



Universidad
Zaragoza



Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso Académico 2014 / 2015

TRABAJO FIN DE GRADO

**PLAN DE CUIDADOS FRENTE AL PROGRAMA DE ALTA
PRECOZ HOSPITALARIA DEL PREMATURO**

Autor/a: María Sampietro Palomares.

Directora: Ana Belén Subirón Valera

ÍNDICE

1. RESUMEN/ABSTRACT	2
2. INTRODUCCIÓN	4
3. OBJETIVOS DEL TRABAJO.....	6
4. METODOLOGÍA.....	7
5. DESARROLLO:PLAN DE CUIDADOS.....	9
5.1. Valoración.....	9
5.2. Diagnósticos.....	13
5.3. Planificación.....	14
5.4. Ejecución.....	25
5.5. Evaluación.....	25
6. CONCLUSIONES.....	26
7. BIBLIOGRAFÍA.....	27
8. ANEXOS.....	30
· ANEXO 1.....	30
· ANEXO 2.....	31
· ANEXO 3.....	32

1. RESUMEN

Introducción: Hoy en día, la supervivencia de los recién nacidos prematuros ha aumentado de forma considerable gracias a los avances de los cuidados en las unidades de Neonatología de los hospitales; pero esto no ha logrado hacer desaparecer el riesgo evidente que existe de que contraigan infecciones intrahospitalarias. Es por ello por lo que se crearon los programas de alta precoz del prematuro y su consiguiente cuidado y seguimiento en el domicilio por parte de un equipo sanitario; tanto del recién nacido como de los padres, entendiendo a ambos como una unidad.

Objetivos: Elaborar un Plan de Cuidados de actuación domiciliaria, acorde con las necesidades de la familia, educando a los padres acerca de los cuidados que precisa el bebé y disminuyendo los posibles sentimientos negativos que aparezcan con esta nueva situación.

Metodología: Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos y páginas web para conocer la influencia de los equipos de Atención Domiciliaria de Enfermería en el desarrollo de los prematuros en el domicilio. Para desarrollar el Plan de Cuidados se utiliza el modelo de valoración de necesidades de Virginia Henderson y la taxonomía NANDA, NOC y NIC.

Conclusiones: Existe evidencia científica de que los programas de alta precoz hacen que el recién nacido aumente de peso más rápido, se fortalezca el vínculo afectivo con sus padres así como una mejora de lactancia materna. Por otro lado, no podemos olvidar los aspectos psicológicos que puedan aparecer en los padres, como es el temor al sentirse inexpertos; por lo que como enfermeros debemos actuar y conseguir que esa inseguridad desaparezca y aumentar la confianza.

Palabras clave: *Recién nacido prematuro, alta precoz, atención domiciliaria, cuidados de enfermería, familia, relaciones padres-hijo.*

ABSTRACT

Introduction: Nowadays, the survival of preterm infants has increased considerably thanks to the developments of neonatal services care in hospitals; but this has not succeeded in removing the obvious risk of contracting nosocomial infections. As a consequence, discharge programs and subsequent premature care and monitoring at home by a health care services were created; either newborn or parents, understanding both as a unit.

Objectives: Developing a Home Nursing Care Plan, according to the needs of the family, showing the parents the way to take care the baby and reducing the possible negative feelings that appear with this new situation.

Methods: A literature review was conducted in databases and web pages to study the influence of Nursing Home Care services in the development of the preterm infant at home. Virginia Henderson Nursing Need Theory and the NANDA, NOC and NIC taxonomy was used in order to elaborate the Nursing Care Plan.

Conclusions: There is scientific evidence that early discharge programs make the child gain weight faster, strengthening the emotional bond with their parents and improved breastfeeding. On the other hand, we cannot forget the psychological aspects that may appear in parents, such as the fear of feeling unexperienced; as a result nurses must act and get that insecurity disappears and increase self-confidence.

Keywords: *Preterm infant, early discharge, home care, nursing care, family, parent-child relationships.*

2. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la salud (OMS), se define como "pretérmino" o "premature" al Recién Nacido con una edad gestacional menor de 37 semanas completas. Actualmente, los límites de viabilidad se han cifrado en las 23-24 semanas de gestación, independientemente del peso al nacimiento^{1,2,3}.

Alrededor de 15 millones de bebés nacen en el mundo prematuramente cada año, afectando a familias de todo el mundo; de los cuales mueren más de un millón debido a complicaciones del nacimiento prematuro⁴. Algunos de los que sobreviven enfrentan una vida de discapacidad, incluyendo problemas de aprendizaje y problemas visuales y auditivos¹.

Desde el momento en que el prematuro nace hasta que se le da el alta, éste permanece en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN), donde el personal de Enfermería juega un papel muy importante para que los bebés puedan conseguir un desarrollo óptimo. Una forma de cuidado que cada vez se está extendiendo más en España es el paradigma asistencial de los cuidados centrados en el desarrollo (CCD).

