

**Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud**

Grado en Enfermería

Curso Académico 2014/ 2015

TRABAJO FIN DE GRADO

Cuidados en el límite de la vida: plan de cuidados de enfermería del
bebé prematuro.

Autor/a: Alicia Macarrilla Maluenda.
Director 1. José Ángel Ayensa Vázquez.

INDICE

RESUMEN.....	Página 3
INTRODUCCUION.....	Página 5
OBJETIVOS.....	Página 8
METODOLOGIA.....	Página 9
DESARROLLO.....	Página 11
CONCLUSIONES.....	Página 24
BIBLIOGRAFIA.....	Página 25
ANEXOS.....	Página 28

~RESUMEN~

Un recién nacido prematuro nace sin haber completado la maduración de sus órganos y sistemas, por lo que no va a ser capaz de mantener de manera independiente el correcto funcionamiento de su organismo. Necesita de cuidados continuados y específicos para completar su desarrollo. En los últimos 25 años ha ido incrementando la supervivencia de los prematuros y por lo tanto han ido evolucionando sus cuidados.

El objetivo principal fue elaborar un plan de cuidados de enfermería estandarizado para el R.N. Prematuro. Conocer los principales diagnósticos, revisar y actualizar los cuidados del RN prematuro.

Se realizó una búsqueda bibliográfica para la recopilación de artículos y documentos científicos para desarrollar el trabajo. Se han usado bases de datos científicas para esta búsqueda. Se ha usado el modelo enfermero de Virginia Henderson. Se desarrolló los diagnósticos principales que presenta un bebe prematuro basándonos en las 14 necesidades de Virginia Henderson. Basándonos en esto se estableció el plan de cuidados.

Se desarrolló un plan de cuidados estandarizado de enfermería para el bebe prematuro donde se estableció que el recién nacido prematuro debe considerarse como un paciente especial, donde se comparte la misma taxonomía NANDA pero el conjunto de actividades e intervenciones hace que sean únicas para él.

PALABRAS CLAVE:

Recién nacido prematuro. Cuidados del prematuro. Plan de cuidados.

ABSTRACT:

A premature newborn child is a baby who is born without having the ripeness of his organs and systems completed. Thus he is not going to be capable of keeping the correct functioning of his organism independently. He needs constant and specific cares to achieve his complete development. In the last 25 years it has been increasing the survival of the premature babies and therefore they have been evolving his elegant ones.

The principal aim has been to elaborate a standardized nursing cares plan for the newborn premature. A bibliographical research has been carried out whose purpose is to summarize articles and scientific documents to develop the report. Scientific databases have been also used for this research.

The nursering model which has been used is the Virginia Henderson's one. I have developed the main diagnoses showed by a premature baby, based on 14 Virginia Henderson's needs. The cares planning has been underpinned by this model.

A standardized plan fot the premature baby has been developed, which concluded that a premature baby cannot be considered as an usual baby but a special patient. The NANDA taxonomy is shared but the set of activities and interventions make this model unique for him.

KEY WORDS

Premature baby. Premature baby cares. Care plan

~INTRODUCCIÓN~

El nacimiento de un bebé prematuro es un hecho multicausal (1) (2) (3), e incluso en ocasiones, no se sabe su causa desencadenante. La realidad es que nos encontramos con pacientes en el límite de la vida con cuidados y necesidades específicos, muy susceptibles de sufrir complicaciones de por vida, por lo que el personal enfermero debe desarrollar estos cuidados especializados.

El bebé prematuro es todo bebé que nace pretérmino, con semanas gestacionales inferiores a 37 y acompañado de bajo peso, por debajo de 2500gr. (4)

Podemos hablar también, dentro del bebé prematuro, de los grandes prematuros que son aquellos bebés que están por debajo de las 30 semanas de vida y los 1500 gr. (1)

En los últimos 25 años ha ido incrementando la supervivencia de los prematuros y el límite de la viabilidad de la vida ha cambiado. En la década de 1970 se hallaba en la semana 28, años después, en la semana 26 y en la década de 1990, en la 24. La mayor parte de las Sociedades Científicas considera que el límite de la viabilidad se encuentra entre las 23-25 semanas. (5)

Actualmente, algunos centros de países desarrollados alcanzan una supervivencia cercana al 30% a las 23 semanas y de alrededor del 10% en la semana 22. Respecto al peso el límite se encuentra en torno a los 500 gr.

El nacimiento en España de prematuros en el año 2013 fue de 27.015. Es en las edades comprendidas entre 30 y 34 años, y 35 a 39 donde se concentró los partos de bebés prematuros. En Aragón hubo un total de 735 nacimientos de bebés prematuros en ese mismo año 2013, las edades de las madres donde fue mayor el número de prematuros fue al igual que en el caso de España, entre los grupos de 30 a 34 y de 35 a 39 años.

