



Universidad de Zaragoza
Escuela de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso Académico 2011 / 2012

TRABAJO FIN DE GRADO

Alimentación en niños muy prematuros ingresados en Unidades de Cuidados
Intensivos

Autor/a: Marta Casaus Mairal

Tutor/a: María Jesús Barrado Narvío

CALIFICACIÓN.

ÍNDICE

Introducción	Pag. 3
Objetivos	Pag. 5
Metodología	Pag. 5
Desarrollo	Pag. 8
Conclusiones	Pag. 11
Bibliografía	Pag. 12
Anexo I	
10 pasos para obtener la calificación IHAN en Hospitales	Pag. 17
Anexo II	
Plan de cuidados según taxonomía NANDA-NOC-NIC	Pag. 18
- Deterioro de la deglución	Pag. 19
- Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades	Pag. 21
- Patrón de alimentación ineficaz del lactante	Pag. 28
- Riesgo de retraso en el desarrollo	Pag. 34
Actividades	Pag. 38

INTRODUCCIÓN

La leche materna es el mejor alimento para el recién nacido y especialmente para los bebés enfermos o prematuros.^(1,2,3,4,5,6,7)

Aunque a principios del siglo XX se apostara por la lactancia artificial, porque se consideró “más científica”, ya que se modificaba en laboratorio la composición de la leche de vaca, se vio cómo ésta, lejos de ofrecer los beneficios de la natural, tuvo un importante aumento de infecciones y hospitalizaciones en países desarrollados.^(2,5,7,8)

Con el fin de detener la nueva tendencia la OMS y UNICEF realizaron en 1989 la Declaración conjunta sobre “Protección, promoción y apoyo de la lactancia materna (LM)”.^(2,8)

En 1991 comenzó la *Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN)*, acreditación que concede OMS/UNICEF a hospitales que tras ser evaluados cumplen una serie de requisitos: más del 75% de LM al alta en la maternidad y observar 10 pasos que gozan de evidencias científicas para promover en frecuencia y duración la LM (Anexo I). Además los Centros sanitarios deben cumplir el Código de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna y no deben obtener muestras o donaciones de leche gratuitas o a bajo precio.^(2,8,9,10)

Según datos estadísticos de UNICEF, el porcentaje de niños lactantes de entre 0 y 5 meses, del año 2006 al 2010 que recibieron LM exclusiva, en el mundo fue del 37%.⁽¹¹⁾

El Doctor Levin tuvo un importante papel en la práctica de esta iniciativa, porque observó cómo gracias a la LM y el contacto piel-piel que ésta favorecía, se fomentaba un vínculo afectivo entre el bebé enfermo y su madre, y cómo a su vez disminuían el número de infecciones.^(3,8,12,13,14,15,16)

La LM ofrece muchas ventajas con las que no cuenta la lactancia artificial, disminuye las alergias, disminuye el riesgo de muerte súbita del lactante, protege frente a numerosas infecciones, por ejemplo, neumonías, diarreas u otitis, e incluso previene ciertas enfermedades, como el asma o la obesidad. Es más digestiva y se absorbe mejor que la artificial. Es la manera más

rápida, segura y económica de alimentar al bebé. También ofrece numerosas ventajas para la madre, que sufre un puerperio más fisiológico, retrasa la ovulación, experimenta una mejor recuperación de las reservas de hierro y goza de una menor incidencia de algunos tumores ováricos y mamarios premenopáusicos. Consecuentemente supone un gran ahorro para los servicios sanitarios y la sociedad.^(2,5,6,7,9,12,13,14,16,17,18)

La lactancia no es un proceso instintivo, necesita ser aprendido y practicado por la madre y por el niño. Esa es la razón por la que el papel de la Enfermería es tan importante a la hora de recomendarla y apoyarla, enseñando, motivando y ayudando en caso de encontrar dificultades.^(3,8,19)

La prematuridad sigue constituyendo un reto para la Neonatología ya que la mayor parte de muertes neonatales ocurren en recién nacidos prematuros y es un factor de alto riesgo de deficiencia y discapacidad, con sus repercusiones familiares y sociales.^(1,3,5,17,20,21)

En el caso de los niños muy prematuros, aquellos que no superen las 32 semanas de gestación o cuyo peso sea menor de 1500 g, la LM será la ideal. Su composición varía según las necesidades del niño y en este caso, la madre producirá un tipo de leche denominada pre-término, que le aportará todos los elementos nutritivos necesarios, si se sospechara insuficiente se podrían añadir fortificantes, ofreciéndole todas las ventajas de la LM antes nombradas.^(1,3,4,8,9,12,13,14,22) Estos niños por la inmadurez de su sistema nervioso o de su tracto digestivo pueden no haber desarrollado todavía el reflejo de succión, incluso en ese caso seguiríamos optando por la LM, aunque cambiara el modo de administración.^(8,14,19)

Si la madre no deseara o no pudiera por cualquier motivo amamantar al bebé prematuro, se le alimentaría con leche humana donada procedente del banco de leche, porque para estos bebés, sigue estando indicada antes que la de fórmula.^(3,5,6,8,9,12)

Existe una innegable relación entre la formación y concienciación de Enfermería con el éxito de las iniciativas para el cuidado de estos niños, ya sea mediante el apoyo al Método Canguro como la promoción de la LM que

inciden de manera tan beneficiosa en su estado actual y futuro de salud.^(2,4,5,7,8,13,19,23)

OBJETIVOS

- Describir las diferentes vías de administración en función de la maduración del sistema nervioso y digestivo del recién nacido muy prematuro.
- Definir las opciones de nutrición del recién nacido muy prematuro, y cuál es la elección más adecuada, entre LM y lactancia artificial.
- Reconocer las ventajas de la LM para la salud de la madre y del hijo.
- Definir el papel de la madre y su importancia en el proceso de alimentación del lactante.
- Enumerar los cuidados de enfermería en la nutrición del niño muy prematuro.

METODOLOGÍA

Para realizar la presente revisión bibliográfica se buscó información de actualidad en libros, artículos, guías, protocolos e internet para sustentar y recopilar las diferentes posibilidades de alimentación con las que cuenta un niño muy prematuro.

Se utilizaron como palabras clave "*Lactancia Materna Prematuro, Nutrición Prematuro y Cuidados Enfermería Prematuro*", en los buscadores españoles y "*Breastfeeding Premature, Nutrition Premature y Nursing Care Premature*" en las bases de datos de lengua inglesa.

Uno de los criterios más importantes en la búsqueda ha sido el tiempo de publicación del artículo. Todos los artículos están comprendidos desde el año 2003 hasta el 2012. Otro criterio sería la información contenida en los artículos, que tenga relación con el tema a revisar en este estudio. La leche materna, su importancia y beneficios, porque se trata del alimento de elección en el caso de los niños muy prematuros, las diferentes vías de administración de leche que se utilizan para alimentar a los niños muy

prematuros, el papel de la madre, los beneficios de la humanización de los cuidados y los cuidados de enfermería.

Para la localización de los documentos bibliográficos se utilizaron varias fuentes documentales: Cuiden, Scielo, Pubmed, Google Académico, Google Libros y Elsevier.

Al introducir las palabras clave: *Lactancia Materna & Prematuros*, en el buscador "Cuiden" se encontraron 4 artículos que no fueron de interés para la revisión. Si utilizamos las palabras; *Nutrición y Prematuro* no aparece ningún resultado.

Con ayuda de las mismas palabras clave en el buscador científico "Scielo" se obtuvieron 1500 resultados, de los cuales se utilizaron 4 para este estudio.

En el buscador "Pubmed", se introdujeron unos límites de búsqueda que incluyeron, artículos en inglés, francés y español, acotando la búsqueda con artículos publicados en los últimos cinco años, especificando la edad del grupo de estudio desde el nacimiento hasta un mes de vida, e introduciendo como palabras clave; *Breastfeeding Premature* o *Nutrition Premature* no se obtuvieron resultados significativos. En cambio con las palabras clave *Nursing Care Premature*, se encontró un nuevo artículo. No se encontraron artículos de interés al eliminar el filtro de inglés y cambiando la palabra *Breastfeeding* por *Allaitement*.

Fue "Google académico" el buscador que más artículos brindó.

Introduciendo las palabras clave; *Lactancia Materna y Prematuro* se encontraron los artículos ya recogidos en Scielo, después, al añadir la palabra *Protocolo* a la búsqueda se obtuvieron 2 artículos más. Cambiando las palabras clave anteriores por; *Nutrición Prematuro* se hallaron 3 artículos más. Al introducir las palabras *Doctor Levin Humanización Cuidados*, se acertó con otro artículo más.

A continuación mediante las palabras *Lactancia Materna y Prematuro* aparecieron en Google Libros dos manuales de lactancia materna.

En "Elsevier" con las palabras clave; *Lactancia Materna y Prematuro* se localizó un nuevo artículo de interés. Sin embargo, con las palabras *Nursing*

Care Premature, aunque aparecieron resultados ninguno resultó de utilidad para este estudio.

La búsqueda en Internet brindó mucha información, como la Web de la “Asociación Española de Pediatría”, de la que se emplearon 6 artículos. Se complementó todo esta información con protocolos de diferentes hospitales como el elaborado por el comité de lactancia materna del Hospital Universitario La Paz, junto con las áreas 4, 5 y 6 de atención primaria, el Protocolo de Apoyo y Promoción de la Lactancia Materna del Hospital General de Castellón o bien el elaborado en el Hospital de Barbastro.

Se dispuso de diversas guías como la Guía de Lactancia Materna para profesionales, del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Y la Guía de cuidados del recién nacido del Hospital 12 de Octubre.

Se acudió a los hospitales con Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de Neonatología de Zaragoza. A pesar de que ni el área materno-infantil del Hospital Universitario Miguel Servet ni el Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” contaran con protocolos específicos de lactancia materna para prematuros ingresados en UCI, la UCI de neonatología del H.M.I. disponía de un Protocolo de Lactancia Natural, que fue amablemente proporcionado y utilizado en esta revisión.

Por último, se consultaron diversos libros de taxonomía NANDA de la biblioteca de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de Zaragoza, para definir los cuidados de enfermería dirigidos a los niños muy prematuros ingresados en UCI.

