

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PARA PACIENTE QUE INGRESA PARA FECUNDACIÓN IN VITRO. INCLUYE PROCEDIMIENTOS: PUNCIÓN OVÁRICA Y TRANSFERENCIA EMBRIONARIA.

Definición:

La fecundación in Vitro (FIV) es una técnica de reproducción asistida que consta de seis fases: estimulación del ovario con hormonas, extracción de ovocitos, inseminación de los mismos, cultivo in vitro hasta embrión en diferentes estadios de desarrollo, transferencia embrionaria y congelación y descongelación de embriones en su caso.

1. **La estimulación del ovario** permite obtener varios óvulos en un mismo ciclo y es necesaria, ya que las posibilidades de embarazo aumentan de forma proporcional al número de embriones transferidos, puesto que no todos los ovocitos obtenidos llegan a ser embriones aptos para la transferencia. La estimulación precisa de inyecciones intramusculares y/o subcutáneas y de varias (3 ó 4) visitas a las consultas de los Centros IVI para monitorizar el resultado de la misma. La probabilidad de que ocurra una respuesta exagerada (hiperestimulación) con riesgo para una paciente es inferior al 1%.
2. **Extracción de ovocitos:** La extracción se efectúa mediante una punción transvaginal bajo control ecográfico. La duración media de esta intervención es de unos 15 minutos, se realiza bajo sedación o anestesia local.
3. **Inseminación.** Una vez obtenidos los ovocitos, se requiere una muestra de semen. Para realizar la inseminación existen dos alternativas: la inseminación clásica, colocando juntos los ovocitos con los espermatozoides previamente tratados y seleccionados; y la inyección intracitoplásmica de espermatozoides (ICSI) .
4. **Cultivo in Vitro del Embrión.** Los ovocitos fecundados se constatan al día siguiente. Desde este momento los embriones se mantienen en el tipo de cultivo adecuado para su desarrollo en cada caso. Habitualmente los embriones permanecen en cultivo un total de tres días. En algunas ocasiones, es conveniente prolongar el cultivo de los embriones en el laboratorio hasta el estadio llamado de blastocisto. Para ello utilizamos la técnica del Co-cultivo Embrionario con células de endometrio, que ha sido desarrollada originalmente en el IVI y cuya utilidad está reconocida internacionalmente. En definitiva, se trata de cultivar los embriones junto con células del epitelio endometrial

humano, que es su medio natural. En estos cultivos los embriones se desarrollan durante 6 días alcanzando la mayoría de ellos el estadio óptimo para la implantación.

5. **Transferencia embrionaria:** El momento de la transferencia de los embriones al útero materno se decide en cada caso particular. Dependiendo de las características de los embriones, los embriólogos aconsejan el momento más adecuado entre el segundo y sexto día después de la obtención y fecundación de los ovocitos. Así mismo, la transferencia se puede realizar bien en el útero o en las trompas. La transferencia uterina tiene lugar por vía transcervical, no requiere anestesia y es la más común en FIV. Habitualmente se transfiere 2 o 3 embriones, porque la elevada tasa actual de implantación embrionaria aconseja limitar su número para reducir así la incidencia de gestaciones
6. **Congelación y descongelación de embriones:** después de la transferencia del número de embriones adecuado para cada caso, el resto de embriones viables son sometidos a un proceso de congelación para poder conservarlos durante un tiempo. Este procedimiento permite la disponibilidad de estos embriones en el momento en que sean requeridos por la pareja. Si no ha habido embarazo, o tras haber finalizado el mismo, se procede a la descongelación y transferencia de los embriones que sobreviven a la congelación. De acuerdo a la Ley de Reproducción Asistida, el tiempo máximo que unos embriones pueden ser guardados en estas condiciones es de cinco años.



CRITERIOS DE APLICACIÓN DEL PLAN.

Este plan de cuidados estandarizados se aplicará a todos aquellos pacientes que ingresen en el servicio de Hospital Polivalente del HGUA con el diagnóstico de Fecundación in Vitro.

Objetivos Generales del Plan:

- * Realizar un cuidado integral del paciente
- * Registrar todas las actividades de enfermería
- * Educar e implicar al paciente y familia sobre el proceso de su enfermedad y en los cuidados básicos
- * Contribuir a la elaboración de una Guía de Cuidados al alta para paciente/familia, en vías de conseguir la máxima autonomía en las actividades de la vida diaria.