La predicción de la muerte hospitalaria o de aparición de lesiones cerebrales graves (6)(7) está más relacionada con RN menores de 1.500 g o menores de 31 semanas de gestación, que contemplan las siguientes variables: peso

al nacer, edad gestacional, malformaciones congénitas, déficit de bases y fracción inspiratoria de oxígeno (FiO₂) mínima y máxima a las 12 h de vida.

El recién nacido (en adelante RN), se ve sometido a un gran cambio drástico (4), el hecho de comenzar la vida, de manera prematura, fuera del útero materno. Hay que añadir, que desde su primer momento de vida sufre alteraciones y estímulos que producen estrés y dolor en el RN. (8) Estos prematuros se localizan en un servicio especial e individualizado en los hospitales de referencia. Es la UCI Neonatal (5)(8). Se destina a ellos un elevado presupuesto ya que producen un gran gasto hospitalario tanto es su estancia en la UCI N como en el transcurso su primera infancia hasta los dos años.

El bebe prematuro debido al alto grado de inmadurez de sus órganos y sistemas tiene riesgos de presentar complicaciones como hidrocefalia, hemorragias cerebrales, secuelas neurológicas, enterocolitis, anemia, sepsis bacteriana, displasia broncopulmonar, retinopatías, la muerte.... (7)

Hay que añadirle todos los riesgos y complicaciones cognitivas y motoras que pueden tener a largo plazo. (9)

Precisa en su totalidad de cuidados enfermeros constantes ya que debido a su inmadurez es completamente dependiente y sin autonomía. Los cuidados de enfermería en el RN prematuro están encaminados al adecuado crecimiento y maduración del bebe fuera del útero materno. Son importantes además para evitar las complicaciones propias del prematuro ya que muchas de ellas son irreversibles. La presencia de complicaciones en el RN es directamente proporcional a la edad gestacional.(10)(11)

Existen unos cuidados especializados centrados en el desarrollo del prematuro que son llevados a cabo sobre el macro y micro ambiente del RN.(11) Uno de los aspectos de basa en crear las condiciones ambientales más similares al útero materno teniendo la incubadora tapada para evitar la luz y minimizar los ruidos, teniéndola además a temperatura y humedad específica a cada edad gestacional del RN. Dentro de la incubadora el RN se encuentra rodeado con una toalla suave y tapado de forma que nota contención.

Característico de estos cuidados centrados en el desarrollo es el uso de glucosa como método de analgesia cuando se van a realizar las manipulaciones o las técnicas dolorosas, consiguiendo con ello una disminución importante de estrés y dolor. Es importante que las actuaciones e intervenciones se agrupen para realizar las mínimas manipulaciones al RN.

Está incluido en estos cuidados el método madre canguro (12), ya que el contacto directo piel con piel de la madre y el RN fomenta la creación de lazos afectivos, calma al RN y mejora su estado general. Hace también que se estimule el reflejo de succión (13) que en los prematuros aun no está desarrollado y se produzca un mejor inicio a la lactancia materna.

Además, enfermería cumple el papel de acompañar a los padres (14) en el proceso y enseñarles el manejo y los cuidados del RN prematuro. Ya que a su salida del hospital van a ser ellos los cuidadores principales su bebe. También es importante el diálogo fluido entre profesionales y padres con el fin de planificar actividades y toma de decisiones, recordando que el bebe no es parte de la institución si no que es parte de su familia.

Son procesos en los que el prematuro puede llegar a estar hasta 3 meses en la UCI Neonatal y con él sus padres, llegando a vivir situaciones desgastantes por la angustia que produce una situación tan crítica y todas las repercusiones que se ocasionan en su vida familiar, social y de pareja.

Un problema bioético que presentan estos pacientes es que tras la aplicación de cuidados intensivos máximos y prolongados, un importante grupo de prematuros presentará graves secuelas con lo cual no se habrán logrado los beneficios esperados del tratamiento, y por otro lado, de no aplicar cuidados intensivos, la mayoría moriría en pocas horas. Difícil colocar la barrera entre encarnizamiento terapéutico para la supervivencia del prematuro. La incertidumbre que genera cada caso solo puede saberse con certeza el resultado de manera retrospectiva. (15)

Debido a la importancia de la atención y los cuidados enfermeros que precisa el RN prematuro y los específicos cuidados centrados en el desarrollo y su desconocimiento por mucha parte del profesional enfermero voy a desarrollar un plan de cuidados del paciente prematuro.

~OBJETIVOS~

1.-PRINCIPAL

Elaborar un plan de cuidados de enfermería estandarizado para el R.N. prematuro.