DESARROLLO

La prematuridad sigue comportando un importante reto para la Neonatología, no sólo por su elevada mortalidad sino también porque implica un riesgo mayor de padecer graves discapacidades. La clasificación de los recién nacidos depende de su tiempo de gestación y su peso al nacer. Los niños muy prematuros son aquellos que nacen antes de 32 semanas de gestación o con un peso menor a 1500 gramos.^(1,17,21)

Según el Comité Nutricional de la Academia Americana de Pediatría la "dieta óptima para los recién nacidos de bajo peso puede ser definida como aquella que promueve la tasa de crecimiento más aproximada a la que tiene lugar en el curso del tercer trimestre de gestación, sin ocasionar situaciones de estrés o sobrecarga a los sistemas digestivo, metabólico y enzimático que se hallan en desarrollo".^(14,21)

Sin embargo, es muy difícil instaurar los requerimientos de los bebés muy prematuros. Hay que individualizar y valorar otros factores que inciden directamente como su peso, su edad gestacional y las patologías intercurrentes.^(7,20,21)

El reflejo de succión-deglución se coordina en los prematuros alrededor de la semana 32, por lo tanto, habrá que seleccionar la vía de administración más adecuada para lograr un crecimiento y desarrollo óptimos.^(3,14,20,23,24)

El uso prolongado de la nutrición parenteral, no está recomendado, ya que pueden provocar infecciones o atrofia de la mucosa intestinal entre otras complicaciones. Por otro lado, previene una de las principales complicaciones del prematuro, la enterocolitis necrotizante y por eso su administración mediante un catéter central será la primera opción.^(5,7,14,20,21)

Sería aconsejable iniciar una alimentación enteral mínima, mediante la administración de pequeñas cantidades de leche a través una sonda nasogástrica, esta leche resulta insuficiente nutricionalmente pero tendrá una acción protectora de las funciones digestivas requeridas para la absorción de nutrientes. Este tipo de nutrición se combina con la parenteral acelerando así la retirada de esta última. Se trata de alcanzar el máximo

aporte enteral que permita una mayor ganancia de peso y altas más tempranas.^(1,5,7,8,14,20,21,22)

La forma de administración de la leche a un prematuro dependerá de si tiene instaurado el reflejo de succión. La vía de administración puede variar, si no lo tiene instaurado, se dispone de sondas nasogástricas y orogástricas, con las que se puede administrar la leche en "gavage" (gravedad), intermitente o en bomba lentamente. Y en caso de que exista reflejo de succión el niño podrá tomar la leche directamente del pecho materno.^(12,25,26)

Mientras se administra la toma por sonda, se estimulará la succión (succión no nutritiva), ya que mejora la tolerancia, facilita la transición a alimentación oral, reduce las puntuaciones en escalas de dolor y disminuye la estancia hospitalaria. Es mejor evitar el uso de biberones ya que pueden dificultar la continuidad de la LM.^(3,8,16,27,25,26,28)

Aunque el recién nacido no sea capaz de succionar, la LM es la opción más recomendable, si bien puede que requiera de la suplementación con algunos nutrientes específicos por la elevada velocidad de crecimiento de este grupo de neonatos.^(3,4,5,7,12,14,22,20)

En caso de que succione, pero su madre no pueda estar presente durante la toma, se le administrará vía oral mediante jeringuilla, taza o sonda nasogástrica si lo precisa.^(3,25,26,29)

Enfermería debe involucrarse en la promoción y apoyo de la LM informando de los beneficios que supondría para el recién nacido. Dependiendo de cada caso, algunas madres deberán realizarse la extracción de su leche o bien averiguar la disponibilidad en su zona de sus bancos de leche.

Individualizando cada caso y respetando la decisión materna. Si se decide por la lactancia artificial igualmente apoyar y asesorar a la madre.^(4,5,7,8,9,13,14,18,30)

El mejor alimento para estos niños es la leche materna, por sus características especiales, se trata de una leche pre-término y la composición es la más adecuada para estos recién nacidos. Aunque puede

resultar insuficiente debido a los altos requerimientos nutricionales; se deberá contemplar el uso o no de fortificantes. Recibiendo todas las ventajas que la leche materna conlleva (la disminución del número de infecciones, maduración del sistema digestivo, una posible recuperación más temprana del síndrome de distress respiratorio, una reducción de la estancia hospitalaria...) y favorecer el establecimiento del vínculo afectivo influirá en el desarrollo neurológico y sensorial.^(2,3,4,5,7,8,9,12,13,14,15,18) Si bien aquellos casos que requieran una lactancia artificial se recomendaría su uso en:

"Recién nacidos para quienes la leche materna es la mejor opción de alimentación, pero que pueden necesitar otros alimentos por un periodo limitado además de leche materna. Lactantes nacidos con peso menor a 1500 g(muy bajo peso al nacer) y lactantes nacidos con menos de 32 semanas de gestación (muy prematuros)." Así queda contemplado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).⁽⁶⁾

Por ello que Enfermería esté involucrada en la enseñanza y apoyo del Método Canguro, (cuidados piel-piel), facilitará que la familia se implique en los cuidados del bebé y participe activamente en el desarrollo y evolución de su hijo. Este programa favorece la instauración de la lactancia materna, permite la regulación natural de la temperatura, inhibe la producción de hormonas de estrés del recién nacido, resulta emocionalmente satisfactorio para la madre y el hijo, ya que promueve el vínculo afectivo entre ambos e influye en el desarrollo emocional del bebé.^(3,4,5,8,9,13,14,15,16,23)

Los lactantes muy prematuros que reciben este tipo de cuidados presentan una mayor estabilidad de constantes vitales, consiguen un mayor período de sueño, existe una reducción de infecciones nosocomiales, sienten menos dolor ante estímulos dolorosos si se encuentran en canguro con sus padres, se evitan así los efectos no deseados del dolor sobre sus cerebros en desarrollo, además los padres muestran menores niveles de ansiedad y desarrollan una mayor confianza en el cuidado de sus hijos y una mayor atención a sus necesidades.^(2,5,8,9,12,13,15,16,27)

En el Anexo II se puede examinar en profundidad los cuidados que

Enfermería ofrece a los bebés muy prematuros para cubrir su necesidad de alimentación, según el modelo de Virginia Henderson y la taxonomía NANDA.^(31,32,33)

CONCLUSIONES

Enfermería tiene la responsabilidad de administrar los cuidados pertinentes para suplir la necesidad de alimentación del niño muy prematuro. Estos cuidados son muy amplios y variados, para que dicha necesidad sea totalmente cubierta. Abarcan desde la misma administración del alimento, independientemente de la vía utilizada: parenteral o enteral. En caso de ser enteral, será preferible que sea la madre, siempre que se pueda, la administradora de estos cuidados.^(1,5,12,15,19) Sin embargo, que la madre aprenda y adquiera la confianza para realizarlos depende del trabajo y apoyo emocional de Enfermería; para alcanzar unos objetivos en el día a día por los cuales estamos trabajando tanto en el momento presente como en un futuro.^(3,5,8,15,19)

Entre estos cuidados es labor de Enfermería apoyar, promover y dar soporte a aquellas madres cuya elección sea la LM y explicar que a veces es necesario el uso de fortificantes. De igual modo apoyar, dar soporte y explicar como se debe de administrar si la elección por motivos terapéuticos ha sido la lactancia artificial.^(3,4,5,8,19,14,15,30)

Enfermería estará apoyando a los padres y procurará las condiciones más favorables para que se realice el Método Canguro así como la aplicación de medidas facilitadoras que lo promuevan y estará atenta si cabe con mayor interés en los niños más vulnerables.^(3,5,8,15,16,19,29)

Se involucrará en la política de puertas abiertas en las unidades neonatales y la humanización en todo el proceso de los cuidados que se precisen, todos ellos derechos inalienables de cada niño/a y su familia.^(2,3,4,5,10,17,19)

El hecho de que los cuidados se lleven a término de forma adecuada comportará unos beneficios para la salud de las madres, de sus hijos y de la sociedad general. Y por tanto actuamos de forma directa en la prevención y promoción de la salud infantil.^(2,4,5,8,9,12,16,17)

BIBLIOGRAFÍA

1. Programas de seguimiento para neonatos de alto riesgo. M.J. Torres Valdivieso, E. Gómez, M.C. Medina, C.R. Pallás. Protocolos Diagnósticos Terapeúticos de la AEP: Neonatología. [monografía en Internet]*. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2008 [acceso 8 de febrero de 2012]. Disponible en:
<http://www.aeped.es/documentos/protocolos-neonatologia>
2. Comité de Lactancia Materna: Hospital Universitario La Paz, Atención Primaria- Áreas: 4, 5 y 6. Política de lactancia materna. Madrid: Salud Madrid, Hospital Universitario La Paz, Comunidad de Madrid; 2007.
3. Asociación Española de Pediatría. Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica [Libro en Internet]*. Madrid: Editorial Medica Panamericana; 2008 [acceso 8 de febrero de 2012]. Disponible en:
<http://books.google.es/books?id=Ulxyj72VZD0C&printsec=frontcover&dq=manual+de+lactancia>
4. Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. An Pediatr. 2005; 63(04): 340-56.
5. Diaz- Argüelles Ramírez-Corría V. Lactancia materna: evaluación nutricional en el recién nacido. Rev Cubana Pediatr. 2005; 77(2).
6. Organización Mundial de la Salud. Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de la leche materna. Rev Pediatr Aten Primaria [revista en Internet]* 2010 [acceso 24 de febrero de 2012]; 12(48). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322010000600018&script=sci_arttext
7. Heiman H, Schanier RJ. Beneficios de la leche materna y de leche humana de donante para prematuros. Early Human Development. 2006; 82: 781-787.
8. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: guía para profesionales [monografía en Internet]*. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2004 [acceso 8

