que es su aplicación.

Además, existe una concienciación cada vez mayor sobre la importancia de la formación continuada como herramienta de actualización.

Cabe señalar que ha habido un aumento en las publicaciones por parte del profesional de enfermería, lo que demuestra que hay interés de las enfermeras en potenciar su autonomía e impulsar la investigación enfermera.

AMENAZAS

Por último, se analizan los factores externos a la empresa que pueden afectar de forma negativa.

Hay una convivencia en la práctica diaria de enfermeras que han sido formadas desde perspectivas diferentes.

También cabría señalar puede existir una actitud reacia al cambio.

Existe poca conciencia de los profesionales a la importancia de unir teoría con práctica

Aumento de la carga asistencial por las excesivas demandas y aumento de población y por la situación de crisis económica actual.

DEBILIDADES

- Dedicación casi exclusiva a realización de tareas propias de enfermería
- Falta mayor desarrollo de Enfermero como “gestor de cuidados”
- Influencia de modelo de trabajo en el que se ejerce rol colaborador
- Desconexión entre evidencias investigadas y su aplicación en práctica
- Desinterés por profesionales al considerar PCE innecesario

AMENAZAS

- Enfermeras con distintas formaciones
- Actitud reacia al cambio
- Poca conciencia en profesionales de enfermería sobre la unión de teoría y práctica
- Aumento carga asistencial (aumento de demandas, de población y por situación de crisis económica)

FORTALEZAS

- Interés actual por implantar en la práctica los PCE
- Existencia de la Unidad de Planes de Cuidados (Elaboración de PCE)
- Existencia del Irati -> Soporte Informático
- Utilización de Teoría de Enfermería (Virginia Henderson)
- Gran movilidad del personal por diferentes servicios

OPORTUNIDADES

- Actual formación universitaria dando mucha importancia al trabajo con PCE
- Concienciación sobre la formación continuada
- Aumento de las publicaciones de Enfermería

6. Proyecto de Gestión

Como se ha mencionado con anterioridad, el presente proyecto consiste en la elaboración de un Plan de Cuidados Estandarizado sobre las Amenazas de Parto Pretérmino. El primer paso es efectuar una valoración del paciente “tipo”, para ello se usa un modelo teórico, el cual orienta y organiza jerárquicamente en la recogida de datos y hace ver al paciente como un ser integral y no sólo centrado en la patología.

Para su realización se ha utilizado la teoría de Virginia Henderson, la cual se va a exponer a continuación.

6.1 Modelo Teórico de las 14 Necesidades de Virginia Henderson

Virginia Henderson fue una enfermera que revolucionó el mundo de la enfermería. Nació en Kansas en 1897. Durante la I Guerra Mundial desarrolló su interés por la Enfermería, graduándose en 1921 y se especializó en enfermería docente, iniciando una larga carrera como autora e investigadora. En 1960 su modelo de cuidados fue publicado “Principios básicos de los cuidados de enfermería”. Fue asesora de la OMS y Doctora Honoris Causa por 18 universidades.

Henderson fue la creadora de un modelo de enfermería, aunque ése no era su objetivo, ya que lo que ella deseaba era la delimitación y definición de la función de la enfermera.

El modelo de Virginia Henderson está influido por el paradigma de la Integración, pertenece a la Escuela de Necesidades. Utiliza Teorías de Necesidades y desarrollo humano para conceptualizar a la persona²⁹



Henderson definió la enfermería en términos funcionales como: *“La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda o si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible”*

Para Henderson la enfermera es la que asiste a los pacientes en las actividades básicas de la vida diaria para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o acompañar a la muerte en paz.

Respecto a los cuatro elementos del paradigma enfermero, Henderson los describió de este modo:

- **Salud:** Para ella la salud es básica para el funcionamiento del ser humano. Requiere de independencia y de interdependencia. Afirma que la promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo. Y su objetivo es que los individuos recuperasen la salud o la mantuviesen si tuvieran la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.
- **Entorno:** Para Henderson el individuo sano es capaz de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en tal capacidad.
- **Persona:** es el individuo, que cuenta con catorce necesidades fundamentales, debiendo de mantener un equilibrio fisiológico y emocional. Afirma que la mente y el cuerpo de la persona son inseparables. El paciente y su familia conforman una unidad.
- **Enfermería:** la definición que da sobre este paradigma es que la función de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia en la mayor brevedad posible

De su teoría se deducen estos principales conceptos:

- *Necesidad Fundamental:* todo aquello que es esencial para el ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar. Es un requisito que se ha de satisfacer para que la persona mantenga su integridad.
- *Independencia:* Es la satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza él mismo o que otros realizan en su lugar para que la persona logre su autonomía
- *Dependencia:* Es la no satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por acciones inadecuadas que realiza o por la imposibilidad de cumplirlas
- *Problema de Dependencia:* Es un cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental

- *Manifestación:* Son los signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades
- *Fuente de dificultad:* Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades. Henderson enumera tres:
 - Fuerza: Es la capacidad física o habilidades de las personas, para llevar a término las acciones. Pueden ser: físicas o psíquicas
 - Conocimientos: pueden ser sobre la propia salud, la situación de la enfermedad, sobre los recursos propios y ajenos disponibles...
 - Voluntad: es una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades básicas. Se puede relacionar con la motivación.

Para Henderson el objetivo de la enfermería era el de conservar o recuperar la **independencia** del paciente en la satisfacción de sus catorce necesidades, dando una visión clara de los cuidados de enfermería.

Cuando una necesidad no está satisfecha la persona pasa a ser dependiente. Para ella, el paciente es un todo complejo, presentando catorce necesidades fundamentales de orden biopsicosocial:

14 Necesidades de Virginia Henderson

1. Necesidad de Oxigenación
2. Necesidad de Comer y Beber
3. Necesidad de Eliminación
4. Necesidad de Moverse y mantener buena postura
5. Necesidad de dormir y descansar
6. Necesidad de vestirse y desvestirse
7. Necesidad de mantener la temperatura corporal
8. Necesidad de estar limpio y aseado
9. Necesidad de evitar peligros
10. Necesidad de comunicar
11. Necesidad de actuar según creencias y sus valores
12. Necesidad de ocuparse o realizarse
13. Necesidad de recrearse
14. Necesidad de aprender

Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Pero Henderson, también define unos factores que alteran la independencia:

- Permanentes: edad, inteligencia, medio sociocultural, capacidad física...
- Factores variables o patológicos

Normalmente, estas necesidades están satisfechas cuando la persona, tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente). Cuando algo de esto falla, una o más necesidades no se satisfacen, por lo que surgen los problemas de salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas necesidades pueden ser de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado con falta de conocimientos.

Por lo tanto, para ella el rol de la enfermera es de suplencia-ayuda, es decir, hacer por la persona, aquello que ella misma podría hacer si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios. De este modo, las acciones de enfermería consisten en completar o reemplazar acciones realizadas por el individuo para satisfacer sus necesidades. Por lo que establece tres niveles de ayuda de enfermería:

- Sustituta: la enfermera lo hace por el paciente
- Ayuda: La enfermera lo hace con él
- Compañera: la enfermera y paciente colaboran en el plan, supervisa

Para Henderson en la valoración al paciente, la enfermera debe evaluar a los pacientes a partir de cada uno de los 14 componentes y una vez recogida la información, la enfermera debe analizar los datos obtenidos. Esto requiere conocimientos sobre lo que es normal en la salud y en la enfermedad. Explica que la enfermera debe ser capaz no sólo de valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y estado patológicos que las alteran. Afirma que la enfermera debe “meterse en la piel” del paciente y saber qué necesita. Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que Henderson denomina *cuidados básicos de la enfermería*, elaborado a partir de las necesidades detectadas en el paciente. Henderson, recalca que la enfermera y el paciente tienen que idear el plan de cuidados y que las necesidades deben ser ratificadas (validación de los datos) por el paciente³¹. Pretendiendo con ello, conseguir la independencia del paciente las catorce necesidades fundamentales.