2.-SECUNDARIOS

- »Conocer los principales diagnósticos con taxonomía NANDA, intervenciones NIC y objetivos NOC derivados de las necesidades del RN prematuro.
- »Revisar y actualizar los conocimientos sobre los cuidados que necesita un recién nacido prematuro.

~METODOLOGIA~

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una búsqueda bibliográfica con el fin de conocer el estado actual del tema.

En esta revisión bibliográfica se han incluido estudios, publicaciones, páginas web, revistas de enfermería y biomédicas online, actas de congresos, artículos científicos nacionales y de países extranjeros.

Se ha utilizado para ello las principales bases de datos nacionales e internacionales.

<i>Base de Datos</i>	<i>Palabras Clave</i>	<i>Artículos Encontrados</i>	<i>Artículos utilizados</i>
CUIDEN	Cuidados prematuro, recién nacido prematuro, plan de cuidados prematuro.	7	3
SCIELO	Recién nacido prematuro, cuidados prematuro, plan de cuidados del prematuro	10	6
PUBMED	Premature baby. Taken care of the premature baby	3	1
DIALNET PLUS	Recién nacido prematuro, cuidados prematuro, plan	9	5

	de cuidados del prematuro		
GOOGLE ACADEMICO	Recién nacido prematuro, cuidados prematuro, plan de cuidados del prematuro	3	3

Se ha tomado como limitador de la revisión bibliográfica información publicada con no más antigüedad de 10 años.

Las palabras clave empleadas fueron: cuidados del prematuro, prematuro, cuidados neonatos.

De todos los artículos encontrados se hizo una selección de los más vinculantes y relevantes sobre el tema. Se ha trabajado en base a los datos y la información aportada en ellos.

Para realizar el plan de cuidados se utiliza el modelo de Virginia Henderson donde son remarcados los cuidados especiales que necesita el RN prematuro reflejándolo en las intervenciones y los cuidados precisos en cada diagnóstico.

~DESARROLLO~

Una vez que el RN prematuro se halla en la unidad de UCI Neonatal, (ANEXO1) el mantenimiento de la vida y el buen estado de salud, queda a responsabilidad del profesional sanitario, siendo el personal enfermero el destinado a proporcionarle los cuidados especializados e individualizados que necesita.

El RN prematuro se encuentra bajo valoración y cuidados las 24 horas. Las actividades e intervenciones están repartidas entre los 3 turnos de jornada laboral, donde en cada una se busca una agrupación de estas actividades para reducir el número de manipulaciones sobre el RN.

El proceso enfermero es un método sistematizado para llevar a cabo cuidados centrados en el logro de objetivos de forma eficiente. Consta de cinco pasos:

Valoración: Recogida de datos de salud del paciente.

Diagnóstico: Se analizan los datos de la valoración para formular unos diagnósticos.

Planificación: Se fijan los objetivos y las prioridades.

Ejecución: Realización de la intervención y actividades.

Evaluación: Se determina la eficacia de la intervención en términos de logro de los objetivos propuestos

Virginia Henderson valora al paciente a través de 14 Necesidades Básicas y entiende al paciente como un todo.

Para la realización de este plan de cuidados nos vamos a basar en las 14 Necesidades Básicas utilizándolas de contexto para desarrollar los principales diagnósticos NANDA que precisa el RN prematuro. No se va a desarrollar diagnóstico de todas las necesidades porque en el RN aun no son existentes.

1.-VALORACION:

Los signos, síntomas y demás información que vamos a hallar son producto de la observación directa y la comparación de datos objetivos y subjetivos con los datos de otros días de la hoja de valoración enfermera. No es posible por razones obvias establecer una conversación o realizar entrevistas a este tipo de pacientes. Hay que considerar de manera individual el estado de cada prematuro: la patología que presenta, su probable evolución, el peso, la edad gestacional, sus constantes y su estado general.

La condición más importante que tienen estos RN prematuros es su inmadurez, a sus semanas de gestación aun debería estar en el útero materno completando la maduración de sus órganos y sistemas. Se debe valorar también el micro y macro ambiente donde se encuentra el prematuro.

El bebe se haya monitorizado en todo momento y son visibles sus constantes en un monitor, esto nos ayuda a objetivar el estado del prematuro.

2.-DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA.NANDA. Y 3.-PLANIFICACIÓN

>>00030 Deterioro del intercambio gaseoso r/c insuficiencia respiratoria e inmadurez pulmonar m/p cianosis, taquipnea, periodos de apnea, signos y síntomas de dificultad respiratoria

INTERVENCIONES. NIC.

- Manejo ácido-base
- Manejo vías aéreas.
- Monitorización de los signos vitales
- Monitorización respiratoria.
- Oxigenoterapia
- Aspiración de vías aéreas.