Los CCD son aquellos que tienen por objeto favorecer el desarrollo neurosensorial y emocional del recién nacido⁵. El núcleo de este tipo de cuidados se basa en la reducción del estrés, la práctica de intervenciones que apoyen al recién nacido y el reconocimiento de la familia como referencia permanente en la vida del niño, incluso durante su hospitalización, entendiendo a ambos (recién nacido y familia) como una unidad^{6,7}.

A pesar de esto, los neonatos que se encuentran en la UCIN corren mayor riesgo de contraer infecciones intrahospitalarias, fundamentalmente los recién nacidos pretérminos o bajo peso al nacer, debido a sus probabilidades de recibir tratamientos y procedimientos invasivos^{8,9}.

Por tanto, algunos autores vieron la necesidad de investigar acerca del efecto que supondría una posible alta precoz domiciliaria del recién nacido prematuro^{7,10,11,12}. La asistencia domiciliaria de enfermería (ADE), es decir, el cuidado y seguimiento del recién nacido en su propio domicilio, forma parte de las nuevas tendencias en la atención neonatal en los países desarrollados, como EE.UU, países del norte de Europa y Francia¹⁰.

En España las primeras referencias de implantación de ADE provienen del Hospital 12 de Octubre de Madrid, el cual inició este programa en 1986. Más adelante, en el año 2002, fue el Hospital Clinic de Cataluña el que comenzó a desarrollar estos servicios¹⁰. No obstante, con el paso de los años, muchos hospitales del resto de España se han ido uniendo a esta tendencia; como por ejemplo el Hospital La Fe de Valencia¹³, el Hospital Carlos Haya de Málaga¹² o el Hospital Universitario Materno – Infantil de Las Palmas de Gran Canaria¹⁴.

Los datos demuestran que estos cuidados normalizan la situación familiar, disminuyendo de forma significativa el estrés y depresión materna¹⁰, aunque en ocasiones esto no sea suficiente para disminuir la ansiedad de los padres en el cuidado de su hijo^{15,16}. Además, favorece la lactancia materna y el desarrollo del recién nacido y permite la reorganización de los recursos sanitarios^{16,17}.

Las estrategias a seguir en los equipos de ADE deben estar basados en los CCD, como sería realizar modificaciones ambientales disminuyendo la luz y el ruido; cuidados posturales haciendo hincapié en la contención; concentración de actividades para disminuir la manipulación; y el control del dolor y la participación de los padres en el cuidado directo del niño⁷.

Esto me lleva a desarrollar un Plan de Cuidados centrado tanto en el neonato como en sus padres, que sería llevado a cabo por el profesional de enfermería en el domicilio, tras el alta precoz hospitalaria al bebé.

3. OBJETIVOS DEL TRABAJO

GENERAL

- ❖ Elaborar un Plan de Cuidados dirigido a los padres de un bebé prematuro tras recibir el alta precoz hospitalaria.

ESPECÍFICOS

- ✓ Establecer intervenciones de educación sanitaria a los padres respecto a la continuidad de los cuidados del neonato en el domicilio.
- ✓ Identificar y actuar en los posibles problemas psicosociales que aparezcan en los padres debido a la nueva situación.

4. METODOLOGÍA

En mi búsqueda bibliográfica me he centrado en la influencia de los equipos de ADE en el desarrollo de bebés prematuros que reciben alta precoz hospitalaria, así como de las consecuencias psicológicas que esto puede traer a su familia.

Me he basado en artículos en español y en inglés; con un límite desde el año 2001 hasta el 2015, excluyendo los más antiguos en relación a los datos estadísticos. Gracias a la ayuda de la herramienta AlcorZe de la biblioteca de la Universidad de Zaragoza he podido tener acceso a muchos textos completos de artículos de revistas o libros.

Algunas de las bases de datos que he consultado han sido Scielo, Dialnet, Pubmed, Cuiden, Science Direct entre otras, tal y como explico en la siguiente tabla:

BASES DE DATOS	Palabras clave	Artículos encontrados	Artículos revisados	Artículos utilizados
Google Académico	"Alta precoz domiciliaria prematuros" "Enfermería"	116	11	6
	"Cuidados centrados en el desarrollo en prematuros"	166		
	"Infecciones nosocomiales prematuros"	30		
Scielo	"Ansiedad padres de niños prematuros"	1	8	5
	"Viabilidad prematuros"	6		
	"Infecciones en prematuros"	21		
Science Direct	"Infecciones nosocomiales en prematuros"	41	8	5
	"Cuidados enfermería en el alta precoz domiciliaria de niños prematuros"	9		
	"Ansiedad padres de niños prematuros"	34		

Dialnet	"Cuidados centrados en el desarrollo prematuros"	11	6	3
	"Alta precoz domiciliaria en prematuros"	1		
	"Lactancia materna prematuros"	28		
PubMed	"Early discharge preterms"	17	6	3
	"Early discharge preterm infants parents anxiety"	3		
	"Development of preterm infants" "Home nursing care"	15		
Cuiden	"Cuidados centrados en el desarrollo"	23	3	0
	"Alta precoz domiciliaria prematuros"	1		

Por otra parte, he consultado algunas páginas web como la Asociación Española de Pediatría (AEPED); la web oficial de la Organización Mundial de la Salud (OMS); la Sociedad Española de Neonatología (SENeo); la Asociación de Padres de Niños Prematuros (APREM).