La principal atribución consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a catorce necesidades humanas básicas.³²

VENTAJAS DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON:

- Se adapta al contexto de la enfermería española
- Puede utilizarse en todos los campos de actuación
- Existe abundante información
- Incluyen el papel de colaboración como parte de la actuación enfermera
- Contempla a la persona como un todo
- Reconoce en la persona su potencial de cambio
- Propicia la toma de conciencia de las ventajas de desarrollar un estilo de vida sano y de mejorar un entorno saludable
- Propone el método de resolución de problemas
- Permite utilizar la NANDA, NOC y NIC

6.2 Elaboración del Plan de Cuidados Estandarizado:

A continuación se va a desarrollar el PCE sobre la APP. Para su realización se ha utilizado el método inductivo, es decir, se ha observado cómo se realizan las actividades en la práctica diaria para darles un marco teórico.

Como se ha mencionado en el apartado anterior, el primer paso a realizar es efectuar la valoración de un paciente tipo por la teoría de las Necesidades de Virginia Henderson, la cual se presenta a continuación.

6.2.1 Valoración según Modelo de Necesidades de Virginia Henderson

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

La necesidad de oxigenación precisa de la satisfacción de la necesidad de los sistemas respiratorios, cardiovascular y hematopoyético.


La mujer embarazada no tiene ninguna alteración propia del sistema respiratorio, pero sí que sufre una serie de alteraciones anatómicas por el propio embarazo pero no supone una necesidad a cubrir.

Respecto al sistema cardiovascular, la enfermera debe vigilar la aparición de edemas maleolares, varices en extremidades inferiores (EEII) y la presencia de hemorroides y varices vulvares. Todo esto sucede por el aumento de la presión venosa de las extremidades inferiores debido a la compresión que ejerce el útero grávido sobre la cava inferior.

En cuanto al sistema hematopoyético, en la embarazo se produce una anemia fisiológica de la gestación, debido a que el volumen de sangre aumenta por el incremento de la volemia y el número de glóbulos aumenta pero en menor medida, lo que produce una hemodilución fisiológica que asegura el flujo útero-placentario adecuado. Esta anemia, será fisiológica siempre y cuando la hemoglobina no sea inferior a 11 mg/100ml. Si esta cifra disminuyese ya estaríamos hablando de anemia en el embarazo.

En resumen, en la necesidad de oxigenación, como norma general, no habría ninguna necesidad alterada, pero sí que la enfermera tendría que tener en cuenta varios aspectos.

DATOS A TENER EN CUENTA EN NECESIDAD DE OXIGENACIÓN:

- Vigilar la aparición de 
 - Edemas maleolares
 - Varices en EEII
 - Hemorroides
 - Varices Vulvares
- Vigilar la aparición de anemia (< 11 mg/100 ml)

2. NECESIDAD DE COMER Y BEBER

En esta necesidad de alimentación, la embarazada no tiene ninguna alteración en el sistema digestivo, se alimenta de forma adecuada, no tiene ninguna alteración en la deglución, el sistema gastrointestinal y anejos funcionan correctamente.

En las encías se puede producir una hiperemia que puede originar un sangrado con el cepillado de los dientes, que en cualquier caso no provoca que la necesidad de comer se vea alterada.

En cuanto a la necesidad de hidratación, la función renal funciona correctamente, las membranas no tienen por qué estar mal hidratadas. La turgencia de la piel será buena, ya que estamos hablando de una mujer sana.

Por lo tanto esta necesidad, tampoco será una necesidad que no esté cubierta, ya que la embarazada puede comer y beber por ella misma, pero sí que cabe comentar que precisará de alguien, ya sea equipo de enfermería o familiar, que le acerque tanto la comida como la bebida, ya que la paciente como ya sabemos, debe permanecer en reposo absoluto. Pero no se ha considerado que sea una necesidad alterada ya que solo precisa que le acerquen y ella puede cubrirla por sí misma.

3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Respecto a la función renal, la musculatura de la vejiga experimenta una relajación por la acción de la progesterona, por lo que aumenta la frecuencia de la micción, más adelante, la vejiga sufre compresión del útero, existiendo el mismo síntoma (polaquiuria).

También es frecuente la existencia de reflujo vésico-uretral, sobre todo al final de la gestación, por lo que es importante que la gestante vacíe con frecuencia la vejiga ya que el éstasis de orina favorece la proliferación bacteriana y la aparición de infecciones urinarias.

Al estar en reposo absoluto no puede levantarse para ir al baño, por lo que precisará de alguien que le acerque la bacinilla y realizar la micción encamada. Lo que, como en el caso anterior, tampoco se ha considerado como una necesidad alterada, ya que puede hacerlo por ella misma.

En el sistema gastrointestinal por el hecho de estar embarazada, el tono y la motilidad están disminuidos, lo que prolonga el tiempo de vaciado gástrico y enlentecimiento del tránsito gastrointestinal, por lo que puede existir estreñimiento. A esto se le debe sumar que la paciente no puede realizar actividad ninguna, por lo que agravará la situación propia del embarazo.

Salvo contraindicación, se les da permiso para levantarse al baño a realizar deposiciones, ya que se ha demostrado, que realizarlo en decúbito supino, encamadas, hace que realicen más esfuerzo, además del pudor que pudiesen sentir, esto puede hacer que agrave todavía más el estreñimiento.

Esta necesidad sí que se verá alterada, ya que cabe la posibilidad de no ser cubierta por la embarazada de manera independiente.

PROBLEMA DETECTADO:

- Riesgo de estreñimiento

DATOS A TENER EN CUENTA:

- Tendencia a la infección de orina

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

Estamos hablando de una mujer sana que puede moverse, aunque con las limitaciones propias del embarazo. Coordina movimientos, no tiene alteración de la marcha, en definitiva puede moverse por ella misma, por lo que sería una necesidad cubierta. Pero por su patología, tiene prescripción de no moverse y permanecer en reposo absoluto durante todo el proceso.

PROBLEMA DETECTADO:

- Prescripción de reposo absoluto

5. NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

La paciente, a parte de las propias molestias producidas por el embarazo para conciliar el sueño, se encuentra en una situación especial debido a la patología diagnosticada. La paciente puede sentir incertidumbre sobre lo que va a suceder, es decir, sentirá temor, le asaltarán dudas sobre si conseguirá alargar el embarazo, si no es posible, cuánto de prematuro será su bebé, si evolucionará bien, si tendrá secuelas... Todo ello rondará su cabeza y hará más difícil conciliar o mantener el sueño con dificultad para volver a instaurarlo de nuevo.

PROBLEMA DETECTADO:

- Riesgo de alteración sueño/descanso (insomnio)

6. NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE

La paciente es capaz de elegir la ropa adecuada y tendrá buen aspecto. La única ayuda que precisa en este momento de su vida es que alguien le acerque la ropa, ya que ella será capaz de vestirse de manera independiente.

No se ha abordado como una necesidad alterada de autocuidado ya que sí puede realizarlo de manera independiente pero tiene pauta de restricción de movimientos.

7. NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL

La paciente no presenta ninguna necesidad alterada al respecto, ya que tiene equilibrio entre la producción y la pérdida de calor, el funcionamiento de los centros de termorregulación del hipotálamo son correctos, presenta un adecuado metabolismo y alimentación y la temperatura ambiental del hospital es la adecuada. Por lo tanto no tendrá ninguna alteración en esta necesidad.