RESULTADOS. NOC.

- Equilibrio ácido-base
- Estado respiratorio: intercambio gaseoso
- Estado respiratorio: ventilación.

ACTIVIDADES

- Evaluación del esfuerzo respiratorio.
- Se precisa vigilancia y evaluación continua de los cambios y el aumento del trabajo respiratorio cada 1-2 horas y cuando sea necesario.
- Mantener una oxigenación adecuada.
- Mantener las vías aéreas superiores desobstruidas; aspirar cuando sea necesario.
- Monitorizar la gasometría arterial según prescripción médica.
- Esfuerzo respiratorio y signos de dificultad respiratoria.
- Color y estado de perfusión periférica.

>>00105 Interrupción de la lactancia materna r/c Prematuridad m/p Deseo materno de mantener la lactancia, separación madre-hijo

INTERVENCIONES. NIC.

- Asesoramiento de la lactancia
- Succión no nutritiva
- Enseñanza individual
- Ayuda en la lactancia materna

RESULTADOS. NOC.

- Mantenimiento lactancia materna
- Motivación

ACTIVIDADES

- Ajustar las necesidades de agua, electrolitos y minerales en función de la patología que presenten en cada momento.
- Lavado de manos antes de preparar y administrar la leche.
- Seleccionar la sonda gástrica dependiendo del peso y la edad gestacional del prematuro.
- Cambiar la sonda cada 48 horas.
- Revisar el volumen y tipo de leche a administrar según prescripción médica.
- Administrar la leche a través de la sonda nasogástrica a temperatura ambiente
- Atención ante cualquier síntoma o signo de intolerancia a la alimentación.

>>00016 Deterioro de eliminación r/c edema y desequilibrio hidroelectrolítico m/p la inmadurez renal

INTERVENCIONES. NIC.

- Manejo de líquidos.
- Manejo del peso.
- Monitorización de líquidos.
- Sondaje vesical.

RESULTADOS. NOC.

- Eliminación urinaria.
- Función renal.
- Severidad de la infección.
- Severidad de los síntomas.

ACTIVIDADES

- Balance hídrico cada 24 horas.
- Peso de pañales y su registro.
- Control diario del peso del bebe.
- Estimación de la cantidad normal de micción.
- Estimulación de la micción con masaje abdominal.
- Forzar micción de manera farmacológica.
- Sondaje vesical.

>>00011 *Estreñimiento r/c inmadurez intestinal m/p distensión abdominal.*

INTERVENCIONES. NIC.

- Disminución de la flatulencia.
- Masaje abdominal.
- Sondaje gastrointestinal.

RESULTADOS. NOC.

- Control síntomas
- Eliminación intestinal
- Nivel comodidad.

ACTIVIDADES

- Revisión de los pañales cada vez que se cambian anotando las deposiciones y realizar su registro.
- Peso diario del bebe dentro de la incubadora.
- Establecimiento de patrón de eliminación normal.
- Estimulación de la defecación con masaje abdominal si no se ha producido defecación en un turno.
- Sonda evacuatoria rectal.
- Forzar expulsión de gases

>>Alteración del patrón sueño r/c el impacto ambiental y técnicas agresivas s/a exploraciones e intervenciones m/p cambios bruscos en las constantes vitales.

INTERVENCIONES. NIC.

- Manejo ambiental: confort
- Manejo de la medicación

RESULTADOS. NOC.

- Descanso
- Nivel comodidad
- Nivel dolor

ACTIVIDADES

- Agrupación de las actividades para minimizar los estímulos innecesarios.
- Evitar la interrumpiendo el ciclo biológico.
- Agrupación de las actividades para minimizar los estímulos.
- Colocar un paño sobre la cúpula de la incubadora para disminuir la intensidad de la luz y del ruido, atenuando los sonidos.
- No despertarlo bruscamente.

>>00005 Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal R/c: extremos de edad, extremos ponderales.

INTERVENCIONES. NIC.

- Manejo ambiental
- Regulación de la temperatura

RESULTADOS. NOC.

- Termorregulación recién nacido
- Detección del riesgo
- Control del riesgo

ACTIVIDADES

- Mantener la temperatura del RN estabilizada dentro de los parámetros normales (axilar: 36,5°-37°C, piel: 36,0-36,5°C)
- Toma de temperatura cada 6 horas o siempre que se sospeche alteración de la temperatura.
- La temperatura y humedad las vamos modificando según va evolucionando el peso y las semanas de gestación.

- La incubadora se adecuará a la evolución del prematuro.
- Minimizar las veces de apertura de la incubadora y el tiempo que se mantiene abierta.
- La termorregulación se favorece con el uso de gorro, guantes y calcetines, además de cobertores plásticos.
- Colocar un paño encima de la incubadora ayuda.