En el Plan de Atención de Enfermería que desarrollo a continuación; utilizo como lenguaje estandarizado la taxonomía North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)¹⁸, la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC¹⁹ y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC²⁰.

Asimismo, me he respaldado en la revisión crítica y guía práctica de Ma Teresa Luis²¹ sobre diagnósticos de enfermería; para facilitar la elección y priorización de éstos en la etapa de planificación.

5. PLAN DE CUIDADOS

Cuando el prematuro recibe el alta hospitalaria, pasa de una unidad de Neonatología, muy especializada, al domicilio familiar bajo la atención de unos padres que habitualmente se sienten inexpertos. Por tanto, el apoyo en este período por parte del colectivo de enfermería es primordial.

Para que el alta sea posible, el prematuro debe cumplir unos criterios fundamentales: las **condiciones clínicas** y el **peso mínimo** adecuados⁶. (ANEXO 1)

Estos criterios varían entre hospitales y es en parte dependiente de la presión asistencial. También esto se debe a las variaciones en la monitorización y registro de apnea de la prematuridad, así como en el comportamiento del niño durante la alimentación¹².

Razones como el hábito o el temor son los que hacen a los neonatólogos fijarse un peso mínimo para dar el alta a los RN, sin que esto tenga una base científica sólida, y este requisito da lugar a hospitalizaciones innecesariamente prolongadas en muchos casos¹².

5.1 – VALORACIÓN

En este caso, el plan de cuidados va a ir destinado al bebé prematuro y a su familia, es decir, las personas que vayan a estar a cargo de él en su domicilio.

El recién nacido permanecerá en la unidad de Neonatología hasta que consiga cumplir los criterios anteriormente nombrados; cuando consiga alimentarse correctamente cada 3 horas y gane el peso adecuado. Generalmente ello supone una edad gestacional de 35 -36 semanas y un peso de 2.000 – 2.100 gramos.

También se han descrito casos de una posible alta precoz del prematuro con un peso de entre 1.800 – 1.900 gramos, pero siempre acompañado de una estrecha vigilancia domiciliaria por parte del personal sanitario⁷.

En esta primera etapa, haré una pequeña valoración inicial del bebé y del entorno para tener un punto de referencia y conocer la situación actual de la familia, sus hábitos, antecedentes, la capacidad de los padres para el cuidado del RN o factores que puedan alterar el día a día del bebé; así como valorar la vivienda o posibles barreras arquitectónicas del lugar donde se va a desarrollar su hijo.

Por tanto, me encuentro en la situación de una familia de clase media en lo que al aspecto económico se refiere; un entorno familiar aparentemente normal; es su primer hijo y se le da el alta hospitalaria, ya que ha cumplido las 36 semanas, pesa aproximadamente 2'1 kilogramos y las condiciones clínicas son óptimas para ello.

Basándome en el modelo de necesidades de Virginia Henderson, y según las conductas observadas, organizo los datos recogidos en la valoración, respecto a la conducta del RN y de los padres.

En el caso del RN, debido a la etapa de desarrollo e inmadurez en la que se encuentra, existe una falta de autonomía para realizar por sí mismo las acciones que satisfacen sus necesidades básicas; por lo que aparecen problemas de autonomía en siete de las necesidades.

RN: verde Padres: azul	Manifestaciones de independencia	Manifestaciones de dependencia	Problemas de autonomía	Datos a considerar
1. Oxigenación				No realiza apneas. Los padres no son fumadores.
2. Nutrición e hidratación	Nutrición e hidratación en la madre adecuadas.	Lactancia materna no siempre efectiva.	Suplencia total.	Pesa 2.100 gramos. Buenos reflejos de succión y deglución. Llanto entre horas "como si se quedara con hambre"
3. Eliminación	Buen aspecto de orina y deposiciones.		Suplencia total.	
4. Movilización			Suplencia total.	Sus padres le cambian de posturas al dormir.
5. Descanso/sueño		Refieren no descansar bien por las noches en muchas ocasiones debido a la preocupación.		Interrumpen también el sueño para las tomas nocturnas.