8. NECESIDAD DE ESTAR LIMPIO ASEADO Y PROTEGER SUS TEGUMENTOS

En este tipo de pacientes no presentan ninguna alteración en la piel, salvo las propias del embarazo como pueden ser estrías, arañas vasculares, melasma gravídico...

Como deben estar en reposo absoluto se les realizará el aseo en cama, el cual pueden realizarlo ellas mismas si se les acerca todos los utensilios necesarios. Además, salvo contraindicación, se les da permiso para que una vez por semana puedan ir al baño, al cual irán en silla de ruedas, para evitar esfuerzos y los cuales están dotados de asientos para que realicen el baño lo más en reposo posible.

Esta necesidad tampoco se ha identificado como alterada ya que ellas sí que son independientes en su aseo personal, simplemente les han prohibido el realizar actividad.

9. NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS.

Esta necesidad se puede ver alterada por la presencia de técnicas invasivas que pueden predisponer a padecer infección.

Las pacientes, portarán un catéter endovenoso periférico que será un punto potencial de posible infección.

PROBLEMAS DETECTADOS

- Riesgo de infección (catéter venoso)

10. NECESIDAD DE COMUNICAR

El estado de conciencia, sus órganos de los sentidos, su capacidad verbal y no verbal no tiene por qué estar alterada debido a la patología de la que trata el presente trabajo.

Por lo que esta necesidad está completamente satisfecha.

11. NECESIDAD DE ACTUAR SEGÚN SUS CREENCIAS Y SUS VALORES

El diagnóstico de amenaza de parto pretérmino no influye a las pacientes en esta necesidad. Por lo que esta necesidad seguirá siendo independiente.

12. NECESIDAD DE OCUPARSE O REALIZARSE

La paciente al ser diagnosticada de amenaza de parto pretérmino, de repente, sin previa mentalización, le explican que va a ser hospitalizada, que debe permanecer en reposo absoluto, que dependiendo de la edad gestacional y del transcurso de los acontecimientos, se presupone que será más o menos prolongado.

Por lo que se encuentra, que ha cambiado su situación de forma drástica y repentina. Deberá separarse de su familia o pareja, si tiene hijos, que en la mayoría de los casos además, son de edades tempranas, lo que aumenta la tensión ya que no entienden que su madre no esté con ellos. Todo esto hace que la paciente pueda presentar ansiedad, nerviosismo...

Además al explicarle los riesgos que puede haber en el proceso en el que se ha visto envuelta, la incertidumbre sobre “el qué pasará”, tanto con ella y sobretodo con su bebé puede provocar un no afrontamiento a todo lo que le está ocurriendo.

PROBLEMAS DETECTADOS:

- Riesgo de ansiedad por su cambio de salud, su cambio de rol
- Riesgo de no afrontar la situación

13. NECESIDAD DE RECREARSE

La paciente no puede moverse, pero puede entretenerse leyendo, viendo la tele, con el ordenador, *tablet* y demás entretenimientos que no precisen de movimiento. También puede recibir visitas de familiares y amigos. La planta tiene limitada las visitas, dispone de unas tarjetas de visita, que a la hora del ingreso se le entregan tres, una de ellas es de 24 horas, es decir, durante las 24 horas del día la paciente puede estar siempre acompañada de alguien de su familia, las otras dos son para utilizarlas en horario de visita.

Si la estancia es prolongada o se prevé que lo será, los médicos, a petición materna, les realizan unos permisos para que acudan a verla sus hijos de vez en cuando.

Por lo tanto en esta necesidad será independiente

14. NECESIDAD DE APRENDER

Esta necesidad se puede ver no satisfecha por el desconocimiento acerca de su proceso patológico, ya que si no saben en qué consiste, que cuidados deben hacer y qué consecuencias pueden tener, puede ocasionar el no cumplimiento y tener consecuencias negativas para con su respectiva salud y la de su bebé.

PROBLEMAS DETETADOS:

- Posible déficit de conocimientos

PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES

Una vez hecha la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson y detectados que problemas podemos tener en cada una de ellas. Debemos observar cuales, no pueden ser resueltos de manera independiente por la enfermera y que se deberán afrontar de manera interprofesional, es decir, de manera conjunta con otros profesionales.

Lo más importante en este caso, es que la paciente no presente signos de parto, ya que la enfermera deberá actuar de forma rápida y eficaz y avisar al equipo interdisciplinar, en este caso, ginecólogo y matrona, para conseguir resolverlo de la mejor manera posible.

También deberá estar alerta de diferentes síntomas para poner en conocimiento al médico o la matrona, según corresponda. Como pueden ser las constantes vitales, signos de infección, etc.

PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES

- Aparición de signos de parto pretérmino
- Vigilar complicaciones comunes en el embarazo

Una vez terminado todo el proceso de valoración se observan de forma esquemática que resultados se han obtenido:

PROBLEMAS DETECTADOS:

- Vigilar la aparición de síntomas de parto
- Vigilar la aparición de:
 - Edema maleolar
 - Varices en EEII
 - Hemorroides
 - Varices vulvares
- Vigilar la aparición de anemia (< 11 mg/100 ml)
- Riesgo de estreñimiento
- Tendencia a la infección de orina
- Prescripción de reposo absoluto
- Riesgo de alteración sueño/descanso (insomnio)
- Riesgo de ansiedad por su cambio de salud, su cambio de rol
- Riesgo de no afrontar la situación
- Déficit de conocimientos

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

- Riesgo de estreñimiento
- Riesgo de alteración sueño/descanso (insomnio)
- Riesgo de ansiedad por su cambio de salud, su cambio de rol
- Riesgo de no afrontar la situación
- Posible déficit de conocimientos

PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES

- Vigilar la aparición de síntomas de parto pretérmino
- Vigilar la aparición de complicaciones en embarazo
 - Edema maleolar
 - Varices en EEII
 - Hemorroides
 - Varices vulvares
 - Infección de orina
 - Aparición de preeclampsia
 - Rotura prematura de membranas
 - Aparición de anemia (< 11 mg/100 ml)

Con toda la información recogida, con los datos organizados según las 14 necesidades de Virginia Henderson y detectados los problemas que presenta la paciente tipo, se pasa al siguiente paso en la elaboración de los PCE: Los Diagnósticos de Enfermería y la Planificación de los Cuidados.

Para la realización de los diagnósticos se ha utilizado la NANDA Internacional 2012-2014. Para la Planificación, en la cual se formulan los objetivos que la enfermera quiere obtener respecto a cada necesidad no satisfecha y se eligen las intervenciones más adecuadas que la enfermera debe realizar para conseguir la satisfacción de cada necesidad. Para los objetivos de enfermería se ha utilizado: Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Y para las intervenciones, se ha utilizado: Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).