- de febrero de 2012]. Disponible en:
http://www.nutrinfo.com/archivos/ebooks/lactancia_materna.pdf
9. Muñoz Guillen A, Dalmau Serra J. Alimentación en el recién nacido sano. Protocolos Diagnósticos Terapeúticos de la AEP: Neonatología. [monografía en Internet]*. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2008 [acceso 8 de febrero de 2012]. Disponible en:
<http://www.aeped.es/documentos/protocolos-neonatologia>
10. IHAN [sede Web]*. Madrid: Unicef; 2008 [actualizado 22 de junio de 2011; acceso 8 de febrero de 2012]. Los pasos para ser IHAN [una pantalla]. Disponible en: <http://www.ihan.es/index13.asp>
11. Unicef. Estado Mundial de la Infancia 2012 [monografía en Internet]*. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); 2012 [acceso 15 de marzo de 2012]. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/sowc/files/SOWC_2012-Main_Report_SP.pdf
12. Garcia Gabaldon ML, Renovell Giner C. Protocolo de nutrición en el recién nacido. Enfermería Integral: Revista científica del Colegio Oficial de A.T.S. de Valencia. 2008; (82): 28-31.
13. Matías Vieira G. La Iniciativa de Humanización de Cuidados Neonatales. Revista chilena de pediatría [revista en Internet]* 2003 [acceso 24 de febrero de 2012]; 74(2). Disponible en:http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062003000200009&script=sci_arttext
14. Bustos Lozano G. Alimentación enteral del recién nacido pretérmino. Protocolos Diagnósticos Terapeúticos de la AEP: Neonatología. [monografía en Internet]*. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2008 [acceso 8 de febrero de 2012]. Disponible en:
<http://www.aeped.es/documentos/protocolos-neonatologia>
15. Hospital Universitario 12 de Octubre, Comunidad de Madrid. Guía de Cuidados del Recién Nacido en la Maternidad [monografía en Internet]*. Madrid: Hospital Universitario 12 de Octubre, Comunidad de Madrid; 2007 [acceso 15 de marzo de 2012]. Disponible en:
<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content->

- [disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=guia+neonatos+pdf+indexada.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=Hospital12Octubre&blobkey=id&blobtable=MongoBlobs&blobwhere=1220432013061&ssbinary=true](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf)
16. Acuña Muga J, Alba Romero C, Barrio Andrés C, Lopez Maestro M, Palacios Jover A, Pallás Alonso CR et al. Cuidados desde el nacimiento. [monografía en Internet]*. Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 [acceso 15 de marzo de 2012]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf>
17. Rellan Rodriguez S, Garcia de Ribera C, Aragon Garcia MP. El recién nacido prematuro. Protocolos Diagnósticos Terapeúticos de la AEP: Neonatología. [monografía en Internet]*. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2008 [acceso 8 de febrero de 2012]. Disponible en: <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-neonatologia>
18. Yildiz A, Arikan D, Gözüm S, Tastekin A, Budancamanak I. The effect of the odor of breast milk on the time needed for transition from gavage to total oral feeding in preterm infants. J Nurs Scholarsh [revista en Internet]*. 2011 [acceso 15 de marzo de 2012]; 43(3). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21884372>
19. Área Materno-infantil Servicio Maternidad 3^aC – 3^aD Hospital General de Castellón, Comisión de Lactancia Materna. Protocolo de apoyo y promoción de la Lactancia Materna; 2006.
20. Llanos MA, Mena NP, Uauy DR. Tendencias actuales en la nutrición del recién nacido prematuro. Rev Chil Pediatr. 2004; 75(2): 107-121.
21. Forero Borda LM, Villanueva Acevedo HD. Manejo nutricional adecuado en el recién nacido de muy bajo peso al nacer. Salud Historia Sanidad [revista en Internet]*. 2010 [acceso 24 de febrero de 2012]; 5(1). Disponible en: <http://virtual.uptc.edu.co/revistas/index.php/shs/article/viewFile/342/290>
22. Torres G, Argés L, Alberto M, Figueroa R. Leche humana y nutrición en el prematuro pequeño. Nutr. Hosp. 2004; 2004(4).

23. Trinidad Ayela MR. Lactancia materna [libro en Internet]*. Alicante: Educa; [acceso 15 de marzo de 2012]. Disponible en: <http://books.google.es/books?id=PoLGDDeSJyHIC&pg=PA39&dq=Lactancia+Materna+prematuros>
24. Villamizar Carvajal B, Vargas Porras C, Diaz Martinez LA. El progreso de la alimentación oral del recién nacido prematuro. Rev Univ Ind Santander Salud [revista en Internet]* 2010 [acceso 24 de febrero de 2012];42(3): 262-270. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=600374&indexSearch=ID>
25. Flint A, New K, Davies MW. Alimentación con taza versus otras formas de alimentación enteral complementaria para los neonatos que no pueden alimentarse solamente con leche materna (Revisión Cochrane traducida) [monografía en Internet]*. Chichester: La biblioteca Cochrane Plus; 2008 [acceso 24 de febrero de 2012]. Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD005092>
26. Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública. Guía de lactancia materna para profesionales de la salud. [monografía en Internet]*. Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja [acceso 15 de marzo de 2012]. Disponible en: http://www.riojasalud.es/ficheros/af_protocolo_lactancia.pdf
27. Narbona Lopez E, Contreras Chova F, García Iglesias F, Miras Baldo MJ. Manejo del dolor en el recién nacido. Protocolos Diagnósticos Terapeúticos de la AEP: Neonatología. [monografía en Internet]*. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2008 [acceso 8 de febrero de 2012]. Disponible en: <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-neonatologia>
28. Pinelli J, Symington A. Succión no nutritiva para la promoción de la estabilidad fisiológica y la nutrición en lactantes prematuros (Revisión Cochrane traducida)[monografía en Internet]*. Chichester: La biblioteca Cochrane Plus; 2008 [acceso 24 de febrero de 2012]. Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD001071>

29. Comisión de Lactancia Materna, Hospital de Barbastro. Protocolo de Lactancia Materna. 2006 [acceso 8 de febrero de 2012]. Disponible en: http://www.ihan.es/cd/documentos/Protocolo_Barbastro.pdf
30. Salud, Sector Zaragoza 2. Protocolo de lactancia natural, Apoyo y Promoción en el medio hospitalario. Gobierno de Aragón; 2007.
31. NANDA International DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: DEFINICIONES Y CLASIFICACION 2009-2011. Barcelona: Elsevier; 2010.
32. Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey J, Maas M, Moorhead S et al. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Barcelona: Elsevier; 2007.
33. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5^a ed. Barcelona: Elsevier; 2009.

ANEXO I.

10 pasos para alcanzar el reconocimiento IHAN en Hospitales:

1. Disponer de una **normativa escrita** de lactancia que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal.
 2. **Capacitar** a todo el personal para que pueda poner en práctica la normativa.
 3. **Informar a todas las embarazadas** acerca de los beneficios y manejo de la lactancia. Además de formación sobre los aspectos más relevantes de la lactancia que facilite el mejor inicio de la lactancia tras el parto.
 4. **Ayudar a las madres a iniciar la lactancia en la media hora siguiente al parto.** Este Paso se interpreta ahora como: Colocar a los bebés en contacto piel con piel con sus madres inmediatamente después del parto, por lo menos durante una hora, y alentar a las madres a reconocer cuando sus bebés están listos para amamantar, ofreciendo su ayuda en caso necesario.
 5. **Mostrar a las madres cómo amamantar** y cómo mantener la lactancia incluso si tienen que separarse de sus hijos.
 6. **No dar a los recién nacidos otro alimento o bebida que no sea leche materna**, a no ser que esté médicaamente indicado.
 7. Practicar el **alojamiento conjunto** – permitir que las madres y los recién nacidos permanezcan juntos las 24 horas del día.
 8. Alentar a las madres a **amamantar a demanda**.
 9. No dar a los niños alimentados al pecho **biberones, tetinas o chupetes**.
 10. Fomentar el establecimiento de **grupos de apoyo** a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital (y ofrecer a la madre los recursos de apoyo a la lactancia que existan en su área).
- Además, y como requisito de obligado cumplimiento, los Centros sanitarios deben acatar el [Código de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna](#) y no deben obtener muestras o donaciones de leche gratuitas o a bajo precio.

ANEXO II.

PLAN DE CUIDADOS SEGÚN TAXONOMÍA NANDA- NOC- NIC

El Proceso Enfermero o plan de cuidados, es la organización con la que las enfermeras gestionan los cuidados de las personas, las familias y las comunidades. El primer paso es la valoración, Virginia Henderson propuso 14 necesidades básicas que si se utilizan como base de la entrevista se obtiene una visión global y específica de la clase de cuidados que requiere el paciente. Todas las personas deberían tener estas 14 necesidades cubiertas, en el caso de no tenerlas, ya sea por falta de fuerza, conocimientos o voluntad, hay que identificar esa dependencia y suplirla mediante los adecuados cuidados enfermeros.

De modo que una vez realizada la valoración, se enunciarán los diagnósticos enfermeros resultantes de esta primera fase. Para que estos nos guíen a su vez a los objetivos (NOC) que pretendemos lograr a corto y largo plazo y las actividades (NIC) que debemos realizar en función de estos.

El siguiente paso sería la ejecución y por último la evaluación, no olvidando nunca que el proceso enfermero no es lineal, y debe estar siempre en constante revisión.

Para la realización de este estudio la necesidad número 4 de Virginia Henderson es la más relevante, ya que versa sobre la alimentación y nutrición. De modo que será la necesidad sobre la que se pondrá más atención. Los niños muy prematuros se encuentran con dificultades que conllevan su dependencia en este campo, la falta de fuerza y de conocimientos. A continuación, mediante la realización del proceso enfermero se alcanza a definir los cuidados enfermeros enfocados a una adecuada nutrición para esta población.

Deterioro de la deglución

Definición: Funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado con déficit de la estructura o función oral, faríngea o esofágica.