6. Vestirse/Desvestirse	Sus padres conocen el tipo de ropa que es más confortable para el bebé.		Suplencia total.	
7. Termorregulación			Suplencia total.	Afebril.
8. Higiene e integridad de la piel	Buena coloración de la piel y mucosas.		Suplencia total.	Buena coloración de piel y mucosas.
9. Evitar peligros	El hogar se encuentra en buenas condiciones para el bebé.	Sus padres necesitan información acerca de los peligros a los que está expuesto el bebé.	Suplencia total.	
10. Comunicarse				El RN comunica con el llanto su malestar.
11. Vivir según sus creencias y valores				No manifiestan ninguna creencia.
12. Ocuparse y realizarse	Se ve que les satisface cuidar de su hijo.	Los padres afirman tener miedo desde el momento que les comunicaron el traslado al domicilio. Expresan sentimientos negativos e impotencia en momentos donde no saben cómo actuar.		El padre trabaja y la madre está de baja maternal. Cuentan con el apoyo de su familia.

13. Actividades recreativas		En ocasiones refieren "no tener tiempo libre para nada"		
14. Aprendizaje	Se les ve receptivos a la hora de recibir ayuda profesional.	Necesitan apoyo e información acerca del cuidado de su hijo. Falta de conocimientos acerca de la lactancia y cómo dar el pecho.		

5.2 – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (DxE)

En el caso del RN, aparecen los siguientes diagnósticos de autonomía en relación con los siete problemas comentados anteriormente:

- Alimentación (Suplencia total)
- Eliminación fecal – urinaria (Suplencia total)
- Movilización y mantenimiento de una buena postura (Suplencia total)
- Vestido y arreglo personal (Suplencia total)
- Mantenimiento de la temperatura corporal (Suplencia total)
- Higiene y cuidado de la piel, mucosas y faneras (Suplencia total)
- Mantenimiento de la seguridad del entorno (Suplencia total)

Por otro lado, en los padres encontramos problemas de independencia a partir de los cuales el personal de enfermería debe enunciar los DxE para paliar las carencias que puedan aparecer, así como fomentar y completar la independencia del paciente.

Así pues, enuncio DxE reales, donde la conducta del paciente es inapropiada en ese momento y DxE de riesgo, donde la conducta es apropiada pero puede dejarlo de ser en un futuro si no se modifican algunas conductas actuales.

Etiquetas diagnósticas para DxE Reales:

- 00148 – Temor
- 00104 – Lactancia materna ineficaz
- 00198 – Trastorno del patrón del sueño
- 00120 – Baja autoestima situacional

Etiquetas diagnósticas para DxE de Riesgo:

- 00057 – Riesgo de deterioro parental

5.3 – PLANIFICACIÓN

Durante esta etapa hay que elaborar las estrategias más adecuadas para resolver los problemas identificados en la etapa diagnóstica.

En primer lugar fijo prioridades para escoger el orden en el que voy a actuar y determinar los resultados, intervenciones y actividades que realizaré más adelante.

Para ello, me baso en los criterios de priorización de M^a Teresa Luis Rodrigo (ANEXO 2), abordando en primer lugar aquellos problemas los cuales con su resolución puedan facilitar la modificación de los siguientes.

En el hospital, el bebé estaba vigilado las 24 horas del día por los profesionales sanitarios; por tanto, el paso al domicilio hace aparezcan en los padres sentimientos de inseguridad y esto les dificulte el cuidado del bebé. También identifican la ignorancia o el desconocimiento de las cosas como un factor asociado a los sentimientos negativos^{22,23}.

Es por ello necesario que el profesional de enfermería esté preparado para valorar, diagnosticar y brindar la asistencia oportuna en estas ocasiones:

→ Temor r/c falta de soporte en situaciones estresantes m/p sentimientos negativos, aprensión, miedo, dicen no sentirse seguros en el cuidado de su hijo.

DxE	NOC	NIC	ACTIVIDADES
(00148) Temor: Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.	➤ 1404 – Autocontrol del miedo. · 140410 Mantiene la relación del rol. · 140406 Utiliza estrategias de superación efectivas.	✓ 5380 Potenciación de roles	- Enseñar nuevas conductas que necesita el padre/madre para cumplir con un rol. - Facilitar el ensayo de rol consiguiendo que los padres se anticipen a las reacciones de los demás a la representación.
		✓ 5395 Mejora de la autoconfianza.	- Preparar al individuo para los estados fisiológicos y emocionales que puede experimentar durante los intentos iniciales de desarrollo de una nueva conducta. - Embarcarse en un juego de rol para ensayar la conducta.