6.2.2. Diagnósticos de Enfermería y Planificación

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Diagnóstico

- Dominio: 3 Eliminación e intercambio
- Clase: 2 Función Gastrointestinal
- DIAGNOSTICO
 - 00015 Riesgo de estreñimiento
- FACTOR DE RIESGO
 - Funcional: Reposo prolongado
 - Mecánico: Embarazo

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Riesgo de estreñimiento r/c actividad física insuficiente (reposo prolongado), embarazo

Resultados

- Dominio: 2 Salud Fisiológica
- Clase: F Eliminación
- NOC:
 - 0501 Eliminación intestinal
- INDICADORES:
 - 050101 Patrón de eliminación

Intervenciones

- Campo: 1 Fisiológico Básico
- Clase: F Eliminación
- NIC:
 - 0450 Manejo del Estreñimiento
- ACTIVIDADES:
 - Vigilar signos/síntomas de estreñimiento
 - Control de deposiciones
 - Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, a menos que esté contraindicado
 - Incluir en dieta alimentos ricos en fibra
 - Proporcionar intimidad en momento de defecación
 - Valorar necesidad/eficacia de tratamiento laxante

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Diagnóstico

- Dominio: 4 Actividad/Reposo
- Clase: 2 Actividad/Ejercicio
- DIAGNOSTICO:
 - 00085 Deterioro de la movilidad física
- FACTOR RELACIONADO:
 - Prescripción de restricción de movimientos

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

Deterioro de la movilidad física r/c prescripción de restricción de movimientos

Resultados

- Dominio: V Salud Percibida
- Clase: U Salud y Calidad de vida
- NOC:
 - 2008 Estado de la comodidad
- INDICADORES:
 - 200801 Bienestar físico

Intervenciones

- Campo: 1 Fisiológico Básico
- Clase: E Fomento de la comodidad física
- NIC:
 - 6482 Manejo ambiental: Confort
- ACTIVIDADES
 - Tener en cuenta la ubicación de las pacientes en habitaciones de múltiples camas (seleccionar una compañera de habitación que tenga patología similar)
 - Evitar interrupciones innecesarias y permitir períodos de reposo
 - Limitar las visitas
 - Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad de la persona (limpieza corporal, de pelo y cavidad bucal)

NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

Diagnóstico

- Dominio: 4 Actividad/Reposo
- Clase: 1 Sueño/ Reposo
- DIAGNÓSTICO:
 - *000095 Riesgo de insomnio
- FACTOR DE RIESGO:
 - Interrupciones
 - No intimidad
 - Nerviosismo/ Ansiedad

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Riesgo insomnio r/c interrupciones (administración de tratamiento, pruebas laboratorio, etc.), falta de intimidad, nerviosismo/ansiedad

Resultados

- Dominio: I Salud Funcional
- Clase: A Mantenimiento de la energía
- NOC:
 - 0004 Sueño
- INDICADORES:
 - 000403 Patrón del sueño

Intervenciones

- Campo: I Fisiológico Básico
- Clase: F Facilitación de Autocuidados
- NIC:
 - 1850 Mejorar el sueño
- ACTIVIDADES:
 - Valorar hábito de sueño del paciente
 - Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar circunstancias físicas (dolor, incomodidad propia del embarazo) y psicológicas (miedo, ansiedad, incertidumbre) que interrumpen el sueño
 - Observar/Registrar si sueño/descanso reparador
 - Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura) para favorecer sueño
 - Agrupar las actividades para minimizar el número de despertares
 - Valorar si necesidad/eficacia de tratamiento

NECESIDAD DE EVITAR EL PELIGRO

Diagnóstico

- Dominio: 11 Seguridad/Protección
- Clase: 1 Infección
- DIAGNÓSTICO:
 - 00004 Riesgo de Infección
- FACTOR DE RIESGO:
 - Defensas secundarias inadecuadas: Procedimientos invasivos (catéter venoso periférico)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos (catéter venoso periférico)

Resultados

- Dominio: II Salud Fisiológica
- Clase: H Respuesta Inmune
- NOC:
 - 0703 Severidad de la infección
- INDICADORES:
 - 070307 Fiebre
 - 070333 Dolor en punto de inserción

Intervenciones

- Campo: 2 Fisiológico Complejo
- Clase: H Control de Fármacos
- NIC:
 - 2440 Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV)
- ACTIVIDADES:
 - Mantener una técnica aséptica siempre que se manipule catéter venoso
 - Mantener las precauciones universales
 - Cambiar sistemas, apósitos, tapones según protocolo de la unidad
 - Observar si hay signos/síntomas asociados con infección local (enrojecimiento, tumefacción, sensibilidad, malestar, fiebre)
 - Instruir al paciente en mantenimiento del dispositivo

NECESIDAD DE OCUPARSE O REALIZARSE

Diagnóstico

- Dominio: 9 Afrontamiento/ Tolerancia al estrés
- Clase: 2 Respuestas de afrontamiento
- DIAGNÓSTICO:
 - *000146 Riesgo de Ansiedad
- FACTORES DE RIESGO:
 - Cambio en estado de salud
 - Cambio en estatus de rol

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Riesgo de ansiedad r/c cambio en estado de salud, cambio en estatus de rol

Resultados

- Dominio: III Salud Psicosocial
- Clase: N Adaptación psicosocial
- NOC:
 - 1300 Aceptación de estado de salud
- INDICADORES:
 - 130017 Se adapta al cambio en estado de salud

Intervenciones

- Campo: 3 Conductual
- Clase: T Fomento de la comodidad psicológica
- NIC:
 - 5820 Disminución de la ansiedad
- ACTIVIDADES:
 - Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico
 - Escuchar con atención
 - Crear ambiente que facilite confianza
 - Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad

Resultados

- Dominio: III Salud Psicosocial
- Clase: P Interacción Social
- NOC:
 - 1501 Ejecución del rol
- INDICADORES:
 - 150116 Expresa comodidad con el cambio de rol

Intervenciones

- Campo: 5 Familia
- Clase: X Cuidados de la vida
- NIC:
 - 7170 Facilitar la presencia de la familia
- ACTIVIDADES
- Obtener el consenso del personal para la presencia de la familia y la planificación de la presencia de familia (uso de tarjeta de visitas y permisos para que visiten hijos pequeños cada cierto tiempo)

NECESIDAD DE OCUPARSE O REALIZARSE

Diagnóstico

- Dominio: 9 Afrontamiento /tolerancia al estrés
- Clase: 2 Respuestas de afrontamiento
- DIAGNÓSTICO:
 - *00069 Riesgo de Afrontamiento ineficaz
- FACTOR DE RIESGO:
 - Alto grado de amenaza
 - Incertidumbre

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Riesgo de afrontamiento ineficaz r/c alto grado de amenaza, incertidumbre

Resultados

- Dominio: III Salud Psicosocial
- Clase: N Adaptación psicosocial
- NOC:
 - 1302 Afrontamiento de problemas
- INDICADORES:
 - 130216-130217 Refiere disminución de síntomas físicos de estrés y sentimientos negativos

Intervenciones

- Campo: 3 Conductual
- Clase: R Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles
- NIC:
 - 5230 Aumentar el afrontamiento
- ACTIVIDADES:
 - Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento
 - Ayudar al paciente a identificar la información que más interés obtener
 - Dar seguridad
 - Favorecer las relaciones con personas en condiciones similares
 - Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos

NECESIDAD DE APRENDER

Diagnóstico

- Dominio: 1 Promoción de la salud
- Clase: 2 Gestión de la salud
- DIAGNÓSTICO:
 - *00078 Riesgo Gestión ineficaz de la propia salud
- FACTOR DE RIESGO:
 - Déficit de conocimientos

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Riesgo de gestión ineficaz de la propia salud r/c déficit de conocimientos

Resultados

- Dominio: IV Conocimiento y conducta de salud
- Clase: S Conocimiento sobre salud
- NOC:
 - 1813 Conocimiento: Régimen terapéutico
- INDICADORES:
 - 181302 Responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual

Intervenciones

- Campo: 3 Conductual
- Clase: S Educación al paciente
- NIC:
 - 5602 Enseñanza: proceso de la enfermedad
- ACTIVIDADES
 - Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico
 - Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad
 - Describir el fundamento de las de las recomendaciones de control/tratamiento
 - Enseñar al paciente medidas para controlar/minimizar síntomas
 - Instruir al paciente sobre cuáles son los signos y síntomas de los que debe informarse a enfermería

PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES

CP: Progresión del parto pretérmino

Resultados

- Dominio: V Salud Percibida
- Clase: V Sintomatología
- NOC:
 - 2103 Severidad de los síntomas
- INDICADORES:
 - 210301 Intensidad del síntoma
 - 210302 Frecuencia del síntoma
 - 210303 Persistencia del síntoma

Intervenciones:

- Campo: 5 Familia
- Clase: W Cuidados de un nuevo bebe
- NIC:
 - 6860 Supresión de las contracciones de parto
- ACTIVIDADES
 - Conocer la edad fetal en el momento de inicio de los síntomas
 - Preguntar acerca de la aparición y duración de los síntomas de dolores prematuros
 - Observar si hay signos de dolores de parto prematuros (> 4 contracciones por hora, dolor de espalda, retortijones y presión pélvica desde las 20 a las 37 semanas de gestación)
 - Valorar la aparición y duración de las contracciones
 - Colocar a la madre de forma lateral para mejorar la perfusión de la placenta
 - Avisar al medico
 - Enseñar a la paciente y familia los efectos secundarios tocolíticos anormales (dolor torácico, falta de aire, taquicardia, o contracciones recurrentes) para que informen al médico
 - Observar si aparición de efectos secundarios de tratamiento tocolítico
 - Vigilar ingesta y eliminación

Resultados

- Dominio: V Salud Percibida
- Clase: V Sintomatología
- NOC:
 - 2103 Severidad de los síntomas
- INDICADORES
 - 210301 Intensidad del síntoma
 - 210302 Frecuencia del síntoma
 - 210303 Persistencia del síntoma
 - 210304 Malestar asociado

Intervenciones

- Campo: 5 Familia
- Clase: W Cuidados de un nuevo bebe
- NIC:
 - 6656 Vigilancia: al final del embarazo
- ACTIVIDADES:
 - Vigilar los signos vitales maternos
 - Observar si hay signos de hipertensión inducida por el embarazo (hipertensión, dolor de cabeza, visión borrosa, náuseas, vómitos, alteraciones visuales, hiperreflexia, edema y proteinuria)
 - Observar si hay signos de infección del tracto urinario
 - Valorar si hay signos/síntomas circulatorios: presencia de edema maleolar, varices en EEII, hemorroides, y/o varices vulvares)
 - Interpretar los datos de laboratorio; ponerse en contacto con el médico si resulta oportuno (valoración de anemia...)
 - Iniciar las intervenciones de la terapia i/v y administración de medicamentos, según las órdenes médicas
 - Establecer la prioridad de las acciones en función del estado de la paciente (tratar, continuar observando, avisar urgentemente a médico o matrona)

En esta fase el plan de cuidados estandarizado quedaría completado y listo para pasar a la siguiente fase del PAE que es la ejecución. Sin olvidarnos de que la enfermera, en la práctica clínica, deberá siempre individualizarlo a cada paciente.

6.3 Estrategia de Propuesta de Implantación

Una vez realizado el PCE sobre las APP, se va a realizar los pasos que proceden para una posible implantación en la práctica asistencial del presente PCE.

Se considera que habría dos niveles de actuación. El primero y fundamental, sería la validación por parte de la Unidad de Planes de Cuidados del PCE elaborado. El segundo nivel de actuación, consistiría en la información/formación por parte del personal de enfermería de la planta 2ª Maternal del CHN.

Validación del PCE de APP

Para empezar con la estrategia de implantación, se organizaría una reunión con el personal de la Unidad de Planes de Cuidados con el objeto de presentarles el PCE, en la cual se expondrían las fases realizadas y los resultados obtenidos. Una vez realizadas las modificaciones pertinentes, si precisasen, y validado el PCE se podría proceder a su introducción al sistema informático para su utilización en la praxis diaria.

Información/Formación de Personal

La segunda parte, iría encaminada a la información/formación de las enfermeras de la 2ª Maternal, las cuales serían las encargadas de utilizarlo en su práctica diaria.

Previamente se haría una toma de contacto, para proporcionar información sobre el proyecto. Siendo fundamental conseguir motivar al personal, mostrándoles cual es el objetivo y en qué consiste, explicándolo de tal manera que se entusiasmaran, que se creyesen el proyecto, que vean que es algo que va a mejorar la práctica, va a aumentar la calidad asistencial y por lo tanto su satisfacción.

Una gran clave para el éxito es involucrar al personal, que no sientan que se les está imponiendo. Por lo que se establecerían unas formaciones teórico-prácticas. En primer lugar se explicarían los conceptos implicados en los PCE para luego dejar que el PCE lo vayan formando ellas de manera común, rebatiendo ideas, para concluir finalmente en el presente PCE. De esta manera, comprenderían el proceso que se ha seguido para deducir las actuaciones de enfermería adecuadas para este tipo de pacientes, lo que les ofrecería una visión amplia. De esta forma se les haría partícipes del proyecto, que más bien es, el proyecto común de la planta.

Las sesiones teórico-prácticas se dividen en tres:

Sesión 1. Consistiría en una explicación sobre la metodología enfermera (PAE), qué son los PCE y qué se pretende con ellos. Posteriormente se hablaría sobre la valoración, explicando el modelo de Virginia Henderson. Una vez finalizada la exposición, daría comienzo a la parte práctica, en la cual se procedería a efectuar una valoración de la paciente diagnosticada de APP según el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson, de manera común.

Sesión 2. En la que se explicaría la fase de diagnóstico y planificación, además del funcionamiento de la NANDA-NOC-NIC. A continuación, de manera dinámica se expondría en cada necesidad alterada cual ha sido el diagnóstico, resultados y actividades a realizar. Haciendo hincapié en la importancia de individualizar cada PCE a cada paciente.

Sesión 3. La última sesión iría encaminada a la práctica informática, donde se enseñaría a los profesionales de enfermería a como manejar los PCE en el programa informático, en este caso el Irati.

Evaluación

Por último, se procedería a evaluar la implantación del PCE. Para ello se establecerían unos criterios de resultados, los cuales son:

- **Satisfacción de los profesionales de enfermería**

Se evaluaría mediante una encuesta a las enfermeras de dicha unidad. Realizándose transcurridos dos meses desde la implantación del PCE en la unidad. Las primeras preguntas irían encaminadas a evaluar la utilización que realizan las enfermeras sobre el PCE. Una segunda parte de preguntas irían destinadas a evaluar si consideran que con la utilización del PCE se alcanzan los objetivos que se pretenden conseguir al implantarlo. Por último, se dejaría un apartado libre para que escriban los aspectos que crean convenientes, tanto posibles mejoras como otras propuestas u opiniones. Dicha encuesta puede verse en *Anexo 1*.

- **Detección de dificultades y/o problemas**

Dado que éstos podrían surgir, se dispondrá de un documento de anotación de incidencias en el cual las enfermeras escribirán incidencias que surjan en la práctica diaria. Por ejemplo, problemas de conocimiento del programa informático o errores puntuales de éste, excesivas cargas de trabajo...

Otra vía de recogida es la encuesta realizada a las enfermeras ya que en ella se les da la opción de escribir de manera libre aquello que crean conveniente.

Con los datos recogidos se procederá a observar y poder ir subsanando de manera continua cuales son los problemas que van surgiendo en el día a día de la práctica asistencial.

- **Utilización de los PCE en la práctica**

Se valoraría con un estudio retrospectivo sobre la utilización del PCE en cada mujer susceptible de ser utilizado. El estudio recogería el número de pacientes ingresadas con el diagnóstico de APP durante los primeros seis meses tras la implantación del presente PCE, comparándolo con el número de veces que se ha utilizado el PCE, si se le ha aplicado de forma correcta y si no se le ha aplicado observar cuales han sido las causas, para ello dicho estudio se ayudaría de la información recogida tanto en la encuesta realizada a las enfermeras y del documento de incidencias. El objetivo en seis meses sería llegar al 75% de su utilización.

7. Conclusiones

La utilización de PCE es un gran paso para la profesión de enfermería. Utilizarlos en la práctica asistencial aporta multitud de ventajas:

Permite a las enfermeras afianzarse como profesión ya que su utilización permite la implementación del cuerpo de conocimientos en la práctica asistencial, consiguiendo que se ejerza el rol autónomo de enfermería.