Etiqueta diagnóstica	Relacionado con	Manifestado por
Deterioro de la deglución	Problemas neurológicos/ prematuridad	Atragantamiento antes de la deglución

NOC (RESULTADOS): Indicadores	NIC (INTERVENCIONES): Actividades
<p>Estado de deglución</p> <p>Definición: Tránsito seguro de líquidos y/o sólidos desde la boca hacia el estómago.</p>	<p>1. Precauciones para evitar la aspiración</p> <p>Definición: Prevención o disminución al mínimo de los factores de riesgo en el paciente con riesgo de aspiración.</p> <p>Actividades: Ver página 38.</p> <p>2. Vigilancia</p> <p>Definición: Recopilación, interpretación y síntesis objetiva y continuada de los datos del paciente para la toma de decisiones clínicas.</p> <p>Actividades: Ver página 38.</p> <p>3. Alimentación enteral por sonda</p> <p>Definición: Aporte de nutrientes y de agua a través de una sonda gastrointestinal.</p> <p>Actividades: Ver página 38.</p>
<p>Prevención de la aspiración</p> <p>Definición: Acciones personales para prevenir el paso e partículas líquidas o sólidas hacia los pulmones.</p>	<p>1. Precauciones para evitar la aspiración</p> <p>Definición: Prevención o disminución al mínimo de los factores de riesgo en el paciente con riesgo de aspiración.</p> <p>Actividades: Ver página 38.</p> <p>2. Aspiración de las vías aéreas</p> <p>Definición: Extracción de secreciones de las vías aéreas mediante la introducción de un catéter de aspiración en la vía aérea oral y/o la</p>

	<p>tráquea del paciente.</p> <p>Actividades: Ver página 39.</p> <p>3. Identificación de riesgos</p> <p>Definición: Análisis de los factores de riesgo potenciales, determinación de riesgos para la salud y asignación de prioridad a las estrategias de disminución de riesgos para un individuo o grupo de personas.</p> <p>Actividades: Ver página 40.</p> <p>4. Terapia de deglución</p> <p>Definición: Facilitar la deglución y prevenir las complicaciones de una deglución defectuosa.</p> <p>Actividades: Ver página 40.</p> <p>5. Vigilancia</p> <p>Definición: Recopilación, interpretación y síntesis objetiva y continuada de los datos del paciente para la toma de decisiones clínicas.</p> <p>Actividades: Ver página 38.</p> <p>6. Alimentación enteral por sonda</p> <p>Definición: Aporte de nutrientes y de agua a través de una sonda gastrointestinal.</p> <p>Actividades: Ver página 38.</p>
--	---

Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades

Definición: Ingesta de nutrientes insuficientes para satisfacer las necesidades metabólicas.

Etiqueta diagnóstica	Relacionado con	Manifestado por
Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades	Factores biológicos/ Incapacidad para ingerir los alimentos	Debilidad de los músculos requeridos para la masticación o la deglución

NOC (RESULTADOS): Indicadores	NIC (INTERVENCIONES): Actividades
<p>Establecimiento de la lactancia materna: lactante Definición: Unión y succión del lactante del pecho de la madre para su alimentación durante las primeras 3 semanas de lactancia.</p>	<p>1. Asesoramiento en la lactancia Definición: Utilización de un proceso interactivo de asistencia para ayudar en el mantenimiento de una alimentación de pecho satisfactoria. Actividades: Ver página 40.</p> <p>2. Ayuda en la lactancia materna Definición: Preparación de la nueva madre para que dé el pecho al bebé. Actividades: Ver página 42.</p> <p>3. Cuidados del recién nacido Definición: Actuación con el recién nacido durante el paso a la vida extrauterina y el subsiguiente periodo de estabilización. Actividades: Ver página 43.</p> <p>4. Manejo ambiental: proceso de acercamiento Definición: Manipulación del entorno del paciente para facilitar el desarrollo de la relación padre- hijo.</p>

	<p>Actividades: Ver página 43.</p> <p>5. Monitorización del recién nacido</p> <p>Definición: Medición e interpretación del estado fisiológico del recién nacido durante las primeras 24 horas del nacimiento.</p> <p>Actividades: Ver página 44.</p> <p>6. Técnica de relajación</p> <p>Definición: Disminución de la ansiedad del paciente que experimenta angustia aguda.</p> <p>Actividades: Ver página 44.</p> <p>7. Apoyo al cuidador principal</p> <p>Definición: Suministro de la necesaria información, recomendación y apoyo para facilitar los cuidados primarios al paciente por parte de una persona distinta del profesional de cuidados sanitarios.</p> <p>Actividades: Ver página 45.</p> <p>8. Educación paterna: niño</p> <p>Definición: enseñanza de los cuidados de nutrición y físicos necesarios durante los primeros años de vida.</p> <p>Actividades: Ver página 45.</p> <p>9. Manejo de líquidos</p> <p>Definición: mantener el equilibrio de líquidos y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles de líquidos anormales o no deseados.</p> <p>Actividades: Ver página 45.</p>
<p>Estado nutricional</p> <p>Definición: Capacidad por la que los nutrientes pueden cubrir las necesidades metabólicas.</p>	<p>1. Manejo de la nutrición</p> <p>Definición: Ayudar o proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos</p> <p>Actividades: Ver página 46.</p>

2. Etapas en la dieta

Definición: Instituir las necesarias restricciones de la dieta con la consiguiente progresión de la misma según su tolerancia.

Actividades: Ver página 46.

3. Monitorización de los signos vitales

Definición: Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones.

Actividades: Ver página 46.

4. Monitorización nutricional

Definición: Recogida y análisis de los datos del paciente para evitar o minimizar la malnutrición.

Actividades: Ver página 47.

5. Terapia nutricional

Definición: Administración de alimentos y líquidos para apoyar los procesos metabólicos en un paciente que está malnutrido o con alto riesgo de malnutrición.

Actividades: Ver página 47.

6. Administración de nutrición parenteral total (NPT)

Definición: Preparación y aporte de nutrientes de forma intravenosa y monitorización de la capacidad de respuesta del paciente.

Actividades: Ver página 47.

7. Alimentación enteral por sonda

Definición: Aporte de nutrientes y de agua a través de una sonda gastrointestinal.

	<p>Actividades: Ver página 38.</p> <p>8. Sondaje gastrointestinal</p> <p>Definición: Inserción de una sonda en el tracto gastrointestinal.</p> <p>Actividades: Ver página 48.</p>
<p>Estado nutricional: determinaciones bioquímicas</p> <p>Definición: Componentes del líquido del organismo e índices químicos del estado nutricional.</p>	<p>1. Manejo de electrolitos</p> <p>Definición: Fomento del equilibrio de electrolitos y prevención de complicaciones derivadas de niveles de electrolitos en suero anormales o indeseados.</p> <p>Actividades: Ver página 48.</p> <p>2. Manejo de líquidos/electrolitos</p> <p>Definición: Regular y prevenir las complicaciones derivadas de niveles de líquidos y/o electrolitos alterados.</p> <p>Actividades: Ver página 49.</p> <p>3. Manejo de la nutrición</p> <p>Definición: Ayudar o proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos</p> <p>Actividades: Ver página 46.</p> <p>4. Terapia nutricional</p> <p>Definición: administración de alimentos y líquidos para apoyar los procesos metabólicos en un paciente que está malnutrido o con alto riesgo de malnutrición.</p> <p>Actividades: Ver página 47.</p> <p>5. Administración de nutrición parenteral total (NPT)</p> <p>Definición: Preparación y aporte de nutrientes de forma intravenosa y monitorización de la capacidad de respuesta del paciente.</p>

	<p>Actividades: Ver página 47.</p> <p>6. Alimentación enteral por sonda</p> <p>Definición: Aporte de nutrientes y de agua a través de una sonda gastrointestinal.</p> <p>Actividades: Ver página 38.</p>
<p>Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos</p> <p>Definición: Cantidad de ingesta de líquidos y sólidos durante un periodo de 24 horas.</p>	<p>1. Monitorización nutricional</p> <p>Definición: Recogida y análisis de los datos del paciente para evitar o minimizar la malnutrición.</p> <p>Actividades: Ver página 47.</p> <p>2. Alimentación</p> <p>Definición: Proporcionar la ingesta nutricional al paciente que no puede alimentarse por sí mismo.</p> <p>Actividades: Ver página 49.</p> <p>3. Alimentación enteral por sonda</p> <p>Definición: Aporte de nutrientes y de agua a través de una sonda gastrointestinal.</p> <p>Actividades: Ver página 38.</p> <p>4. Manejo de la nutrición</p> <p>Definición: Ayudar o proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos</p> <p>Actividades: Ver página 46.</p> <p>5. Manejo de líquidos</p> <p>Definición: Mantener el equilibrio de líquidos y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles de líquidos anormales o no deseados.</p> <p>Actividades: Ver página 45.</p> <p>6. Terapia nutricional</p> <p>Definición: Administración de alimentos y líquidos para apoyar los procesos metabólicos en un paciente que está malnutrido o con alto</p>

	<p>riesgo de malnutrición.</p> <p>Actividades: Ver página 47.</p> <p>7. Administración de nutrición parenteral total (NPT)</p> <p>Definición: Preparación y aporte de nutrientes de forma intravenosa y monitorización de la capacidad de respuesta del paciente.</p> <p>Actividades: Ver página 47.</p>
<p>Estado nutricional: ingestión de nutrientes.</p> <p>Definición: Idoneidad de la pauta habitual de ingesta de nutrientes.</p>	<p>1. Manejo de la nutrición</p> <p>Definición: Ayudar o proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos</p> <p>Actividades: Ver página 46.</p> <p>2. Monitorización nutricional</p> <p>Definición: Recogida y análisis de los datos del paciente para evitar o minimizar la malnutrición.</p> <p>Actividades: Ver página 47.</p> <p>3. Administración de nutrición parenteral total (NPT)</p> <p>Definición: Preparación y aporte de nutrientes de forma intravenosa y monitorización de la capacidad de respuesta del paciente.</p> <p>Actividades: Ver página 47.</p> <p>4. Alimentación enteral por sonda</p> <p>Definición: Apporte de nutrientes y de agua a través de una sonda gastrointestinal.</p> <p>Actividades: Ver página 38.</p> <p>5. Terapia nutricional</p> <p>Definición: administración de alimentos y líquidos para apoyar los procesos metabólicos en un paciente que está malnutrido o con alto</p>

	<p>riesgo de malnutrición.</p> <p>Actividades: Ver página 47.</p> <p>6. Alimentación</p> <p>Definición: Proporcionar la ingesta nutricional al paciente que no puede alimentarse por sí mismo.</p> <p>Actividades: Ver página 49.</p>
<p>Peso: masa corporal.</p> <p>Definición: Grado en el que el peso, el músculo y la grasa corporal son congruentes con la talla, la constitución, el sexo y la edad.</p>	<p>1. Manejo de la nutrición</p> <p>Definición: Ayudar o proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos</p> <p>Actividades: Ver página 46.</p> <p>2. Monitorización nutricional</p> <p>Definición: Recogida y análisis de los datos del paciente para evitar o minimizar la malnutrición.</p> <p>Actividades: Ver página 47.</p> <p>3. Terapia nutricional</p> <p>Definición: Administración de alimentos y líquidos para apoyar los procesos metabólicos en un paciente que está malnutrido o con alto riesgo de malnutrición.</p> <p>Actividades: Ver página 47.</p>

Patrón de alimentación ineficaz del lactante

Definición: Deterioro de la habilidad del lactante para succionar o coordinar la respuesta de succión y deglución, lo que comporta una nutrición oral inadecuada para las necesidades metabólicas.