(00148) Temor	<p>➤ 1205 – Autoestima</p> <ul style="list-style-type: none"> · 120512 Voluntad para enfrentarse a los problemas. · 120514 Aceptación de críticas constructivas. 	<p>✓ 5400 Potenciación de la autoestima</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instruir a los padres sobre la importancia de su interés y apoyo en el desarrollo de un concepto positivo de sí mismo para su hijo. - Mostrar confianza en la capacidad de los padres para controlar la situación.
		<p>✓ 5230 Aumentar el afrontamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de miedo. - Tratar de comprender la perspectiva de los padres sobre una situación estresante. - Presentarles personas (o grupos) que hayan pasado por la misma experiencia con éxito.

Otro aspecto a destacar es el tema de la lactancia materna; ya que se han demostrado sus múltiples beneficios en la salud infantil, el desarrollo intelectual y motor, el posterior riesgo de enfermedad crónica y la salud materna²⁴. Para los recién nacidos prematuros, la leche materna es medicinal; contiene anticuerpos que reducen el riesgo de padecer procesos infecciosos. Compartir esta información con las madres favorece la lactancia y disminuye la ansiedad materna²⁵.

→ Lactancia materna ineficaz **r/c** déficit de conocimientos, ansiedad o ambivalencia maternal **m/p** falta de respuesta a las medidas de confort, falta de continuidad en la succión del pecho.

DxE	NOC	NIC	ACTIVIDADES
(00104) Lactancia materna ineficaz: La madre o el lactante experimentan insatisfacción o dificultad con el proceso de lactancia materna.	➤ 1800 - Conocimiento: lactancia materna. · 180001 Beneficios de la lactancia materna. · 180006 Posición adecuada del lactante durante la lactancia.	✓ 5244 Asesoramiento en la lactancia	- Corregir conceptos equivocados, mala información e imprecisiones acerca de la alimentación de pecho. - Evaluar la comprensión de la madre de las pautas alimentarias del bebé (sujeción, succión y estado de alerta). - Fomentar maneras de aumentar el descanso, incluyendo la delegación de las tareas hogareñas y las formas de solicitar ayuda.
		✓ 5540 Potenciación de la disposición de aprendizaje	- Fomentar la manifestación verbal de sentimientos, percepciones e inquietudes. - Establecer un ambiente de aprendizaje lo más cercano posible al contacto del paciente.

(00104) Lactancia materna ineficaz	<p>➤ 1002 - Mantenimiento de la lactancia materna.</p> <ul style="list-style-type: none"> · 100215 Expresión familiar de satisfacción con el proceso de la lactancia materna. · 100208 Reconocimiento de signos de disminución del aporte de leche. 	<p>✓ 1054 Ayuda en la lactancia materna</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informar a la madre acerca de las opciones de bombeo disponibles, si ello fuera necesario para el mantenimiento de la lactancia. - Comentar con los padres una estimación del esfuerzo y de la duración que les gustaría dedicar a la lactancia materna.
		<p>✓ 5606 Enseñanza: individual</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dar tiempo a la madre para que haga preguntas y discuta sus inquietudes. - Incluir a la familia/ser querido, si es posible.

Una de las primeras medidas de un programa de seguimiento domiciliario debería consistir en informar adecuadamente a las familias antes de que el hijo reciba el alta sobre los objetivos, servicios y especialidades implicados en el proceso de seguimiento sociosanitario del prematuro²⁶.

Esta falta de información no sólo implica una angustia y un estrés añadidos a la crianza de un hijo prematuro sino que, a veces, retrasa de forma muy considerable el acceso a los recursos y servicios destinados a la atención de estos niños²⁷; lo que dificulta un buen mantenimiento del entorno familiar para su correcto crecimiento.

→ Riesgo de deterioro parental r/c nacimiento prematuro, estrés, traslado, bajo nivel de conocimientos.

DxE	NOC	NIC	ACTIVIDADES
(00057) Riesgo de deterioro parental: Riesgo de incapacidad del cuidador principal para crear, mantener o recuperar un entorno que promueva el óptimo crecimiento y desarrollo del niño.	➤ 1840 – Conocimiento: cuidados del recién nacido pretérmino. • 184018 Importancia de los cuidados canguro. • 184012 – Estrategias de manejo del dolor.	✓ 8250 Cuidados del desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar una orientación de los brazos hacia la línea media del cuerpo para facilitarle actividades mano-boca. - Controlar los estímulos (luz, ruido contacto, procedimientos) del entorno del bebé y reducirlos según sea conveniente. - Agrupar los cuidados para favorecer el intervalo más largo posible de sueño y la conservación de energía.
		✓ 6480 Manejo ambiental	<ul style="list-style-type: none"> - Disminuir los estímulos ambientales. - Limitar las visitas. - Educar a los padres y a las visitas acerca de los cambios y precauciones de forma que no interrumpan inadvertidamente el ambiente planificado.