>>00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea m/p suma delicadeza y resistencia de la piel

INTERVENCIONES. NIC.

- Baño
- Cambio de posición
- Cuidados de úlceras por presión
- Vigilancia de la piel
- Control de infecciones
- Estimulación cutánea

RESULTADOS. NOC.

- Integridad tisular: piel y membrana mucosas.
- Cuidados higiene.
- Perfusión tisular: periféricas
- Termorregulación

ACTIVIDADES

- Aseo del prematuro.
- El secado de la piel a toques
- Minimizar uso de esparadrapos y adhesivos en la piel, la retirada de estos se realizara con suero fisiológico o clorexhidina.
- Cambio de posición del manguito de la tensión y del pulsioxímetro cada 3 horas.
- Colocación de acolchado y protección en la piel para las tiras de los apoyos ventilatorios.
- Movilización y masaje del tabique nasal y orejas.
- Cambio de sondas nasogástricas cada 48 horas.
- Cambios posturales cada vez que hagamos una intervención sobre el bebe.

>>00058 Riesgo de deterioro de la vinculación Materno Filial r/c la separación precoz, forzosa y prolongada madre-niño s/a al nacimiento prematuro y la hospitalización en la unidad de cuidados Intensivos Neonatales.

INTERVENCIONES. NIC.

- Fomentar el acercamiento
- Apoyo a la familia
- Fomentar la paternidad
- Fomentar la implicación familiar

RESULTADOS. NOC.

- Adaptación del cuidador principal al ingreso del paciente en un centro sanitario
- Conocimiento: cuidado de los hijos

- Ejecución del rol de padres
- Lazos afectivos padre-hijo

ACTIVIDADES

- Reconocer el lenguaje no verbal del niño para entenderle y adaptar nuestros cuidados.
- Modificar la luz muy intensa que puede dañar el ojo del prematuro
- Modificar el nivel del ruido.
- Fomentar el Método Canguro

4.-EJECUCIÓN:

Las actividades se realizan a lo largo del día entre los 3 turnos de jornada laboral. En cada turno se concentran las actividades para realizarlas en el menor número de intervenciones sobre el bebe. Con esto se evita la pérdida de calor y humedad de la incubadora y se deja al bebe más tiempo de descanso.(ANEXO2)

El bebe es aseado, pesado, se le realiza una gasometría capilar y curado si precisa, cada día, esto es registrado y comparado con la gráfica de los días anteriores.

Las constantes, los volúmenes de los soportes ventilatorios (ANEXO3) y la temperatura y humedad de la incubadora son registradas cada hora en la hoja de valoración enfermera.

Para la alimentación del prematuro, en los principios del tratamiento, es mayor la cantidad de nutrientes y alimentación por vía parenteral que por vía enteral, siguiendo la evolución de prematuro esta proporción se invierte, llegando a ser nula la alimentación administrada por vía parenteral.

La alimentación puede administrarse en bomba de infusión continua si es alimentación parenteral. En estos casos el cambio del circuito se realiza cada 24 horas, y el cambio de leche cada 6 horas.

Cuando la alimentación es enteral, la alimentación es con a jeringa a bomba, el cambio de equipo se realiza cada 6 horas.

La diuresis y las deposiciones son anotadas cada vez que se cambia el pañal. El dato se obtiene mediante el peso del pañal.

Una vez que se ha finalizado de manipular al prematuro se coloca una toalla enrollada alrededor de él con el fin de que se sienta contenido. Además es tapado con una sábana para aumentar su confort.

Para mantener un ambiente tranquilo de ruidos y de luz se tapa la incubadora con un tapete.

5.-EVOLUCION:

El prematuro debe superar las primeras semanas críticas de vida hasta que completa la maduración de órganos y sistemas, un peso y semanas de vida que le colocan fuera de riesgo.

A lo largo de la evolución del prematuro se irán variando pautas y medicamentos para ir adaptándose a su crecimiento.

El bebe descansara, dormirá y tendrá un mayor confort si además evitamos los cambios bruscos de posición, ruidos intensos, cierre brusco de puertas de acceso a incubadora, luz intensa, ya que son estímulos intensamente negativos.

Se debe evitar las complicaciones como dolor, inquietud, palpación de asas, concentración de gases o mayores como la enterocolitis, hemorragias cerebrales, hidrocefalias, retinopatías para una mejor calidad de vida.

~CONCLUSIONES~

Se ha realizado un plan de cuidados de enfermería estandarizado para el R.N. prematuro. Nos ofrece las actividades e indicaciones que se necesita para el cuidado del bebe prematuro.