Etiqueta diagnóstica	Relacionado con	Manifestado por
Patrón de alimentación ineficaz del lactante	Retraso neurológico/ prematuridad	Incapacidad para coordinar la succión, la deglución y la respiración / Incapacidad para iniciar una succión eficaz/ Incapacidad para mantener una succión eficaz

NOC (RESULTADOS): Indicadores	NIC (INTERVENCIONES): Actividades
Establecimiento de la lactancia materna: lactante Definición: Unión y succión del lactante del pecho de la madre para su alimentación durante las primeras 3 semanas de lactancia.	1. Asesoramiento de la lactancia Definición: Utilización de un proceso interactivo de asistencia para ayudar en el mantenimiento de una alimentación de pecho satisfactoria. Actividades: Ver página 40. 2. Ayuda en la lactancia materna Definición: Preparación de la nueva madre para que dé el pecho al bebé. Actividades: Ver página 42. 3. Cuidados del lactante Definición: Fomento de cuidados adecuados al nivel de desarrollo y centrados en la familia para el lactante de menos de 1 año de edad. Actividades: Ver página 50.

4. Cuidados del recién nacido

Definición: Actuación con el recién nacido durante el paso a la vida extrauterina y el subsiguiente periodo de estabilización.

Actividades: Ver página 43.

5. Manejo ambiental: confort

Definición: Manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima.

Actividades: Ver página 51.

6. Manejo ambiental: proceso de acercamiento

Definición: Manipulación del entorno del paciente para facilitar el desarrollo de la relación padre-hijo.

Actividades: Ver página 43.

7. Técnica de relajación

Definición: Disminución de la ansiedad del paciente que experimenta angustia aguda.

Actividades: Ver página 44.

8. Apoyo al cuidador principal

Definición: Suministro de la necesaria información, recomendación y apoyo para facilitar los cuidados primarios al paciente por parte de una persona distinta del profesional de cuidados sanitarios.

Actividades: Ver página 45.

9. Educación paterna: niño

Definición: Enseñanza de los cuidados de nutrición y físicos necesarios durante los primeros años de vida.

Actividades: Ver página 45.

	<p>10. Monitorización nutricional</p> <p>Definición: Recogida y análisis de los datos del paciente para evitar o minimizar la malnutrición.</p> <p>Actividades: Ver página 47.</p> <p>11. Succión no nutritiva</p> <p>Definición: Disponer oportunidades de succión al bebé.</p> <p>Actividades: Ver página 51.</p>
<p>Estado de deglución:</p> <p>Definición: Tránsito seguro de líquidos y/o sólidos desde la boca hacia el estomago.</p>	<p>1. Alimentación enteral por sonda</p> <p>Definición: Aporte de nutrientes y de agua a través de una sonda gastrointestinal.</p> <p>Actividades: Ver página 38.</p> <p>2. Succión no nutritiva</p> <p>Definición: Disponer oportunidades de succión al bebé.</p> <p>Actividades: Ver página 51.</p> <p>3. Precauciones para evitar la aspiración</p> <p>Definición: Prevención o disminución al mínimo de los factores de riesgo en el paciente con riesgo de aspiración.</p> <p>Actividades: Ver página 38.</p> <p>4. Técnica de relajación</p> <p>Definición: Disminución de la ansiedad del paciente que experimenta angustia aguda.</p> <p>Actividades: Ver página 44.</p> <p>5. Vigilancia</p> <p>Definición: Recopilación, interpretación y síntesis objetiva y continuada de los datos del paciente para la toma de decisiones clínicas.</p> <p>Actividades: Ver página 38.</p> <p>6. Ayuda a la lactancia materna</p> <p>Definición: Preparación de la nueva madre para</p>

	<p>que dé el pecho al bebé.</p> <p>Actividades: Ver página 42.</p> <p>7. Manejo de la nutrición</p> <p>Definición: Ayudar o proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos</p> <p>Actividades: Ver página 46.</p> <p>8. Terapia de deglución</p> <p>Definición: Facilitar la deglución y prevenir las complicaciones de una deglución defectuosa.</p> <p>Actividades: Ver página 40.</p>
<p>Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos</p> <p>Definición: Cantidad de ingesta de líquidos y sólidos durante un periodo de 24 horas.</p>	<p>1. Alimentación enteral por sonda</p> <p>Definición: Aporte de nutrientes y de agua a través de una sonda gastrointestinal.</p> <p>Actividades: Ver página 38.</p> <p>2. Ayuda a la lactancia materna</p> <p>Definición: Preparación de la nueva madre para que dé el pecho al bebé.</p> <p>Actividades: Ver página 42.</p> <p>3. Asesoramiento a la lactancia</p> <p>Definición: Utilización de un proceso interactivo de asistencia para ayudar en el mantenimiento de una alimentación de pecho satisfactoria.</p> <p>Actividades: Ver página 40.</p> <p>4. Manejo de la nutrición</p> <p>Definición: Ayudar o proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos</p> <p>Actividades: Ver página 46.</p> <p>5. Manejo de líquidos</p> <p>Definición: Mantener el equilibrio de líquidos y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles de líquidos anormales o no deseados.</p> <p>Actividades: Ver página 45.</p>

	<p>6. Monitorización nutricional</p> <p>Definición: Recogida y análisis de los datos del paciente para evitar o minimizar la malnutrición.</p> <p>Actividades: Ver página 47.</p> <p>7. Enseñanza: estimulación infantil</p> <p>Definición: Enseñanza a los padres y cuidadores para proporcionar las actividades sensoriales adecuadas para favorecer el desarrollo y el movimiento durante los cuatro primeros meses de vida.</p> <p>Actividades: Ver página 51.</p> <p>8. Enseñanza: nutrición infantil</p> <p>Definición: Enseñanza de las prácticas de nutrición y alimentación durante los tres primeros meses de vida.</p> <p>Actividades: Ver página 52.</p>
<p>Hidratación</p> <p>Definición: Agua adecuada en los compartimentos intracelular y extracelular del organismo.</p>	<p>1. Cuidados del lactante</p> <p>Definición: Fomento de cuidados adecuados al nivel de desarrollo y centrados en la familia para el lactante de menos de 1 año de edad.</p> <p>Actividades: Ver página 50.</p> <p>2. Alimentación enteral por sonda</p> <p>Definición: Aporte de nutrientes y de agua a través de una sonda gastrointestinal.</p> <p>Actividades: Ver página 38.</p> <p>3. Ayuda a la lactancia materna</p> <p>Definición: Preparación de la nueva madre para que dé el pecho al bebé.</p> <p>Actividades: Ver página 42.</p> <p>4. Manejo de líquidos</p> <p>Definición: Mantener el equilibrio de líquidos y prevenir las complicaciones derivadas de los</p>

niveles de líquidos anormales o no deseados.

Actividades: Ver página 45.

5. Asesoramiento en la lactancia

Definición: Utilización de un proceso interactivo de asistencia para ayudar en el mantenimiento de una alimentación de pecho satisfactoria.

Actividades: Ver página 40.

6. Punción intravenosa (i.v.)

Definición: Inserción de una aguja en una vena periférica al efecto de administrar líquidos, sangre o fármacos.

Actividades: Ver página 52.

7. Terapia intravenosa (i.v)

Definición: Administración y control de líquidos y fármacos por vía intravenosa.

Actividades: Ver página 53.

Riesgo de retraso en el desarrollo

Definición: Riesgo de sufrir un retraso del 25% o más en una o más de las áreas de conducta social o autorreguladora, cognitiva, del lenguaje o de las habilidades motoras groseras o finas.

Etiqueta diagnóstica	Relacionado con
Riesgo de retraso en el desarrollo	Prematuridad

NOC (RESULTADOS): Indicadores	NIC (INTERVENCIONES): Actividades
<p>Adaptación del prematuro Definición: Integración extrauterina de la función fisiológica y conductual del recién nacido entre las semanas 24 y 37 de la gestación.</p>	<p>1. Cuidados del desarrollo Definición: Estructurar el entorno y proporcionar cuidados en respuesta a las conductas y al estado del bebé pretérmino. Actividades: Ver página 54.</p> <p>2. Manejo ambiental: proceso de acercamiento Definición: Manipulación del entorno del paciente para facilitar el desarrollo de la relación padre- hijo. Actividades: Ver página 43.</p> <p>3. Cuidados de canguro (del niño prematuro) Definición: Fomentar la intimidad entre madre/padre y el bebé prematuro fisiológicamente estable mediante la preparación del parent y disponiendo un ambiente de contacto piel a piel. Actividades: Ver página 56.</p> <p>4. Cuidados del recién nacido Definición: Actuación con el recién nacido durante el paso a la vida extrauterina y el</p>

subsiguiente periodo de estabilización.

Actividades: Ver página 43.

**5. Estimulación de la integridad familiar:
familia con niño (recién nacido)**

Definición: Favorecer la cohesión y unidad familiar.

Actividades: Ver página 58.

6. Monitorización del recién nacido

Definición: Medición e interpretación del estado fisiológico del recién nacido durante las primeras 24 horas del nacimiento.

Actividades: Ver página 44.

7. Succión no nutritiva

Definición: Disponer oportunidades de succión al bebé.

Actividades: Ver página 51.

8. Apoyo al cuidador principal

Definición: Suministro de la necesaria información, recomendación y apoyo para facilitar los cuidados primarios al paciente por parte de una persona distinta del profesional de cuidados sanitarios.

Actividades: Ver página 45.

9. Asesoramiento en la lactancia

Definición: Utilización de un proceso interactivo de asistencia para ayudar en el mantenimiento de una alimentación de pecho satisfactoria.

Actividades: Ver página 40.

10. Ayuda en la lactancia materna

Definición: Preparación de la nueva madre para que dé el pecho al bebé.