DESARROLLO DEL PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PARA EL PACIENTE CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

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

Informe de turnos (8148)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar las enfermedades y razones principales del ingreso, si procede. 2. Identificar los diagnósticos médico y de cuidados clave, si procede. 3. Dar la información de forma concisa, centrándose en los datos recientes e importantes necesarios para el personal que asume la responsabilidad en cuidados. 4. Describir el régimen de tratamiento. 5. Identificar las pruebas de laboratorio y de diagnóstico que deban completarse en las próximas 24 horas. 6. Describir los datos del estado de salud, incluyendo signos vitales y los signos y síntomas presentes durante el turno. 7. Describir las intervenciones de enfermería llevadas a cabo. 8. Resumir los progresos en las metas fijadas.
Planificación del alta (7370)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar las capacidades del paciente para el alta 2. Colaborar con el médico, paciente/familiar/ser querido y demás miembros del equipo sanitario en la planificación de la continuidad de los cuidados. 3. Identificar la comprensión de los conocimientos o habilidades necesarios por parte del paciente y del cuidador principal para poner en práctica después del alta. 4. Registrar todos los cuidados al alta en el informe de enfermería al alta. Establecer continuidad de cuidados al siguiente nivel asistencial de cuidados.

PUNCIÓN OVÁRICA

Objetivos:

- Preparar a la paciente para la realización de la punción.
- Disminuir la ansiedad de la paciente.
- Prevenir y vigilar la aparición de complicaciones tras la punción.

Estancia: entre 4 y 5 horas.

PRE PUNCIÓN OVÁRICA

Diagnósticos de enfermería	Objetivos de resultado (NOC)	Intervenciones (NIC)	Actividades y /o procedimientos
Ansiedad relacionada con el procedimiento.	Autocontrol de la ansiedad(1402) <ul style="list-style-type: none"> • Refiere control de la ansiedad. 	Enseñanza: prequirúrgica / preprocedimiento (5610)	5610.1 Informar a la paciente y familia acerca de la fecha, hora y lugar programado del procedimiento. 5610.2 Informar a la paciente y familia de la duración esperada del procedimiento. 5610.3 Conocer el nivel de conocimientos previo de la paciente relacionado con el procedimiento. 5610.4 Evaluar la ansiedad de la paciente y familia relacionada con el procedimiento. 5610.5 Permitir a la paciente que exprese sus dudas sobre el procedimiento. 5610.6 Describir las actividades pre y post procedimiento. 5610.7 Proporcionar información acerca de lo que sentirá durante el procedimiento. 5610.8 Discutir las medidas de control del dolor. 5610.9 Describir las rutinas postoperatorias: medicamentos, tratamientos respiratorios, catéteres, vendajes quirúrgicos, deambulacion, dieta y visitas. 5610.10 Instruir a la paciente sobre la técnica para levantarse de la cama. 5610.13 Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo.

Procedimiento: punción ovárica.	Cumplir el protocolo de preparación de la paciente.	Preparación quirúrgica / preprocedimiento (2930)	<p>2930.1. Determinar el nivel de ansiedad o miedo de la paciente respecto del procedimiento quirúrgico</p> <p>2930.2. Confirmar la explicación recibida.</p> <p>2930.3. Asegurarse de que la paciente está en ayunas, la mañana de la punción ovárica.</p> <p>2930.7. Comunicar al personal de quirófano las necesidades de cuidados especiales.</p> <p>2930.8. Comprobar que la paciente lleva la pulsera de identificación, y de alergias si procede.</p> <p>2930.9.10 Retirar anillos, pulsera, y extraer dentaduras postizas, gafas, lentillas u otras prótesis, si precisa.</p> <p>2930.11. Quitar el esmalte de uñas, maquillaje, si precisa</p> <p>2930.15 Comprobar que la paciente se ha colocado las prendas de vestir según el protocolo.</p> <p>2930.16. Proporcionar información a la familia sobre las zonas de espera.</p> <p>2930.17. Preparar la habitación para el retorno de la paciente.</p>
		Protocolo específico de la unidad	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la presión arterial, la frecuencia cardíaca y respiratoria. • Canalizar una vía periférica en brazo derecho. • Comprobar que la paciente vacía la vejiga de la orina antes de la punción. • Registrar en la documentación de enfermería: las actividades realizadas, fecha y hora en la que la paciente sale de la unidad, incidencias.