Para realizar este plan de cuidado se han seleccionado los principales diagnósticos con taxonomía NANDA con sus respectivos NIC, NOC, en el contexto de las 14 Necesidades de Virginia Henderson.

En el proceso de este plan de cuidados se realizado una revisión y actualización de los conocimientos sobre los cuidados que necesita un recién nacido prematuro.

Son cuidados centrados en el bebe prematuro y son específicos para él. Estas actividades e intervenciones son exclusivas e indispensables para el RN prematuro. Cada una de ellas a de hacerse para su buen cuidado.

Estos cuidados que se han descrito deben de ser capaces de desarrollar el personal enfermero de la uci neonatal. Para su correcta realización es imprescindible seguir las actividades e intervenciones y realizarlas con sumo cuidado y concentración. Es un puesto de alta responsabilidad. Tal como he podido observar en uno de mis módulos de prácticas en la UCI neonatal del Hospital Universitario Miguel Servet.

~BIBLIOGRAFIA~

1. Giselle Mesquita Costa, Jacqueline Domingues Tibarcio, Valaria Conceizao de Oliveira, Tarcasio Laerte Gontijo, Eliete Albano de Azevedo Guimares. Determinantes del bajo peso al nacer presentes en la declaración de nacido vivo. *Ciencia y Enfermería* xx, 2014, (3): 21-31.
2. Alonso Rosado A, Pérez Gómez RM, Criado Pérez L, Duque Alonso N, Hernández Marcos C, Hernández Martín M. Enfermedades periodontales durante el embarazo y su asociación con parto prematuro y bajo peso al nacimiento. Evidencias y controversias. *Avances*. 2010; 22 (2): 85-90
3. María Eugenia Hübner, Julio Nazer, Guido Juárez DE LEÓN. Estrategias para Mejorar la Sobrevida del Prematuro Extremo. *Rev Chil Pediatr* 2009; 80 (6): 551-9.
4. S. Rellan Rodríguez, C. García de Ribera, M. Paz Aragón García. El recién nacido prematuro, Asociación Española de Pediatría, Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología. 2008
5. Laura Paloma Méndez Silva, María Guadalupe Martínez León , Juan Martín Bermúdez Rodríguez. Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales: Morbimortalidad en Recién Nacidos Prematuros. *Actauniversitaria* 2007; 17 (1):46-51
6. Jose Luis Aparicio Sanchez, Jose Molina Orosa, Sergio Francis Puebla Molina. En grandes prematuros, la estimación de la morbilidad mejora si se tienen en cuenta el sexo, el peso al nacimiento, el numero de fetos por embarazo y el tratamiento prenatal con corticoides. *Evid Pediatr* 2008;4:58

7. R. Rivas Ruiza , J.M.A Guzmán Cabañas , M.A.J. Páirraga Quiles, , M.A^ªD. Ruiz González , M.A ^ªD. Huertas Muñoz , R.Álvarez Marcos. Utilidad del CRIB para predecir la muerte hospitalaria y la hemorragia intraventricular en los prematuros de muy bajo peso y extremado bajo peso al nacer. An Pediatr (Barc). 2007;66(2):140-5
8. Alfonso M. Garcia Hernandez. Muerte prematura vs muerte del prematuro: La evitación de la muerte Prematura y la búsqueda de una muerte tranquila en la UCI-pedriática del Hospital Universitaria de Canarias. 2008. [Acceso el 26 de Marzo de 2015]. Disponible en: [http://enfermeros.org/revista.:](http://enfermeros.org/revista.) 51-73
9. Carmen Rosa Pallas Alonso, grupo prev.Infan, PAPPS infancia y adolescencia. Actividades preventivas y de promoción de la salud para niños prematuros con edad gestacional menor de 32 semanas o un peso inferior a 1500g. De alta hospitalaria a los 7 años. Rev Pediatr Aten Primaria. 2012; 14: 249-63
10. Marina Mata-Méndez,Martha Elba Salazar-Barajas, Luis Raúl Herrera-Pérez. Cuidado enfermero en el recién nacido prematuro. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2009; 17 (1): 45-54
11. Bustos Lozano G. Ambiente y cuidados generales. Guía de Cuidados del Recién Nacido en las plantas de Maternidad. Hospital Universitario 12 de Octubre. Comunidad de Madrid; 2007. (5):53-54
12. Fabrícia Adriana Mazzo Neves, Márcia Helena Freire Orlandi, Cristina Yurie Sekine, Lacita Menezes Skalinski. Asistencia humanizada al recién nacido prematuro y/o de bajo peso: implantación del Método Madre Canguro en el Hospital Universitario. Acta Paul Enferm 2006;19(3):349-53.
13. Joice Cristina Pereira Antunes, Maria Aparecida de Luca Nascimento. La succión no nutritiva de los recién nacidos prematuros como una tecnología de enfermería. Rev Bras Enferm. 2013 set-out; 66(5): 647.