	<p>Actividades: Ver página 42.</p> <p>11. Enseñanza: estimulación infantil</p> <p>Definición: Enseñanza a los padres y cuidadores para proporcionar las actividades sensoriales adecuadas para favorecer el desarrollo y el movimiento durante los cuatro primeros meses de vida.</p> <p>Actividades: Ver página 51.</p> <p>12. Fototerapia: neonato</p> <p>Definición: Uso de terapia de luz para disminuir los niveles de bilirrubina en bebés recién nacidos.</p> <p>Actividades: Ver página 59.</p>
<p>Desarrollo infantil: 1 mes</p> <p>Definición: Metas en el desarrollo físico, cognitivo y psicosocial al mes de edad.</p>	<p>1. Cuidados del recién nacido</p> <p>Definición: Actuación con el recién nacido durante el paso a la vida extrauterina y el subsiguiente periodo de estabilización.</p> <p>Actividades: Ver página 43.</p> <p>2. Fomentar el acercamiento</p> <p>Definición: Facilitar el desarrollo de la relación entre padres y bebé.</p> <p>Actividades: Ver página 60.</p> <p>3. Asesoramiento en la lactancia</p> <p>Definición: Utilización de un proceso interactivo de asistencia para ayudar en el mantenimiento de una alimentación de pecho satisfactoria.</p> <p>Actividades: Ver página 40.</p> <p>4. Ayuda en la lactancia materna</p> <p>Definición: Preparación de la nueva madre para que dé el pecho al bebé.</p> <p>Actividades: Ver página 42.</p>

5. Enseñanza: estimulación infantil

Definición: Enseñanza a los padres y cuidadores para proporcionar las actividades sensoriales adecuadas para favorecer el desarrollo y el movimiento durante los cuatro primeros meses de vida.

Actividades: Ver página 51.

6. Manejo ambiental: proceso de acercamiento

Definición: Manipulación del entorno del paciente para facilitar el desarrollo de la relación padre- hijo.

Actividades: Ver página 43.

7. Succión no nutritiva

Definición: Disponer oportunidades de succión al bebé.

Actividades: Ver página 51.

8. Fomentar la implicación familiar

Definición: Facilitar la participación de los miembros de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente.

Actividades: Ver página 60.

ACTIVIDADES

Precauciones para evitar la aspiración:

- Vigilar el nivel de conciencia, reflejos de tos, reflejos de gases y capacidad deglutiva.
- Controlar el estado pulmonar.
- Mantener una vía abierta.
- Colocación vertical a 90º o lo más incorporado posible.
- Mantener el equipo de aspiración disponible.
- Alimentación en pequeñas cantidades.
- Comprobar la colocación de la sonda nasogástrica o de gastrostomía antes de la alimentación.
- Comprobar los residuos nasogástricos o de gastrostomía antes de la alimentación.

Evitar la alimentación si los residuos son abundantes.

Vigilancia:

- Determinar los riesgo de salud del paciente , si procede.
- Vigilar signos vitales, si procede.
- Controlar el estado nutricional, si procede.
- Comprobar la función gastrointestinal, si procede.

Alimentación enteral por sonda:

- Cambio de posición.
- Disminución de la ansiedad.
- Manejo de la nutrición.

Aspiración de las vías aéreas:

- Determinar la necesidad de aspiración oral y/o traqueal.
- Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.
- Informar a la familia sobre la aspiración.
- Aspirar la nasofaringe con una jeringa de ampolla o tirador o dispositivo de aspiración, si procede.
- Proporcionar sedación, si procede.
- Abordar una vía aérea nasal para facilitar la aspiración nasotraqueal, si procede.
- Utilizar equipo desechable estéril para cada procedimiento de aspiración traqueal.
- Seleccionar un catéter de aspiración que sea la mitad del diámetro anterior del tubo endotraqueal, tubo de traqueostomía o vía aérea del paciente.
- Basar la duración de cada pase de aspiración traqueal en la necesidad de extraer secreciones y en la respuesta del paciente a la aspiración.
- Aspirar la orofaringe después de terminar la succión traqueal.
- Detener la succión traqueal y suministrar oxígeno suplementario si el paciente experimenta bradicardia, un aumento de ectopia ventricular y/o desaturación.

Identificación de riesgos:

- Instaurar una valoración sistemática de riesgos mediante instrumentos fiables y validos.
- Identificar al paciente que precisa cuidados continuos.
- Determinar la presencia y calidad del apoyo familiar.
- Determinar la presencia/ausencia de necesidades vitales básicas.
- Planificar las actividades de disminución de riesgos, en colaboración con el individuo/grupo.

Terapia de deglución:

- Observar si hay signos y/o síntomas de aspiración.
- Vigilar los movimientos de la lengua del paciente mientras come.
- Controlar si hay signos de fatiga al comer, beber y tragar.
- Enseñar a la familia/cuidados a cambiar de posición, alimentar y vigilar al paciente.
- Ayudar a mantener la ingesta calórica y de líquidos adecuada.
- Controlar el peso corporal.
- Vigilar la hidratación corporal (ingesta, salida, turgencia de la piel y membranas mucosas).

Asesoramiento en la lactancia:

- Determinar el conocimiento de la alimentación de pecho.
- Instruir a la madre o al padre acerca de la alimentación del bebé para que pueda realizar una toma de decisión informada.
- Proporcionar información acerca de las ventajas y desventajas de la alimentación de pecho.
- Corregir conceptos equivocados, mala información e imprecisiones acerca de la alimentación de pecho.

- Determinar el deseo y motivación de la madre para dar de mamar.
- Proporcionar apoyo a las decisiones de la madre.
- Ofrecer a los padres material de educación recomendado, si es necesario.
- Remitir a los padres acerca de clases o grupos adecuados de alimentación de pecho.
- Evaluar la comprensión de la madre de las pautas alimentarias del bebé (sujeción, succión y estado de alerta)
- Determinar la frecuencia con que se da el pecho en relación con las necesidades del bebé.
- Monitorizar la habilidad materna al acercar el bebé al pezón.
- Evaluar la forma de succión/deglución del recién nacido.
- Mostrar la forma de amamantar, si procede.
- Instruir en técnicas de relajación, incluyendo el masaje de los pechos.
- Fomentar que la madre utilice ambos pechos en cada toma.
- Determinar lo adecuado del uso de una bomba de pecho.
- Demostrar el masaje de los pechos y comentar sus ventajas para aumentar el suministro de leche.
- Enseñar a los padres a diferenciar entre el suministro de leche insuficiente percibido y el real.
- Fomentar la estimulación del pecho entre tomas si se sospecha que el suministro de leche es bajo.
- Monitorizar la integridad de la piel de los pezones.
- Recomendar el cuidado de los pezones, si es necesario.
- Monitorizar la capacidad de aliviar correctamente la congestión de los pechos.

Ayuda en la lactancia materna:

- Vigilar la capacidad del bebé para mamar
- Observar al bebé al pecho para determinar si la posición es correcta, si se oye la deglución y el patrón de mamar/deglutir.
- Observar la capacidad del bebé para coger correctamente el pezón (habilidades de agarre)
- Enseñar a la madre a observar cómo mama el bebé.
- Facilitar la comodidad y la intimidad en los primeros intentos de dar el pecho.
- Fomentar el chupeteo no nutritivo del pecho.
- Animar a la madre a utilizar ambos pechos en cada toma.
- Animar a la madre a que no limite el tiempo de mamar del bebé.
- Enseñar a la madre la posición correcta que debe adoptar.
- Enseñar la técnica correcta de interrumpir la succión del bebé.
- Controlar la integridad de la piel de los pezones.
- Enseñar los cuidados de los pezones, incluida la prevención de grietas en los mismos.
- Comentar la utilización de bombas de succión si el bebé no es capaz de mamar al principio.
- Controlar el aumento de llenado de los pechos en respuesta al mamar y/o succión con bomba.
- Informar a la madre acerca de las opciones de bombeo disponibles, si ello fuera necesario para el mantenimiento de la lactancia.
- Enseñar a controlar la congestión de los pechos con el vaciado oportuno ocasionado por el mamar o el bombeo.
- Instruir sobre el almacenamiento y calentamiento de la leche materna.

- Proporcionar fórmulas suplementarias sólo en caso necesario.
- Fomentar el uso de sujetadores cómodos, de algodón y con buena capacidad de soporte para dar el pecho.
- Enseñar a evitar el uso de protectores para mamar forados de plástico.
- Animar a la madre a que se ponga en contacto con el personal sanitario antes de tomar cualquier medicamento durante la lactancia.
- Animar a la madre a que evite utilizar píldoras anticonceptivas mientras dure la lactancia materna.
- Comentar métodos anticonceptivos alternativos.
- Animar a la madre a que evite fumar mientras dure la lactancia materna.

Cuidados del recién nacido:

- Coger o tocar regularmente al bebé que está en la incubadora, si procede.
- Colocar al bebé en decúbito lateral o supino después de la alimentación.
- Poner al bebé con la cabeza elevada para que eructe.
- Reforzar o proporcionar información acerca de las necesidades nutricionales del recién nacido.

Manejo ambiental: proceso de acercamiento:

- Colocar una sonda suficientemente larga que permita libertad de movimientos, si procede.
- Facilitar una silla cómoda para el parent/ ser querido.
- Mantener un bajo nivel de estímulos en el ambiente del paciente y de la familia.
- Disminuir el número de personas en el ambiente.

Monitorización del recién nacido:

- Comprobar la capacidad de succión del bebé.
- Observar la primera alimentación del recién nacido.
- Vigilar el peso del recién nacido.
- Mantener un registro preciso de ingesta y eliminaciones.
- Registrar la primera deposición y el primer movimiento intestinal del recién nacido.

Técnica de relajación:

- Coger y calmar al bebé o niño.
- Mecer al bebé, si procede.
- Hablar suavemente o cantar al bebé o niño.
- Ofrecer tranquilidad al bebé, si procede.
- Mantener la calma de una manera deliberada.
- Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad.
- Identificar los seres queridos cuya presencia pueda ayudar al paciente.
- Permanecer con el paciente.
- Utilizar la distracción, si procede.
- Ofrecer líquidos, o leche calientes.
- Instruir al paciente sobre técnicas que han de utilizarse para calmar al bebé que llora (hablar al bebé, poner la mano en la tripita, liberar los brazos, levantarla, sostenerlo y mecerlo).

Apoyo al cuidador principal

- Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.
- Determinar la aceptación del cuidador de su papel.
- Aceptar las expresiones de emoción negativa.
- Admitir las dificultades del rol del cuidador principal.
- Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal.
- Observar si hay indicios de estrés.
- Explorar con el cuidador principal como lo está afrontando.
- Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés.