POST PUNCIÓN OVÁRICA

Diagnósticos de enfermería	Objetivos de resultado (NOC)	Intervenciones (NIC)	Actividades y /o procedimientos
Dolor relacionado con punción ovárica	Control del dolor (1605) <ul style="list-style-type: none"> la paciente refiere control del dolor 		<ul style="list-style-type: none"> Valoración del dolor Cuidados de enfermería ante un paciente con dolor.
Déficit de autocuidados: uso WC	Autocuidados: actividades de la vida diaria.(0300) <ul style="list-style-type: none"> Uso inodoro. 		<ul style="list-style-type: none"> Manejo de la cuña. Higiene de la paciente que requiere ayuda parcial.
Riesgo de hemorragia relacionado con punción ovárica.	Coagulación Sanguínea (0409) <ul style="list-style-type: none"> Sangrado Hematuria 	Precauciones con hemorragias (4010)	<ul style="list-style-type: none"> Colocar compresa ginecológica. Mantener reposo en cama durante 2 horas. Avisar a la unidad de reproducción en caso de hemorragia.
			<ol style="list-style-type: none"> Vigilar de cerca a la paciente por si se produce hemorragia. Observar si hay signos y síntomas de hemorragia persistente (sangrado vaginal y/o hematuria). Controlar signos vitales. Mantener reposo en cama en caso de hemorragia activa.
Náuseas/vómitos relacionadas con medicación anestésica	Severidad de las náuseas y vómitos (2107) <ul style="list-style-type: none"> Expresa satisfacción con el control del síntoma 	Manejo del vómito (1570)	<ol style="list-style-type: none"> Dar a la paciente agua a la hora de haber llegado a la unidad. Si la tolerancia es positiva continuar la progresión de la dieta Medir o estimar el volumen de la emesis. Identificar factores (medicación y procedimientos) que pueden causar o contribuir al vómito. Colocar a la paciente de forma adecuada para prevenir la aspiración. Proporcionar apoyo físico durante el vómito. Proporcionar alivio durante el episodio del vómito. Realizar higiene oral. Esperar como mínimo 30 minutos después del episodio de vómito antes de dar líquidos de nuevo. Fomentar el uso de técnicas no farmacológicas junto con

			otras medidas de control del vómito.
Conocimientos deficientes en cuidados al alta.	<p>Conocimiento: régimen terapéutico.(1813)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprensión del régimen terapéutico 	Planificación del alta (7370)	<p>7370.1. Ayudar a la paciente y familia a preparar el alta.</p> <p>7370.2. Colaborar con el médico, paciente y familia y demás miembros del equipo sanitario en la planificación de la continuidad de cuidados.</p> <p>7370.3. Comprobar la comprensión de los conocimientos o habilidades necesarios por parte de la paciente y del cuidador principal para poner en práctica después del alta.</p> <p>7370.5. Comprobar si todo está listo para el alta de la paciente.</p> <p>7370.6. Comunicar a la paciente los planes de alta.</p> <p>7370.7. Registrar los planes de alta en la documentación de enfermería.</p>

TRANSFERENCIA EMBIONARIA

Objetivos:

- Preparar a la paciente para la realización de la transferencia embrionaria.
- Disminuir la ansiedad de la paciente.
- Prevenir y vigilar la aparición de complicaciones tras la transferencia.

Estancia: entre 4 y 5 horas.

PRE TRANSFERENCIA EMBRIONARIA

Diagnósticos de enfermería	Objetivos de resultado (NOC)	Intervenciones (NIC)	Actividades y /o procedimientos
Ansiedad relacionada con el procedimiento.	Autocontrol de la ansiedad.(1402) <ul style="list-style-type: none"> • La paciente refiere control de la ansiedad. 	Enseñanza: prequirúrgica / preprocedimiento (5610)	5610.1 Informar a la paciente y familia acerca de la fecha, hora y lugar programado del procedimiento. 5610.2 Informar a la paciente y familia de la duración esperada del procedimiento. 5610.3 Conocer el nivel de conocimientos previo de la paciente relacionado con el procedimiento. 5610.4 Evaluar la ansiedad de la paciente y familia relacionada con el procedimiento. 5610.5 Permitir a la paciente que exprese sus dudas sobre el procedimiento. 5610.6 Describir las actividades pre y post procedimiento. 5610.7 Proporcionar información acerca de lo que sentirá durante el procedimiento. 5610.8 Discutir las medidas de control del dolor. 5610.9 Describir las rutinas postoperatorias: medicamentos, tratamientos respiratorios, catéteres, vendajes quirúrgicos,

			deambulaci3n, dieta y visitas. 5610.10 Instruir a la paciente sobre la t3cnica para levantarse de la cama. 5610.13 Reforzar la informaci3n proporcionada por otros miembros del equipo.
<u>Procedimiento:</u> transferencia embrionaria	Cumplir el protocolo de preparaci3n de la paciente.	Preparaci3n quir3rgica / preprocedimiento (2930)	2930.1. Determinar el nivel de ansiedad o miedo de la paciente respecto del procedimiento. 2930.2. Confirmar la explicaci3n recibida. 2930.7. Comunicar al personal de quir3fano las necesidades de cuidados especiales. 2930.15 Comprobar que la paciente se ha colocado las prendas de vestir seg3n el protocolo. 2930.16. Proporcionar informaci3n a la familia sobre las zonas de espera. 2930.17. Preparar la habitaci3n para el retorno de la paciente.
		Protocolo especifico de la unidad	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la presi3n arterial, la frecuencia cardiaca y respiratoria. • Comprobar que la paciente acude al procedimiento con la vejiga de la orina llena. • Registrar en la documentaci3n de enfermer3a: las actividades realizadas, fecha y hora en la que la paciente sale de la unidad, incidencias.