14. Sánchez Guisado, María del Mar. Guedes Arbelo, Chaxiraxi. Martos López, Isabel María. Cuidados Del Neonato prematuro centrados en el desarrollo y la familia. Jornadas Internacionales de Investigación en Educación y Salud. 2014.
15. Dres. Mario Sebastiani y Jose Maria Ceriani Cernadas. Aspectos bioéticos en el cuidado de los recién nacidos extremadamente prematuros. Arch Argent Pediatr 2008; 106(3):242-8
16. Instituto Nacional de Estadística (base de datos de internet) Madrid, Sede central del Instituto Nacional de estadística; 2013. [Acceso el 13 Marzo 2015]. Disponible en : <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>
17. Pediatricblog (sede web) Salamanca grupo pedriatico ;2011 El test de Apgar, para que es y para que sirve. Aproximadamente 1 pantalla. [Acceso 1 abril de 2015] Disponible en: <http://www.pediatricblog.es/test-de-apgar-que-es-y-para-que-sirve/>
18. Antunes, JCP, Nascimento, MAL, Gomes, AVO,at all. Tecnología secundaria en el tratamiento del recién nacido prematuro (cuidados de enfermería en el uso del cpap nasal). Enfermeria global. 2010; 20 (1) 1-11
19. Javier González de Dios, María González Muñoz. Probióticos y enterocolitis necrotizante del prematuro; to NEC or not to NEC?, ésta es la pregunta. Nutr Hosp. 2013;28(6):2115-23
20. Carlos Antonio Tapia-Rombo, Karla Margarita Calvo-Rangel, Víctor Joel Saucedo-Zavala, José Refugio Mora-Folb ,Jesús Enrique Santiago-Romob. Evolución final de recién nacidos prematuros operados y no operados por persistencia del conducto arterioso. Gac Méd Méx 2008; 144 (2):111-21
21. José Antonio de Sá Neto, Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues. La tecnología como fundamento de la atención en neonatología. Florianópolis, 2010; 19(2): 372-7.

22. North American Nursing Diagnosis Association.NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificaciones 2009-11. Madrid:Elsevier;2010.
23. Johnson M, Maas M, Moorhead S. Clasificación de Resultados de enfermería (NOC). 4ª Ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2009.
24. McCloskey JC, Bulechek GM, Buther H. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2009

~ANEXOS~

ANEXO1.

Nacimientos según residencia de la madre por comunidad autónoma, tiempo de gestación y grupo de edad de la madre.

	Todas edades	Menos de 15 años	De 15 a 19 años	De 20 a 24 años	De 25 a 29 años	De 30 a 34 años	De 35 a 39 años	De 40 a 44 años	De 45 a 49 años	De 50 y más años
Total										
Menos de 28 semanas	939	..	33	79	133	287	296	99	12	..
De 28 a 31 semanas	2649	3	58	165	410	890	812	272	38	1
De 32 a 36 semanas	23427	8	541	1523	3700	8189	7216	2014	220	16
Aragón										
Menos de 28 semanas	23	1	4	8	6	3	1	..
De 28 a 31 semanas	72	..	2	2	7	27	29	4	1	..
De 32 a 36 semanas	640	..	14	28	104	229	212	51	2	..

Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

ANEXO II

TEST DE APGAR					
Signo	Frecuencia Cardíaca	Movimientos Respiratorios	Color de la Piel	Tono Muscular	Respuesta Estímulos
Puntuación					
2	Superior a 100 por minuto	Buena Llanto (fuerte)	Normal Rosada	Movimientos activos	Enérgica
1	Inferior a 100 por minuto	Lentos Irregular	Normal (salvo manos y pies cianóticos)	Extremidades flexionadas	Muecas
0	Ausente	Ausente	Cianosis y palidez	Flacidez generalizada	Nula

Fuente: <http://www.pediatricblog.es/test-de-apgar-que-es-y-para-que-sirve/>

Test Silverman anderson

Signo	0	1	2
Elevación del tórax y el abdomen	Sincronizado	Poca elevación en inspiración	Desbalance tóraco-abdominal
Tiraje costal	No existe	Apenas visible	Marcado
Retrac. Xifoidea	Ausente	Apenas visible	Marcada
Aleteo nasal	Ausente	Mínimo	Marcado
Quejido	Ausente	Audible con estetoscopio	Audible sin estetoscopio

Puntaje	Dificultad respiratoria	Pronóstico
0	No dificultad respiratoria	Excelente
1 – 4	Ausente o leve	Satisfactorio
5 – 7	Moderada	Grave
8 – 10	Severa	Muy grave