(00057) Riesgo de deterioro parental	<p>➤ 2208 – Factores estresantes del cuidador familiar.</p> <ul style="list-style-type: none"> · 220816 – Pérdida de tiempo personal · 220805 – Conflicto del rol. 	<p>✓ 6612 Identificación de riesgos: familia con recién nacido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar el estado económico de la familia. - Planificar las actividades de disminución de riesgos en colaboración con los padres.
		<p>✓ 5370 Potenciación de roles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prepararles para los estados fisiológicos y emocionales que puede experimentar durante los intentos iniciales de desarrollo de una nueva conducta. - Enseñar las nuevas conductas que necesita el padre/madre para cumplir un rol. - Ayudarles a identificar diversos papeles en la vida.

A pesar de los problemas anteriores, el cuidado de un niño prematuro también repercute en las necesidades fisiológicas de los padres, en especial en el sueño. El RN precisa atención durante las 24 horas del día, y los padres deben atenderlo de la mejor manera cuando sea preciso. Así pues, para un rendimiento completo en su cuidado, el descanso de los cuidadores es primordial.

→ Trastorno del patrón del sueño **r/c** responsabilidades como cuidador **m/p** quejas verbales de no sentirse bien descansado.

DxE	NOC	NIC	ACTIVIDADES
(00198) Trastorno del patrón del sueño: Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debida a factores externos.	➤ 0002 – Conservación de la energía. • 000201 Equilibrio entre actividad y descanso. • 000203 Reconoce limitaciones de energía.	✓ 5880 Técnica de relajación.	- Instruir a los padres sobre técnicas que han de utilizarse para calmar al bebé que llora (hablar al bebé, poner la mano en la tripita, liberar los brazos, levantarlo, sostenerlo y mecerlo). - Identificar a los seres queridos cuya presencia pueda ayudar al paciente.
		✓ 0180 Manejo de la energía.	- Observar a los padres por si aparecen signos de indicios de exceso de fatiga física y emocional. - Ayudarles a identificar las tareas que pueden ser realizadas por los familiares en casa para evitar o aliviar la fatiga.

(00198) Trastorno del patrón del sueño	➤ 0003 – Descanso. · 000303 Calidad del descanso. · 000308 Descansado emocionalmente.	✓ 7040 Apoyo al cuidador principal. - Observar si hay indicios de estrés. - Enseñarles técnicas de manejo de estrés.
		✓ 6610 Identificación de riesgos. - Determinar la presencia y la calidad del apoyo familiar.

En la situación que nos encontramos se puede decir que es algo temporal; ya que en un futuro si nuestros objetivos se cumplen, estos padres serán capaces de encargarse de forma totalmente independiente de su hijo. Pero es cierto que en un primer momento apreciamos en ellos un estado de impotencia en el que no sienten que cuiden a su hijo de forma correcta. Esto es un punto en el que debemos actuar porque va a repercutir de forma severa en el estado de ánimo y sentimientos de los padres; y como consecuencia en la salud de su hijo.

→ Baja autoestima situacional **r/c** cambios en el rol social, sentimientos de haber fallado **m/p** expresiones de ser incapaz de afrontar situaciones, impotencia e inutilidad.

DxE	NOC	NIC	ACTIVIDADES
(00120) Baja autoestima situacional: Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual.	➤ 1309 – Capacidad personal de recuperación. • 130903 Utiliza estrategias de afrontamiento efectivas. • 130907 Muestra un autoestima positiva.	✓ 7100 Estimulación de la integridad familiar: familia con niño (recién nacido)	- Observar la adaptación de los padres a la paternidad. - Reforzar los comportamientos paternos positivos. - Animar a los padres a seguir con sus pasatiempos o intereses exteriores individuales.
		✓ 5340 Presencia	- Ayudarles a darse cuenta de que se está disponible, pero sin reforzar conductas dependientes. - Reafirmar y ayudar a los padres en su papel de apoyo de su niño. - Comunicar oralmente simpatía o comprensión por la experiencia que están pasando.

(00120) Baja autoestima situacional	<p>➤ 1305 – Modificación psicosocial: cambio de vida.</p> <p>· 130501 – Establecimiento de objetivos realistas.</p> <p>· 130506 – Expresiones de optimismo sobre el presente.</p>	<p>✓ 4410 Establecimiento de objetivos comunes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explorar con ellos distintas formas para conseguir los mejores objetivos. - Animar a los padres a identificar objetivos realistas, que puedan alcanzarse.
		<p>✓ 5310 Dar esperanza</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evitar disfrazar la verdad. - Enseñar a reconocer la realidad estudiando la situación y haciendo planes para casos de emergencia.

5.4 – EJECUCIÓN

En esta etapa se llevan a la práctica las intervenciones planificadas para lograr los resultados propuestos.

Para ello, me baso en la información revisada acerca de los hospitales de España que gozan de un servicio de atención domiciliaria a prematuros que se les ha dado el alta precoz; siguiendo en este caso el programa del Hospital Clinic de Barcelona¹¹.