POST TRANSFERENCIA EMBRIONARIA

Diagnósticos de enfermería	Objetivos de resultado (NOC)	Intervenciones (NIC)	Actividades y /o procedimientos
Dolor agudo relacionado con procedimiento.	Control del dolor (1605) <ul style="list-style-type: none"> la paciente refiere control del dolor 		<ul style="list-style-type: none"> Valoración del dolor. Cuidados de enfermería ante un paciente con dolor.
Déficit de autocuidados: uso WC	Autocuidados: actividades de la vida diaria.(0300) <ul style="list-style-type: none"> Uso inodoro. 		<ul style="list-style-type: none"> Manejo de la cuña. Higiene de la paciente que requiere ayuda parcial.
Riesgo de hemorragia	Coagulación sanguínea (0409) <ul style="list-style-type: none"> Sangrado Hematuria 	Precauciones con hemorragias(4010)	<ul style="list-style-type: none"> Colocar compresa ginecológica. Mantener reposo en cama durante dos horas. Avisar a la unidad de reproducción en caso de hemorragia.
			<ol style="list-style-type: none"> Vigilar a la paciente por si se produce hemorragia. Observar si hay signos y síntomas de hemorragia persistente (sangrado vaginal y/o hematuria). Controlar signos vitales. Mantener reposo en cama durante la hemorragia activa.
Conocimientos deficientes en cuidados al alta.	Conocimiento: régimen terapéutico.(1813) <ul style="list-style-type: none"> Comprensión del régimen terapéutico 	Planificación del alta (7370)	<p>7370.1. Ayudar a la paciente y familia a preparar el alta.</p> <p>7370.2. Colaborar con el médico, paciente y familia y demás miembros del equipo sanitario en la planificación de la continuidad de cuidados.</p> <p>7370.3. Comprobar la comprensión de los conocimientos o habilidades necesarios por parte de la paciente y del cuidador principal para poner en práctica después del alta.</p> <p>7370.5. Comprobar si todo está listo para el alta de la paciente.</p> <p>7370.6. Comunicar a la paciente los planes de alta.</p> <p>7370.7. Registrar los planes de alta en la documentación de enfermería.</p>

Cuidados	Punción ovárica		Transferencia embrionaria	
	PRE	POST	PRE	POST
Enseñanza prequirúrgica (5610).	X		X	
Preparación quirúrgica (2930).	X		X	
Canalizar vía venosa brazo derecho.	X			
Ayunas	X			
Vejiga vacía	X			
Vejiga llena			X	
Tomar constantes: TA, FC y FR	X	X	X	X
Valoración del nivel de conciencia		X		X
Vigilar complicaciones		X		X
Retener micción el máximo tiempo posible				X
Tolerancia + y progresión dieta		X		

Mantener reposo 2 horas		X		X
Planificación del alta (7370)		X		X
Registro de enfermería	X	X	X	X

BIBLIOGRAFÍA

1. Mercedes Albaladejo Tello, Francisco Javier Ballesta López, Francisco Vicente Blanes Compañ, Catalina Cases Alarcón, Miguel Castells Molina, Manuela Domingo Pozo, Francisco Javier Gómez Robles, Nieves Izquierdo García, José Luis López Montes, Belén Payá Pérez, Mercedes Segura Cuenca, María Torres Figueiras .Guía de Actuación de enfermería: Manual de procedimientos. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Secretaria Autonómica para la Agencia Valenciana de la Salud. 2003
2. Johnson M., Bulechek G., McCloskey J., Maas M., Moorhead S. Diagnósticos enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Ed. Mosby-Harcourt. Barcelona 2002.
3. McCloskey, J.C. Bulechek, G.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. 3ª Ed. Harcourt. Madrid. 2001.
4. Johnson, M. Maas, M. Nursing Outcomes Classification (NOC). Mosby-Year Book. St. Louis. 1997.
5. Carpenito, L.J. Planes de cuidados y documentación en enfermería. Diagnósticos de enfermería y problemas asociados. Madrid. 1994.
6. Alfaro, R. Aplicación del proceso de Enfermería. Guía práctica. 3 Ed. Mosby. Madrid. 1996.
7. Alfaro, R. Aplicación del Proceso Enfermero. Guía paso a paso. 4 Ed. Springer-Verlang Ibérica. Barcelona. 1999.
8. Planes de Cuidados del Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña. Ed. Servicio Gallego de Salud. 2002.
9. fecundación in Vitro. Disponible en: <http://www.ivi.es/tratamientos/fecundacion.htm>.