Se ve al paciente como un ser integral y le ofrece una atención de calidad y bajo evidencia científica.

Es una herramienta facilitadora ya que guía en la práctica clínica, a la vez que unifica criterios, con lo que se disminuye la variabilidad en la práctica asistencial.

Al utilizar un lenguaje unificado de enfermería, hace que se abran las puertas tanto para la planificación de cuidados al alta como para la investigación enfermera.

Por todo ello, la utilización de los PCE en la práctica diaria de las enfermeras es el camino a la excelencia en los cuidados.



8. Bibliografía

1. Domingo M. Los Planes de Cuidados Estandarizados en España. 2011. (Consultado el 4 de Junio de 2012). Disponible en: <http://estandaresencuidados.blogspot.com.es/2011/06/los-planes-de-cuidados-estandarizados.html>
2. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia Protocolos Asistenciales en Obstetricia. Amenaza de parto pretérmino (Junio 2012).
3. Laterra C, Andina E, Di Marco I. Guía de Prácticas Clínicas. Amenaza de Parto Prematuro. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, 2003
4. Cabero, Ll. Parto Pretérmino. Riesgo elevado obstétrico. 1ª Edición. Masson. Barcelona. 1996. Páginas_ 47-96
5. Cloherty J-P., Eichenwald E-C., Staarj A-R., Bajo Peso al Nacer. A: Coherty J-P. Manual de Cuidados Neonatales. 4ª Edición. Masson. 2005. 93-102
6. Schwarcz R., Diaz A.G., Fescina R. Enfoque antenatal de la prematuridad. En Perez-Sanchez, A (dir). Obstetricia. 2ª Edición. Mediterraneo. Chile. 1994. 379-388
7. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Memoria 2011. (Consultado Marzo 2013). Disponible: http://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Lo+s+departamentos/Salud/Organigrama/Estructura+Organica/Servicio+Navarro+de+Salud/Publicaciones/Memorias/Ano+2011/Servicio+Navarro+de+Salud+-+Osasunbidea.htm
8. Cremaes, E. Reflexión sobre los posicionamientos teóricos en enfermería. Apuntes de asignatura Profundización Disciplinar. Pamplona. 2012
9. Evolución de la enfermería hacia la satisfacción profesional. Rev. esp. sanid. penit. [revista en la Internet]. 2009 Feb [citado 2013 Abr 18]; 11(3): 65-67. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202009000300001&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1575-06202009000300001>.
10. Instituto de formación sanitaria. Manual Ifses. 1ª Edición. Madrid. 2006

11. Sancho Cantus D., Prieto Contreras L.. Teorías y modelos en la práctica enfermera: ¿Un binomio imposible?. *Enferm. glob.* [revista en la Internet]. 2012 Jul [citado 2013 Abr 18] ; 11(27): 292-298. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000300015&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000300015>.
12. Triviño V. Zaidler, Sanhueza A. Olivia. Paradigmas De Investigación En Enfermería. *Cienc. enferm.* [revista en la Internet]. 2005 Jun [citado 2013 Abr 18]; 11(1): 17-24. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000100003&lng=es. doi: 10.4067/S0717-95532005000100003.
13. Urra, E. Avances de la ciencia de enfermería y su relación con la disciplina. *Revista en internet.* 2009. (Consultado Abril 2013). Disponible en: www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n2/art02.pdf
14. Observatorio de la Metodología enfermera. Madrid. Método Científico enfermero en la actualidad. (Consultado Abril 2013). Disponible en: http://www.ome.es/01_01.cfm?id=62
15. Doenges M., Moorhouse M. Murr A. El proceso de enfermería: Planificación de los cuidados empleando diagnósticos de enfermería. *Planes de cuidados de enfermería.* 7ª Edición. Mexico. McGrawHill.2006. Págs. 6-13
16. Heather Herdman T. PhD, RN. Nanda Internacional Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona. Elsevier España. 2013
17. M. Holloway, Nancy, *Planes de cuidados estandarizados en enfermería medico-quirúrgica*, Barcelona, Doyma 1990
18. Betty J Ackley y Gail B. Ladwing *Manual de diagnósticos de enfermería. Guía para la planificación de los cuidados..* Elsevier Mosby. 7ª Edición, Barcelona 2007
19. Lopez-Uzuel Chita, *Cuidados enfermeros*, Barcelona, Masson 2005
20. Santos-Ruiz,S.et al. Propuesta de un Modelo teórico para la práctica enfermera. *Nure Investigación*, nº44.Febrero 2010
21. Complejo Hospitalario Universitario Servicio Gallego de salud. *Planes de Cuidados Estandarizados.* Tórtulo artes gráficas. La Coruña. 2002
22. Charrier J., Ritter B. *El Plan de Cuidados Estandarizado, un soporte del diagnóstico enfermero.* Elaboración y Puesta en marcha. Barcelona. Masson.2005

23. Comisión Asesora en Planes de Cuidados y enfermeras del Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Planes de Cuidados Estandarizados de Enfermería. Multisier. Málaga. 2006
24. Plan de salud navarra 2006-2012
<http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/4A48A46B-982A-4039-A9D8-C88738177EC0/158684/PlandeSaluddeNavarra20062012.pdf>
25. DECRETO FORAL 19/2010, de 12 de abril,
[http://www.navarra.es/home es/Actualidad/BON/Boletines/2010/50/Anuncio-2/](http://www.navarra.es/home_es/Actualidad/BON/Boletines/2010/50/Anuncio-2/)
26. Instituto Nacional de Estadística. Notas de Prensa. Movimiento Natural de la Población e Indicadores Demográficos Básicos. Diciembre 2012. Consultado en Mayo 2013. Disponible en:
<http://www.ine.es/prensa/np759.pdf>
27. El 15% de la población navarra en edad fértil padece problemas reproductivos. Diario de Navarra. Febrero 2011. Consultado en Mayo 2013. Disponible en:
<http://www.diariodenavarra.es/20110223/navarra/el-15-ciento-poblacion-navarra-edad-fertil-padece-problemas-reproductivos.html?not=2011022311533576&idnot=2011022311533576&dia=20110223&seccion=navarra&seccion2=sociedad&chnl=10>
28. Cloherty J-P., Eichenwald E-C., Staarj A-R., Partos Múltiples. A: Danhaive, O. Manual de Cuidados Neonatales. 4ª Edición. Masson. 2005. 103-110
29. UVA. Fundamentos Históricos y teóricos de enfermería
https://www5.uva.es/guia_docente/uploads/2012/475/46171/1/Documento18.pdf
30. Modelo Virginia Henderson Blog
<http://enfermeriatravesdeltiempo.blogspot.com.es/2009/09/virginia-henderson.html>
31. Domingo, M. Unidad de Planes de Cuidados, dirección de Enfermería. Guía de validación de los planes de cuidados estandarizados. Proceso de validación teórica y clínica. Hospital General Universitario de Alicante. Enero 201. (Consultado Abril 2013)
32. Moorhead S., Johnson, M., Maas M., Swason E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Barcelona. 4ª Edición. Elsevier España. 2009
33. Bulechek G., Butcher H., McCloskey Dochterman J.. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª Edición. Elsevier España. 2009

9. Anexos

9.1. Anexo 1

Encuesta para personal de Enfermería sobre la utilización de PCE sobre APP

	SÍ	NO
¿Utilizas el PCE sobre APP en todas las pacientes susceptibles de utilizarlo?		
Al ejecutar el PCE, ¿lo individualizas?		
¿Lo consideras una herramienta útil que facilita tu trabajo?		
Has observado si desde que se utiliza el PCE ha disminuido la variabilidad en los cuidados		
¿Crees que utilizar el PCE aumenta la calidad asistencial?		
¿Crees que el PCE al estandarizar resultados y lenguaje, facilita la investigación enfermera?		
Comenta libremente tu opinión sobre la implantación de este PCE (satisfacción, posibles mejoras, problemas....):		

9.2. Anexo 2

Artículo: *Plan de Cuidados Estandarizado en la Amenaza de Parto Pretérmino: Estrategia de Implantación*

Autoras: Ana Martínez-Peña Ruiz
Juana Hermoso de Mendoza Cantón

El presente artículo ha sido diseñado bajo las normas de publicación de la revista Pulso del Colegio de Enfermería de Navarra.