Desde el servicio de ADE, una enfermera acude al domicilio dos o tres veces por semana aproximadamente durante dos semanas (dependiendo del desarrollo del caso) para supervisar los cuidados que los padres proporcionan a su hijo; controlando la ganancia de peso y su estado de salud.

Al finalizar el programa, los padres y el hijo deben acudir al hospital para que éste pueda ser dado de alta del programa de ADE. A partir de aquí pasan a depender de la Atención Primaria⁷.

5.5 – EVALUACIÓN

Es un proceso continuo con el que conseguimos realizar una valoración continuada del Plan de Cuidados.

En cada nueva visita domiciliaria, se evaluará lo conseguido desde la anterior a través de la observación por parte de la enfermera y utilizando como herramienta de trabajo una encuesta de valoración. (ANEXO 3)

Con esto, iremos observando el desarrollo del RN y la evolución de los cuidados que ofrecen sus padres.

Cuando los objetivos de los equipos de ADE se hayan cumplido, habrá llegado el momento del alta definitiva en el que es preciso seguir una estrategia de coordinación con el equipo de Atención Primaria de Salud, asegurando una continuidad en los cuidados y revisiones del lactante.

6. CONCLUSIONES

- Tras haber consultado gran cantidad de estudios con resultados fiables, está demostrada la importancia que tiene la ADE en prematuros a la hora del alta hospitalaria. Estos equipos favorecen el desarrollo del niño y fortalecen la relación con sus padres; los RN aumentan de peso antes que cuando permanecen en el hospital y esta atención está considerada totalmente segura.
- El mayor problema que encontramos en estas ocasiones es la inseguridad de los padres en la atención a su hijo, en especial si son padres primerizos. Por esto, nuestro papel como enfermeros en esta etapa es fundamental; por lo que debemos apoyar y atender todas las dudas y problemas con los que se encuentren los padres y asesorarles en la manera de tratar al RN; sobre todo en los primeros días en el domicilio.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. March of Dimes, PMNCH, Save the Children, Organización Mundial de la Salud. Resumen ejecutivo de Nacidos Demasiado Pronto: Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros. Nueva York; 2012.
2. Jiménez R, Figueras-Aloy J. Prematuridad. Pretérminos de peso inferior a 1500 gramos. Tratado de Pediatría. M.Cruz. 9ª Ed. Ed Ergon Madrid 2006; (1): 69-77.
3. Cannizzaro Claudia M, Paladino Miguel A. Fisiología y fisiopatología de la adaptación neonatal. Anest Analg Reanim. 2011; 24(2): 59-74.
4. Esteban C. G., Carballo M. M., Olmo A. V. Dificultades biosociales de la gran prematuridad. Praxis sociológica. 2014; (18): 117-134.
5. López Maestro M., Melgar Bonis A., de la Cruz-Bertolo J., Perapoch López J., Mosqueda Peña R., Pallás Alonso C. Cuidados centrados en el desarrollo. Situación en las unidades de neonatología de España. An Pediatr (Barc). 2014; 81(4): 232-240.
6. Álvarez Miró R. Influencia de la atención domiciliaria de enfermería en la evolución del prematuro con alta precoz [tesis doctoral]. Universidad de Barcelona; 2011.
7. Castro López Frank W, González Hernández Gretel, Alfonso Manzanet José Enrique. Cuidados de enfermería para la prevención de las infecciones posnatales. Rev Cubana Enfermer. 2005; 21(2): 1.
8. García H., Nahima Martínez-Muñoz A., Peregrino-Bejarano L. Epidemiología de las infecciones nosocomiales en una unidad de cuidados intensivos neonatales. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2014; 52 (Supl 2): 30-7.
9. Genes L., Lacarrubba J., Mir R., Céspedes E., Mendieta E. Sepsis neonatal. Caracterización en Recién Nacidos de muy bajo peso. Experiencia de once años. Pediatría (Asunción): Órgano Oficial de la Sociedad Paraguaya de Pediatría. 2013; 40 (2): 145-154.