Educación paterna: niño

- Determinar los conocimientos y la buena disposición y la habilidad de los padres para aprender los cuidados del bebé.
- Observar las necesidades de aprendizaje de la familia.
- Enseñar a los padres habilidades para cuidar al recién nacido.
- Dar información a los padres sobre los chupetes.
- Alentar a los padres a coger y abrazar, dar masajes y tocar al bebé.
- Demostrar técnicas para tranquilizar.
- Reforzar las habilidades que el parente desempeña adecuadamente para atender al bebé y darle confianza.

Manejo de líquidos

- Pesada diaria y controlar la evolución.
- Contar o pesar pañales, si procede.
- Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación.
- Controlar ingesta de alimentos/líquidos, y calcular la ingesta calórica

diaria, si procede.

- Monitorizar el estado nutricional.
- Administrar terapia intravenosa según prescripción.

Manejo de la nutrición

- Determinar- en colaboración con el dietista, si procede- el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación.
- Fomentar técnicas seguras de preparación y preservación de alimentos.

Etapas en la dieta

- Determinar la presencia de sonidos intestinales
- Establecer NPO, si es necesario.
- Fijar la sonda nasogástrica y observar tolerancia, si procede.
- Observar estado de alerta y la presencia de reflejo de ahogo, si procede.
- Colaborar con otros miembros del equipo de cuidadores para que la dieta avance lo más rápidamente posible según la tolerancia, para adultos y niños.

Monitorización de los signos vitales

- Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio, si procede.
- Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.
- Identificar causas posibles de los cambios en los signos vitales.
- Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recogida de los datos del paciente.

Monitorización nutricional

- Observar las interacciones padres/niños durante la alimentación, si procede.
- Observar el ambiente en el que se produce el acto de comer.
- Controlar la turgencia de la piel, si procede.
- Observar si se producen náuseas y vómitos.
- Controlar la ingesta calórica y nutricional.

Terapia nutricional

- Controlar los alimentos líquidos ingeridos y calcular la ingesta calórica diaria, si procede.
- Comprobar la conveniencia de las órdenes dietéticas para cumplir con las necesidades nutricionales diarias, si procede.
- Determinar (en colaboración, con el dietista, si procede) el número de calorías y tipos de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación.
- Elegir suplementos nutricionales, si procede.
- Determinar la necesidad de alimentación enteral.
- Administrar alimentación enteral, cuando sea preciso.
- Suspender la alimentación por sonda a medida que se tolere la ingesta oral.
- Administrar líquidos de hiperalimentación, cuando lo requiera el caso.

Administración de nutrición parenteral total (NPT):

- Ayudar en la inserción de la línea central.
- Insertar el catéter intravenoso periférico, según el protocolo de la institución.
- Mantener la permeabilidad y vendajes de la vía central, según el protocolo

del centro.

- Observar si hay infiltración e infección.
- Comprobar la solución NPT para asegurarse de que se han incluido los nutrientes correctos, según ordenes.
- Mantener una técnica estéril al preparar y colgar las soluciones NPT.
- Utilizar una bomba de infusión para el aporte de las soluciones NPT.
- Mantener un índice de flujo constante de la solución NPT.
- Evitar pasar rápidamente la solución NPT retrasada.
- Pesar diariamente.
- Controlar ingesta y eliminaciones.
- Controlar signos vitales.

Sondaje gastrointestinal:

- Seleccionar el tipo y tamaño de sonda nasogástrica que se ha de insertar, considerando el uso y razonamiento de la inserción.
- Explicar al paciente y a la familia la razón de que se utilice una sonda gastrointestinal.
- Insertar la sonda de acuerdo con el protocolo del centro.
- Colocar al paciente en decúbito lateral derecho para facilitar el movimiento de la sonda en el duodeno, si es el caso.
- Comprobar la correcta colocación de la sonda observando si hay signos y síntomas de ubicación traqueal, comprobando el color y/o nivel de pH del aspirado, inspeccionando la cavidad bucal y/o verificando la colocación en una placa radiológica, si corresponde.

Manejo de electrolitos:

- Observar si los electrolitos en suero son anormales, según disponibilidad.
- Observar si hay manifestaciones de desequilibrio de electrolitos.

- Mantener acceso i.v. permeable.
- Suministrar líquidos según prescripción, si procede.
- Mantener un registro adecuado de ingesta y eliminación.
- Mantener solución intravenosa que contenga electrolito(s) a un flujo constante, si procede.
- Administrar electrolitos suplementarios (oral, nasogástrico e i.v.) según prescripción, si correspondiera.

Manejo de líquidos/electrolitos:

- Observar si los niveles de electrolitos en suero son anormales, si existe disponibilidad.
- Pesar a diario y valorar la evolución.
- Reponer líquidos por vía nasogástrica, si está prescrito, en función de la eliminación, si procede.
- Controlar los valores de laboratorio relevantes para el equilibrio de líquidos (niveles de hematocrito, BUN, albúmina, proteínas totales, osmolalidad del suero y gravedad específica de la orina).
- Observar si existe pérdida de líquidos (hemorragia, vómitos, diarrea, transpiración y taquipnea).

Alimentación:

- Proporcionar alivio adecuado para el dolor antes de las comidas, si procede.
- Identificar la presencia del reflejo de deglución, si fuera necesario.
- Proteger con un babero, si procede.
- Animar a los padres/familia a que alimenten al paciente.

Cuidados del lactante:

- Monitorizar el peso y la altura del paciente.
- Monitorizar la ingesta y la eliminación, si procede.
- Cambiar los pañales, si procede.
- Disponer oportunidades de alimentación no nutritiva, si procede.
- Monitorizar la seguridad del ambiente del lactante.
- Proporcionar estimulación que agrade a todos los sentidos.
- Hablar con el lactante mientras se administran los cuidados.
- Mecer al lactante para fomentar la seguridad o el sueño.
- Animar a los padres a que realicen los cuidados diarios del lactante, si procede.
- Aconsejar a los padres a que realicen los cuidados especiales del lactante, si procede.
- Reforzar la habilidad de los padres al realizar los cuidados especiales del lactante.
- Informar a los padres acerca de los progresos del lactante.
- Explicar a los padres las razones del tratamiento y de los procedimientos.
- Sujetar al lactante durante los procedimientos.
- Consolar al lactante después de un procedimiento doloroso.
- Explicar a los padres que la regresión es normal en momentos de estrés, como enfermedad u hospitalización.
- Consolar al lactante cuando experimente ansiedad por separación.
- Fomentar las visitas familiares.
- Disponer un ambiente tranquilo, sin interrupciones, durante los períodos de sueño y por la noche, si procede.

Manejo ambiental: confort:

- Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.
- Proporcionar un ambiente limpio y seguro.
- Proporcionar o retirar las mantas para fomentar la comodidad en cuanto a la temperatura, si es el caso.
- Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío.

Succión no nutritiva:

- Colocar al bebé de tal forma que la lengua caiga sobre la base de la boca.
- Colocar el dedo pulgar y el índice en la mandíbula del bebé para apoyar el reflejo de succión, si fuera necesario.
- Acariciar suavemente la mejilla del bebé para estimular el reflejo de succión.
- Poner música suave y adecuada.
- Informar a los padres de la importancia de satisfacer las necesidades de succión.
- Animar a la madre a que dé el pecho para que permita la succión no nutritiva del pecho después de finalizar la toma.
- Informar a los padres de las alternativas a la succión del pezón (pulgar, dedo del parent, chupete)
- Instruir a los padres acerca del uso de la succión no nutritiva.

Enseñanza: estimulación infantil:

- Describir el desarrollo normal del niño pequeño.
- Ayudar a los padres a identificar aspectos de predisposición y respuestas a la estimulación por parte del niño.
- Proteger al bebé de la sobrestimulación.
- Enseñar a los padres a hablar, cantar y sonreír al bebé mientras se le

cuida.

- Enseñar a los padres a decir el nombre del bebé con frecuencia.
- Enseñar a los padres a susurrar al bebé.
- Enseñar a los padres a tocar y abrazar al bebé con frecuencia.
- Enseñar a los padres a responder a los lloros, cogiendo, acunando, cantando, hablando, caminando, cambiando de posición, frotando/masajeando y acunando al bebé, según proceda.
- Enseñar a los padres a balancear al bebé en posición vertical o en la cuna.

Enseñanza: nutrición infantil:

- Proporcionar a los padres por escrito materiales adecuados a las necesidades de conocimiento identificadas.
- Enseñar a los padres/cuidador a alimentar sólo con leche materna o de fórmula durante el primer año (no dar alimentos sólidos antes de los 4 meses).
- Enseñar a los padres/cuidador a permitir la succión no nutritiva.

Punción intravenosa (i.v.):

- Verificar la orden de la terapia i.v.
- Realizar una técnica aséptica estricta.
- Solicitar a los padres que cojan y consuelen al niño, según el caso.
- Seleccionar una vena apropiada para la venopunción.
- Masajear el brazo del paciente desde el extremo proximal al distal, si es preciso.
- Golpear suavemente con los dedos la zona del pinchazo después de aplicar el torniquete, si procede.
- Limpiar la zona con una solución adecuada, según el protocolo del centro.
- Determinar la correcta colocación mediante la observación de la sangre en

la cámara o en el sistema.

- Retirar el torniquete lo antes posible.
- Fijar la aguja con esparadrapo en el sitio firmemente.
- Conectar la aguja al sistema i.v., si procede.
- Aplicar un apósito transparente pequeño en el sitio de inserción i.v.
- Aplicar una tablilla para apoyar el brazo teniendo cuidado de no comprometer la circulación, si se precisa.

Terapia intravenosa (i.v):

- Verificar la orden de la terapia intravenosa.
- Realizar una técnica aséptica estricta.
- Examinar el tipo, cantidad, fecha de caducidad y carácter de la solución, y que no haya daños en el envase.
- Realizar los cinco principios antes de iniciar la infusión o administración de medicaciones (fármaco, dosis, paciente, vía y frecuencia).
- Seleccionar y prepara la bomba de infusión i.v., si está indicado.
- Pinchar el envase con el equipo de administración correspondiente.
- Administrar los líquidos i.v., a temperatura ambiente, a menos que se prescriba otra cosa.
- Vigilar la frecuencia del flujo intravenoso y el sitio de punción intravenosa durante la infusión.
- Observar si hay sobrecarga de líquidos y reacciones físicas.
- Realizar comprobaciones del sitio de punción i.v. regularmente.
- Realizar los cuidados del sitio i.v. de acuerdo con el protocolo del centro.
- Vigilar los signos vitales.
- Observar si se presentan signos y síntomas asociados a la flebitis por la

infusión e infecciones locales.