Fuente: <http://www.pediatricblog.es/category/contenido/primeros-cuidados-recien-nacido/>

ANEXO IV: POSICION METODO MADRE CANGURO

BASES DEL PROGRAMA

Perfil de la madre

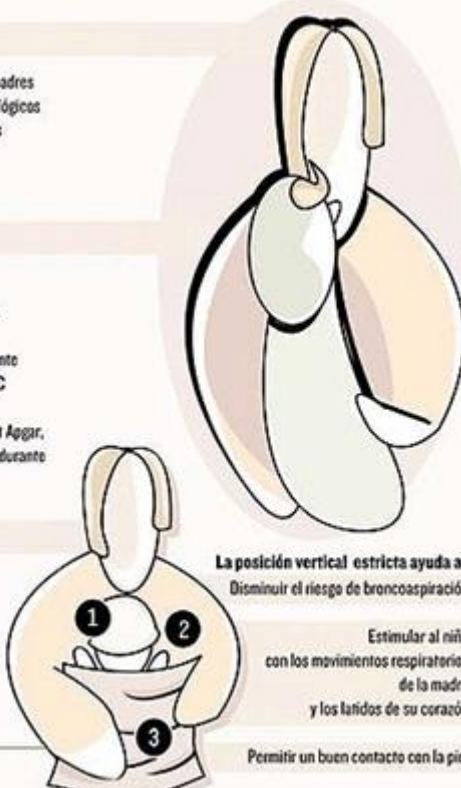
- Predisposición física y psicológica de los padres
- Se excluyen madres con: problemas neurológicos severos, enfermedades infectocontagiosas y pacientes con farmacodependencia o alcoholismo

Perfil del recién nacido

- Peso inferior o igual a 2.000 gramos
- Incremento de peso en incubadora mínimo 20 gr diarios
- Haber superado cualquier patología existente
- Temperatura axilar entre 36,5 °C - 37,5 °C
- Tener coordinación en la deglución
- Historia clínica completa, valorado por test Aggar, ecografía cerebral, oftalmología y fisioterapia durante hospitalización

Posición canguro:

1. El niño debe estar en posición vertical (de rana)
2. La mejilla contra el pecho de la madre. El contacto debe mantenerse las 24 horas del día
3. Se recurre a una faja de licra que sirve de soporte al niño



La posición vertical estricta ayuda a:
Disminuir el riesgo de broncoaspiración

Estimular al niño con los movimientos respiratorios de la madre y los latidos de su corazón

Permitir un buen contacto con la piel

Fuente: <http://www.pediatricblog.es/papel-del-padre-durante-el-parto-y-despues-del-nacimiento-de-su-hijo/>

ANEXO V

NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE: Criterios de valoración enfermera estandarizada (variables)

2601 Alteración de la circulación vascular 0212 Ventilación aérea
2602 Edemas 0213 Tiraje intercostal
2603 Fragilidad capilar 2605 Claudicación intermitente
0201 Frecuencia respiratoria 2606 Pulsos periféricos
0202 Ruidos respiratorios 2607 Tensión arterial sistólica
0203 Síntomas respiratorios 2608 Tensión arterial diastólica
0204 Disnea 2609 Frecuencia cardíaca
0205 Cianosis 0214 Tubo endotraqueal
0206 Ortopnea 0215 Respiración bucal
0207 Tos 0216 Traqueostomía
0208 Tos inefectiva 0217 Secreciones bronquiales
0209 Soporte respiratorio 0218 Espasmo de vías aéreas
0210 Apnea de sueño 2611 Gasto cardíaco
0211 Amplitud respiratoria

NECESIDAD 4: MOVERSE Criterios de valoración enfermera estandarizada (variables)

1203 Test "Levántese y ande" 1205 Test Katz 1101 Sedentarismo
1206 Problemas de movilidad 1102 Problemas de salud limitantes
1207 Inmovilizado 1103 Ejercicio físico
1208 Encamado 1104 Rutina paseo
1209 Parálisis, paresia 1105 Días/semana de paseo
1210 Limitación de la funcionalidad 1106 Horas/semana de paseo
1211 Parerestesia 1110 Incapacidad para la actividad habitual
2701 Inmovilizaciones 1111 Mantenimiento hogar
2702 Localización de la inmovilización 1112 Hipotonía muscular
2703 Material de inmovilización 1113 Mala forma física
1116 Actividad física excesiva 1114 Fatiga
1212 Deterioro musculo-esquelético 1115 Deficiencias motoras
1213 Problemas de coordinación 1201 Sistemas de ayuda (movilidad)
1214 Silla de ruedas 1204 Test Barthel 1215 Deterioro neuro-muscular

Fuente: observatorio metodología enfermera