10. Álvarez Miró R., Lluch Canut M.T., Figueras Aloy F., Esqué Ruiz M.T., Arroyo Gili L., Bella Rodríguez J. et al. Evolución del peso del prematuro con alta precoz y atención domiciliaria de enfermería. *An Pediatr (Barc)*. 2014; 81(6):352 – 359.
11. Álvarez Miró R., Bella Rodríguez J., Arroyo Gili L. Asistencia domiciliaria al prematuro. *Matronas Prof*. 2008; 8 (3): 28-30.
12. García del Río M., Sánchez Tamayo T. Alta precoz de los recién nacidos de bajo peso. Hospitalización domiciliaria. Servicio de Neonatología. Hospital Carlos Haya. Málaga. SPAO 2008; 2 (1)
13. El Hospital La Fe implanta un programa que adelantará el alta de los prematuros. *ABC*. 27 de abril de 2009; Comunidad Valenciana: 42.
14. Domínguez Ortega F., Durán López N., Domínguez Ramírez S. Hospitalización neonatal a domicilio. *Can Pediatr* 2011; 35 (2): 105-108
15. Örténstrand A., Winbladh B., Nordström G., Waldenström U. Early discharge of preterm infants followed by domiciliary nursing care: parents' anxiety, assessment of infant health and breastfeeding. *Acta Paediatrica*, 2001; 90: 1190–1195.
16. Ruiz A., Ceriani Cernadas JM., Cravedi V., Rodríguez D. Estrés y depresión en madres de prematuros: un programa de intervención. *Arch. argent. pediatr*. 2005; 103 (1): 36 - 45.
17. Edraki M, Moravej H, Rambod M. Effect of Home Visit Training Program on Growth and Development of Preterm Infants: A Double Blind Randomized Controlled Trial. *IJCBNM*. 2015; 3(1):12-22.
18. Herdman T. H. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. Barcelona, España: Elsevier; 2012-2014
19. Moorhead S., Johnson M., Maas M. L., Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona, España: Elsevier Mosby; 2009.
20. Dochterman J. M., Bulechek G. M., editoras. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 4ª ed. Madrid, España: Elsevier; 2006.

21. Luis Rodrigo M. T. Los diagnósticos enfermeros. 9ª Ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2013.
22. Castiblanco López N., Muñoz de Rodríguez L. Visión de las madres en el cuidado del hijo prematuro en el hogar. Av.enferm. 2011; 29 (1): 120-129.
23. Ocampo González M. P., Castillo Espitia E. Cuidando un hijo prematuro en casa: del temor y la duda a la confianza. Texto Contexto Enferm. 2014; 23(4): 828-35.
24. León-Cava N., Lutter C., Ross J., Martin L. Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia. Proyecto LINKAGES. 2002
25. Stuebe A. M. Formas de facilitar que la mujer alcance sus metas de lactancia materna. Obstet Gynecol 2014; 123: 643-652.
26. Gómez Esteban C. Asociaciones de padres y seguimiento multidisciplinar de la gran prematuridad. Revista Española de Discapacidad. 2014; 2 (1): 203-213.
27. Patiño-Masó J., Reixach-Bosch M. ¿Qué tipo de ayuda demandan los padres de recién nacidos hospitalizados en cuidados intensivos neonatales? Enfermería Clínica. 2009; 19 (2): 90 – 94.

8. ANEXOS

ANEXO 1: Criterios de inclusión y exclusión en el programa de ADE

Criterios de inclusión: RN prematuros (edad gestacional igual a 25 semanas e inferior a 37 semanas), con peso de nacimiento superior a 750 gramos y con peso al alta inferior a 2.100 gramos, que cumplan las siguientes condiciones en el momento del alta:

- Ausencia de cromosomopatías o malformaciones mayores
- Edad corregida \geq 30 semanas.
- Estabilidad térmica.
- Alimentación por boca sin dificultad.
- Curva de peso ascendente.
- Buen estado clínico.
- Consentimiento familiar.

Criterios de exclusión: Todos los recién nacidos que presentan alguna enfermedad relevante.

Fuente: Álvarez Miró R. Influencia de la atención domiciliar de enfermería en la evolución del prematuro con alta precoz [tesis doctoral]. Universidad de Barcelona; 2011.

ANEXO 2: Criterio de priorización según M^a Teresa Luis Rodrigo (2005)

- 1) Problemas (Problemas de colaboración o DxE) que amenacen la vida de la persona.
- 2) Problemas que para la persona/familia sean prioritarios.
- 3) Problemas que contribuyen a la aparición o permanencia de otros.
- 4) Problemas con una misma causa que pueden ser abordados conjuntamente.
- 5) Problemas que tienen una solución sencilla.

Fuente: Luis Rodrigo M. T., Fernández Ferrín C., Navarro Gómez M.V. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ª ed. Barcelona, España: Elsevier Masson, 2005.

ANEXO 3: Encuesta de valoración domiciliaria.

Fecha:/...../.....

Hora:.....

Domicilio:

RN: Sexo:

Fecha de nacimiento:/...../.....

Peso hoy:gr Ganancia desde última visita:gr

Edad: semanas

OBSERVACIONES RN

Aspecto general:

Alimentación: SNG: No / Si:

Sueño:

Temperatura:.....°C

Micciones:

Deposiciones:

Medicación:

Técnicas realizadas:

Otros aspectos:

OBSERVACIONES ENTORNO (escribir aspectos a destacar)

Padres/cuidadores

Vivienda/entorno

Firma enfermer@:

Fuente: Elaboración propia.