- Documentar la terapia prescrita según protocolo del centro.

Cuidados del desarrollo:

- Crear una relación terapéutica y de apoyo con los padres.
- Proporcionar un espacio para los padres en la unidad y al lado del bebé.
- Proporcionar información exacta y objetiva a los padres respecto al estado, tratamiento y necesidades del bebé.
- Informar a los padres de los problemas de desarrollo en los bebés pretérmino.
- Ayudar a los padres a conocer a su bebé en un entorno cómodo y tranquilo.
- Enseñar a los padres a reconocer las conductas y los estados del bebé.
- Demostrar a los padres las capacidades del bebé y administrarle la escala de Valoración de la Conducta del Bebé Pretérmino (Assessment of Preterm Infant Behavior, APIB) u otras herramientas de observación neuroconductual.
- Mostrar cómo obtener la atención visual o auditiva del bebé.
- Ayudar a los padres a planificar los cuidados según las conductas y los estados del bebé.
- Señalar actividades autorreguladoras del bebé (p.ej., poner la mano en la boca, chupar, utilizar estímulos visuales o auditivos).
- Facilitar descansos cuando el bebé muestre señales de estrés (p.ej., extensión de los dedos, poco color, deterioro del estado de salud, fluctuación del ritmo cardíaco y respiratorio).
- Enseñar a los padres a consolar el bebé utilizando técnicas de relajación conductual (p.ej., poner la mano sobre el bebé, cambiarlo de posición, envolverlo).

- Realizar un programa de desarrollo individualizado para cada bebé y actualizarlo con regularidad.
- Evitando la sobrestimulación excitando un sentido cada vez (p.ej., evitar hablarle mientras se le toca, mirarle mientras se le alimenta).
- Ayudar a los padres a tener expectativas realistas sobre la conducta y el desarrollo del bebé.
- Proporcionar límites que mantengan la flexión de las extremidades permitiendo sitio para la extensión (p.ej., ponerle en el nido, cambiar pañales, ponerlo en una hamaca, vestirle).
- Facilitar soportes para mantenerle en la posición adecuada y evitar malformaciones (p.ej., almohadas lumbares, nidos, lanillas, protectores para la cabeza).
- Cambiar de posición al bebé con frecuencia.
- Proporcionar una orientación de los brazos hacia la línea media del cuerpo para facilitarle actividades mano-boca.
- Utilizar el pañal más pequeño para evitar la abducción de cadera.
- Controlar los estímulos (luz, ruido, contacto, procedimientos) del entorno del bebé y reducirlos según sea conveniente.
- Disminuir la luz ambiental.
- Proteger los ojos del bebé cuando se utilicen las lámparas de fototerapia.
- Modifica la iluminación ambiental para facilitar el ritmo diurno.
- Disminuir el ruido ambiental (p.ej., bajar el tono y responder con rapidez para controlar las alarmas y los teléfonos, conversar lejos de la cama).
- Colocar la incubadora alejada de la fuente de ruido (fregaderos, puertas, teléfonos, actividades ruidosas, radio, tráfico).
- Organizar el cuidado y la alimentación del bebé en función del ciclo sueño/despertar.

- Preparar el equipo utilizado (para los cuidados) lejos de la cama.
- Agrupar los cuidados para favorecer el intervalo más largo posible de sueño y la conservación de energía.
- Proporcionar una silla cómoda en una zona tranquila para alimentarle.
- Utilizar movimientos lentos y suaves cuando se toque, alimente o atienda al bebé.
- Alimentar al bebé sin mirarle o hablarle, si ello le sobrestimula.
- Colocar al bebé y apoyarlo mientras dura la alimentación, manteniendo una posición flexionada hacia la línea media (p.ej., apoyo con los hombros y el tronco, asegurarle los pies, sujetarlo con la mano, envolverlo).
- Alimentarlo en posición erguida para favorecer la extensión de la lengua y la deglución.
- Favorecer la participación del padre en la alimentación.
- Apoyar la lactancia materna si la madre así lo desea.
- Proporcionar un entorno tranquilo después de la alimentación para evitar hipo, regurgitación, aspiración.
- Facilitar la transición y calmarlo durante los procedimientos dolorosos y estresantes pero necesarios.
- Establecer rutinas consecuentes y predecibles para favorecer los ciclos sueño/despertar.
- Proporcionar estimulación utilizando grabaciones de música instrumental, móviles, masajes, balanceo y contacto, según sea conveniente.

Cuidados de canguro (del niño prematuro):

- Discutir la reacción de la madre ante el nacimiento prematuro del bebé.
- Determinar la imagen que tiene la madre o el padre del bebé prematuro.
- Determinar y monitorizar el nivel de confianza de la madre o el padre en los cuidados del bebé.

- Animar a la madre a que comience con los cuidados del bebé.
- Explicar los cuidados de canguro del niño prematuro y sus beneficios a la madre.
- Determinar si el estado fisiológico del bebé cumple con las guías de participación en los cuidados de canguro.
- Preparar un ambiente tranquilo, privado y libre de corrientes.
- Proporcionar a la madre un sillón reclinable o una mecedora.
- Conseguir que la madre lleve ropas cómodas abiertas por delante.
- Instruir a la madre o al padre acerca del traslado del bebé desde la incubadora, cama calentadora o cuna y el manejo del equipo y tubos, si procede.
- Colocar al bebé con pañales en posición recta prona sobre el pecho de la madre o el padre.
- Pasar la ropa de la madre alrededor del bebé o colocar mantas sobre el mismo para mantener la posición y temperatura del bebé.
- Animar a la madre a que se centre en el bebé en vez de en los ajustes y equipos de tecnología avanzada.
- Animar a la madre a que acaricie suavemente al bebé en la posición recta prona, si procede.
- Animar a la madre a que acune suavemente al bebé en la posición recta prona, si procede.
- Fomentar la estimulación auditiva del bebé, si procede.
- Reforzar el contacto visual con el bebé, si procede.
- Apoyar a la madre en la alimentación y en los cuidados del bebé.
- Animar a la madre o al padre a que coja al bebé con las dos manos extendidas.
- Animar a la madre a que identifique las claves de conducta del bebé.

- Señalar a la madre o al padre los cambios de estado del bebé.
- Aconsejar a la madre/padre a disminuir la actividad cuando el bebé muestre signos de estimulación excesiva, molestia o rechazo.
- Aconsejar a la madre/padre que deje dormir al bebé durante los cuidados de canguro.
- Fomentar la alimentación de pecho durante los cuidados de canguro del niño prematuro, si procede.
- Animar a la madre o al padre a que realice los cuidados de canguro de 20 minutos a 3 horas cada vez de forma efectiva, si procede.
- Animar a las madres después del parto a que cambien de posición y se levante cada 90 minutos para evitar enfermedades trombolíticas.
- Monitorizar la reacción emocional de la madre o el padre en relación con los cuidados de canguro.
- Monitorizar el estado fisiológico del bebé (color, temperatura, frecuencia cardíaca y apnea) y suspender los cuidados de canguro si el bebé resulta fisiológicamente comprometido o agitado.

Estimulación de la integridad familiar: familia con niño (recién nacido):

- Escuchar a los miembros de la familia.
- Establecer una relación de confianza con los miembros de la familia.
- Determinar la compresión familiar de la dolencia.
- Determinar los sentimientos de la familia respecto a su situación.
- Colaborar con la familia en la solución de problemas y en la toma de decisiones.
- Facilitar las visitas familiares.

Fototerapia: neonato:

- Revisar el historial materno y del bebé para determinar factores de riesgo de hiperbilirrubinemia (incompatibilidad de Rh o ABO, policitemia, sepsis, estado de prematuro y mala presentación).
- Observar si hay signos de ictericia.
- Solicitar niveles de bilirrubina, si procede, por protocolo o solicitud del facultativo principal.
- Informar de los valores de laboratorio al médico principal.
- Aislar al bebé.
- Explicar a la familia los procedimientos y cuidados de la fototerapia.
- Aplicar parches para cubrir los ojos, evitando ejercer demasiada presión.
- Retirar los parches cada 4 horas o cuando se apaguen las luces para el contacto y alimentación maternos.
- Vigilar si en los ojos se produce edema, drenado y su color.
- Colocar las luces de fototerapia encima del bebé a una altura adecuada.
- Comprobar la intensidad de las luces a diario.
- Vigilar los signos vitales según protocolo o si es necesario.
- Cambiar la posición del bebé cada 4 horas o según protocolo.
- Controlar los niveles de bilirrubina según protocolo o solicitud del médico.
- Evaluar el estado neurológico cada 4 horas o según protocolo.
- Observar si hay signos de deshidratación (depresión de fontanelas, mala turgencia de la piel, pérdida de peso).
- Pesar a diario.
- Forzar la ingesta de ocho comidas al día.
- Animar a la familia a que participe en la terapia con luz.

Fomentar el acercamiento:

- Animar a los padres a tocar y hablar al recién nacido.
- Ayudar a los padres a participar en el cuidado del bebé.
- Animar a los padres a identificar las características familiares observadas en el recién nacido.
- Animar a los padres a que masajeen al bebé.
- Reforzar el contacto visual con el bebé.
- Reforzar los comportamientos del papel del cuidador.
- Mostrar las formas de tocar al bebé sometido a aislamiento.

Fomentar la implicación familiar:

- Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente.
- Crear una cultura de flexibilidad para la familia.
- Determinar los recursos físicos, emocionales y educativos del cuidador principal.
- Anticipar e identificar las necesidades de la familia.
- Observar la estructura familiar y sus roles.
- Observar la implicación de los miembros de la familia en el cuidado del paciente.
- Favorecer los cuidados por parte de los miembros de la familia durante la hospitalización o su estancia en una instalación de cuidados a largo plazo.
- Facilitar la comprensión de aspectos médicos del estado del paciente a los miembros de la familia.
- Proporcionar el apoyo necesario para que la familia tome decisiones informadas.
- Identificar otros factores relacionados con el estrés sobre la situación para

los miembros de la familia.

- Reconocer los síntomas físicos relacionados con el estrés de los miembros de la familia (llanto, nauseas, vómitos y estado de distracción).
- Animar a la familia a que se centre en cualquier aspecto positivo de la situación del paciente.
- Reconocer y respetar los mecanismos para enfrentarse con los problemas utilizados por la familia.