Resumen

La profesión enfermera ha experimentado una gran evolución en los últimos años, por lo que se ha reafirmado como profesión con unas bases teóricas muy afianzadas, con una manera de trabajar propia y con un rol autónomo.

Sin embargo en la práctica se observa que no se ha avanzado tan rápidamente como en la base teórica y pese haber evolucionado mucho, aún queda por seguir trabajando.

Por lo que el presente artículo tiene como objetivo contribuir en ese avance en la práctica enfermera, ya que va a consistir en la elaboración de un Plan de Cuidados estandarizado (PCE), el cual es una herramienta de trabajo que engloba la metodología enfermera, utilizando un modelo teórico, y un lenguaje normalizado y propio de enfermería.

Para posteriormente proponerlo para su implantación y que pueda ser usado como herramienta de trabajo para las enfermeras asistenciales.

Palabras Clave

Metodología enfermera, Plan de Cuidados Estandarizado, Amenaza de Parto Pretérmino

Introducción

Para ofrecer unos cuidados de calidad y basados en la evidencia es muy útil el uso de un PCE, ya que su utilización en la práctica conlleva trabajar con más rigor y mayor calidad en la atención a los pacientes, provocando mayor satisfacción y relevancia de los profesionales y de los pacientes. A la vez de ir consolidando progresivamente el uso del lenguaje común enfermero. También logra unificar criterios y pautas, disminuyendo por tanto la variabilidad de cuidados, además permitirá realizar cambios basados en la evidencia gracias a la magnitud de registros realizados, permitiendo el planteamiento de mejorar los cuidados enfermeros. Esta unificación de criterios y de terminología favorece también la continuidad de los cuidados. A la vez, actúa como estímulo para mejorar la autoestima profesional, porque es un gran avance colectivo¹. Además tiene múltiples ventajas en su utilización, ahorran tiempo y repeticiones innecesarias al elaborar un plan de cuidados individualizado, limitando el tiempo en la planificación de cuidados, pero sin sacrificar la calidad, ya que sólo habrá que individualizarlo. A la vez, determina que resultados se esperan obtener al realizar las actividades de enfermería, permitiendo a las enfermeras evaluar los cuidados ofrecidos²⁻³.

El tema que se ha elegido para desarrollarlo en el PCE es el de las gestantes que han sido diagnosticadas de Amenaza de Parto Pretérmino (APP) y deben de ser ingresadas en la planta destinada para dicha patología.

Una *Amenaza de Parto Pretérmino* es el proceso clínico sintomático que sin tratamiento o cuando éste fracasa, podría conducir a un parto antes de las 37 semanas completas de gestación⁴. La Amenaza de Parto Prematuro es la responsable de aproximadamente el 80% de los nacimientos pretérminos⁵.

Una vez la paciente sea diagnosticada y se decida su ingreso y tratamiento, este consistirá en:

- Tocólisis: para frenar los síntomas de parto
- Corticoides: para maduración pulmonar
- Neuroprotección fetal: para evitar daño neurológico
- Reposo absoluto: hasta que no haya síntoma de parto o éste finalice

La gestante permanecerá ingresada hasta que finalice el parto o hasta que el feto no corra peligro vital y/o la madre no presente síntomas de parto. Por lo que el tiempo ingresado de cada paciente es diferente ya que depende del momento de la gestación en el que se ha desencadenado la sintomatología. Esto conlleva que la estancia media de este grupo de pacientes sea elevado.

La prematuridad es la mayor causa de morbi-mortalidad neonatal y la responsable del 70% de las muertes neonatales y del 50% de las secuelas neurológicas del recién nacido⁵ sobre todo en edades de gestaciones muy precoces. La morbilidad es mayor cuanto menor es la edad gestacional. .

Por todo ello, los esfuerzos que se efectúen para prevenir el parto pretérmino, tanto el tratamiento médico, como los cuidados de enfermería, se verán reflejados en la disminución de los índices de morbimortalidad perinatal y de morbilidad materna (aumento de cesáreas, metritis postparto...), en la disminución del presupuesto empleado para ello, y en el aumento considerable de la calidad de vida del niño como también el de toda su familia. Por tanto, el tratamiento de la APP sería el último escalón en la prevención de la prematuridad, siendo el papel de la enfermera muy importante.

Desarrollo del Plan de Cuidados

Para la realización del PCE se ha utilizado la teoría de Virginia Henderson, y la taxonomía NANDA-NOC-NIC.

Diagnósticos de Enfermería Y Planificación

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

- Riesgo de estreñimiento r/c actividad física insuficiente (reposo prolongado), embarazo.
- NOC: Eliminación intestinal
 - INDICADORES: Patrón de eliminación
 - NIC: Manejo del Estreñimiento
 - ACTIVIDADES:
 - Vigilar signos/síntomas de estreñimiento
 - Control de deposiciones
 - Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos a menos que esté contraindicado
 - Incluir en dieta alimentos ricos en fibra
 - Proporcionar intimidad en momento de defecación
 - Valorar necesidad/eficacia de tratamiento laxante

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

→ Deterioro de la movilidad física r/c prescripción de restricción de movimientos

- NOC: Estado de la comodidad
- INDICADORES: Bienestar físico
- NIC: Manejo ambiental: Confort
- ACTIVIDADES
 - Tener en cuenta la ubicación de las pacientes en habitaciones de múltiples camas (seleccionar una compañera de habitación que tenga patología similar)
 - Evitar interrupciones innecesarias y permitir períodos de reposo
 - Limitar las visitas
 -

NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

→ Riesgo de insomnio r/c interrupciones, no intimidad, nerviosismo/ansiedad

- NOC: Sueño
- INDICADORES: Patrón del sueño
- NIC: Mejorar el sueño
- ACTIVIDADES:
 - Valorar hábito de sueño del paciente
 - Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar circunstancias físicas (dolor, incomodidad propia del embarazo) y psicológicas (miedo, ansiedad, incertidumbre) que interrumpen el sueño
 - Observar/Registrar si sueño/descanso reparador
 - Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura) para favorecer sueño
 - Agrupar las actividades para minimizar el número de despertares
 - Valorar si necesidad/eficacia de tratamiento

NECESIDAD DE EVITAR EL PELIGRO

- Riesgo de Infección r/c Procedimientos invasivos (catéter venoso periférico)
 - NOC: Severidad de la infección
 - INDICADORES: Fiebre; Dolor en punto de inserción
 - NIC: Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV)

- ACTIVIDADES:
 - Mantener una técnica aséptica siempre que se manipule catéter venoso
 - Mantener las precauciones universales
 - Cambiar sistemas, apósitos, tapones según protocolo de la unidad
 - Observar si hay signos/síntomas asociados con infección local (enrojecimiento, tumefacción, sensibilidad, malestar, fiebre)
 - Instruir al paciente en mantenimiento del dispositivo

NECESIDAD DE OCUPARSE O REALIZARSE

→ Riesgo de Ansiedad r/c cambio en estado de salud, cambio en estatus de rol

- NOC: Aceptación de estado de salud
- INDICADORES: Se adapta al cambio en estado de salud
- NIC: Disminución de la ansiedad
- ACTIVIDADES:
 - Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico
 - Escuchar con atención
 - Crear ambiente que facilite confianza
 - Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad

- NOC: Ejecución del rol
- INDICADORES: Expresa comodidad con el cambio de rol
- NIC: Facilitar la presencia de la familia
- ACTIVIDADES
 - Obtener el consenso del personal para la presencia de la familia y la planificación de la presencia de familia (uso de tarjeta de visitas y permisos para que visiten hijos pequeños cada cierto tiempo)

NECESIDAD DE OCUPARSE O REALIZARSE

- Riesgo de Afrontamiento ineficaz r/c alto grado de amenaza, incertidumbre
 - NOC: Afrontamiento de problemas
 - INDICADORES: Refiere disminución de síntomas físicos de estrés y sentimientos negativos
 - NIC: Aumentar el afrontamiento

- ACTIVIDADES:
 - Ayudar a paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento
 - Ayudar al paciente a identificar la información que más interés obtener
 - Dar seguridad
 - Favorecer las relaciones con personas en condiciones similares
 - Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos

NECESIDAD DE APRENDER

- Riesgo Gestión ineficaz de la propia salud r/c déficit de conocimientos
 - NOC: Conocimiento: Régimen terapéutico
 - INDICADORES: Responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual
 - NIC: Enseñanza: proceso de la enfermedad
 - ACTIVIDADES
 - Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico
 - Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad
 - Describir el fundamento de las de las recomendaciones de control/tratamiento
 - Enseñar al paciente medidas para controlar/minimizar síntomas
 - Instruir al paciente sobre cuáles son los signos y síntomas de los que debe informarse a enfermería

Problemas de Colaboración

CP: PROGRESIÓN DEL PARTO PRETÉRMINO

- NOC: Severidad de los síntomas
- INDICADORES: Intensidad, frecuencia, persistencia del síntoma
- NIC: Supresión de las contracciones de parto
- ACTIVIDADES
 - Conocer la edad fetal en el momento de inicio de los síntomas
 - Preguntar acerca de la aparición y duración de los síntomas de dolores prematuros
 - Observar si hay signos de dolores de parto prematuros (> 4 contracciones por hora, dolor de espalda, retortijones y presión pélvica desde las 20 a las 37 semanas de gestación)
 - Valorar la aparición y duración de las contracciones
 - Colocar a la madre de forma lateral para mejorar la perfusión de la placenta
 - Avisar al médico
 - Enseñar a la paciente y familia los efectos secundarios tocolítics anormales (dolor torácico, falta de aire, taquicardia, o contracciones recurrentes) para que informen al médico
 - Observar si aparición de efectos secundarios de tratamiento tocolítico
 - Vigilar ingesta y eliminación

CP: COMPLICACIONES COMUNES EN EL EMBARAZO

- NOC: Severidad de los síntomas
- INDICADORES: Intensidad, frecuencia, persistencia del síntoma. Malestar asociado
- NIC: Vigilancia: al final del embarazo
- ACTIVIDADES:
 - Vigilar los signos vitales maternos
 - Observar si hay signos de hipertensión inducida por el embarazo (hipertensión, dolor de cabeza, visión borrosa, náuseas, vómitos, alteraciones visuales, hiperreflexia, edema y proteinuria)
 - Observar si hay signos de infección del tracto urinario
 - Valorar si hay signos/síntomas circulatorios: presencia de edema maleolar, varices en EEII, hemorroides, y/o varices vulvares)

- Interpretar los datos de laboratorio; ponerse en contacto con el médico si resulta oportuno (valoración de anemia...)
- Iniciar las intervenciones de la terapia i/v y administración de medicamentos, según las órdenes médicas
- Establecer la prioridad de las acciones en función del estado de la paciente (tratar, continuar observando, avisar urgentemente a médico o matrona)

En esta fase el plan de cuidados estandarizado quedaría completado y listo para pasar a la siguiente fase del PAE que es la ejecución. Sin olvidarnos de que la enfermera, en la práctica clínica, deberá siempre individualizarlo a cada paciente.

Estrategia de Propuesta de Implantación

En la cual se contaría con dos niveles de actuación. El primero y fundamental, sería la validación por parte de la Unidad de Planes de Cuidados del PCE elaborado. El segundo nivel de actuación, consistiría en la información/formación por parte del personal de enfermería de la planta 2ª Maternal del CHN.

Validación del PCE de APP

En la que se organizaría una reunión con el personal de la Unidad de Planes de Cuidados con el objeto de presentarles el PCE, en la cual se expondrían las fases realizadas y los resultados obtenidos. Una vez realizadas las modificaciones pertinentes, si precisasen, y validado el PCE se podría proceder a su introducción al sistema informático para su utilización en la praxis diaria.

Información/Formación de Personal

La segunda parte, iría encaminada a la información/formación de las enfermeras de la 2ª Maternal, las cuales serían las encargadas de utilizarlo en su práctica diaria. se establecerían unas formaciones teórico-prácticas. En primer lugar se explicarían los conceptos implicados en los PCE para luego dejar que el PCE lo vayan formando ellas de manera común, rebatiendo ideas, para concluir finalmente en el presente PCE. De esta manera, comprenderían el proceso que se ha seguido para deducir las actuaciones de enfermería adecuadas para este tipo de pacientes, lo que les ofrecería una visión amplia. De esta forma se les haría partícipes del proyecto, que más bien es, el proyecto común de la planta.

Evaluación

Por último, se procedería a evaluar la implantación del PCE. Para ello se establecerían unos criterios de resultados, los cuales son:

- Utilización de los PCE en la práctica
- Satisfacción de los profesionales de enfermería
- Detección de dificultades y/o problemas

Transcurrido un mes desde la implantación del PCE en la unidad, se realizaría una encuesta para evaluar la eficacia del PCE, a rellenar por el personal de enfermería de la unidad.

Conclusión

La utilización de PCE es un gran paso para la profesión de enfermería. Utilizarlos en la práctica asistencial aporta multitud de ventajas:

Permite a las enfermeras afianzarse como profesión ya que su utilización permite la implementación del cuerpo de conocimientos en la práctica asistencial, consiguiendo que se ejerza el rol autónomo de enfermería.

Se ve al paciente como un ser integral y le ofrece una atención de calidad y bajo evidencia científica.

Es una herramienta facilitadora ya que guía en la práctica clínica, a la vez que unifica criterios, con lo que se disminuye la variabilidad en la práctica asistencial.

Al utilizar un lenguaje unificado de enfermería, hace que se abran las puertas tanto para la planificación de cuidados al alta como para la investigación enfermera.

Por todo ello, la utilización de los PCE en la práctica diaria de las enfermeras es el camino a la excelencia en los cuidados.

Bibliografía

1. Complejo Hospitalario Universitario Servicio Gallego de salud. Planes de Cuidados Estandarizados. Tórtulo artes gráficas. La Coruña. 2002
2. M. Holloway, Nancy, Planes de cuidados estandarizados en enfermería medico-quirúrgica, Barcelona, Doyma 1990
3. Lopez-Uzuel Chita, Cuidados enfermeros, Barcelona, Masson 2005
4. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia Protocolos Asistenciales en Obstetricia. Amenaza de parto pretérmino (Junio 2012).
5. Laterra C, Andina E, Di Marco I. Guía de Prácticas Clínicas. Amenaza de Parto Prematuro. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, 2003
6. Heather Herdman T. PhD, RN. Nanda Internacional Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona. Elsevier España. 2013
7. Moorhead S., Johnson, M., Maas M., Swason E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Barcelona. 4ª Edición. Elsevier España. 2009
8. Bulechek G., Butcher H., McCloskey Dochterman J.. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª Edición. Elsevier España. 2009