



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Plan de cuidados estandarizado para el fomento de la lactancia materna de un bebé prematuro en la unidad de cuidados intensivos neonatal

Standardized care plan for promoting breastfeeding of a preterm baby in the neonatal intensive care unit

Autor/a

Inés Blasco Lázaro

Director/a

Ana Belén Subirón Valera

Universidad de Zaragoza / Facultad de Ciencias de la Salud

Curso académico 2019-2020

Índice

1. RESUMEN	3
1.1. ABSTRACT	4
2. INTRODUCCIÓN.....	5
3. OBJETIVOS	10
4. METODOLOGÍA.....	11
5. DESARROLLO	14
5.1. VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON...	15
5.2. DIAGNÓSTICOS.....	15
5.2.1. PROBLEMAS DE COLABORACIÓN	15
5.2.2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (DXE)	16
5.3. PLANIFICACIÓN.....	17
5.4. EJECUCIÓN	29
5.5. EVALUACIÓN.....	29
6. CONCLUSIONES	30
7. BIBLIOGRAFÍA.....	31
8. ANEXOS	37

1. Resumen

INTRODUCCIÓN: la lactancia materna es la mejor opción a la hora de alimentar a los recién nacidos prematuros. A pesar de ello, las tasas de lactancia materna en los recién nacidos pretérminos son bajas; por esto son necesarias medidas de apoyo a la lactancia materna en las unidades de cuidados intensivos neonatales que consigan cambiar esta situación.

Aunque la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN), ha sido adaptada a muchas de las unidades de cuidados intensivos neonatales, todavía no existen unos protocolos unificados sobre cómo promocionar la lactancia materna en estos lugares.

Para ello, es imprescindible la participación de los profesionales de enfermería de la unidad de cuidados intensivos neonatales.

OBJETIVOS: diseñar un plan de cuidados estandarizado dirigido a apoyar la lactancia materna de un bebé prematuro ingresado en la unidad de cuidados intensivos neonatal.

METODOLOGÍA: basada en una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos y páginas web para conocer el grado de promoción de la lactancia materna en las unidades de cuidados intensivos neonatales. Para el desarrollo del plan de cuidados se ha usado el modelo de valoración de necesidades de Virginia Henderson y la taxonomía NANDA, NOC y NIC.

CONCLUSIONES: a pesar de la gran importancia de la lactancia materna, las tasas de bebés prematuros alimentados con leche materna son menores que los recién nacidos a término.

El uso de un Plan de Cuidados facilita la valoración de situaciones complicadas y estresantes por las que pasa la madre para comenzar y mantener la lactancia. Y al mismo tiempo, este Plan propone medidas que favorezcan, apoyen y promocionen cuidados apropiados en las unidades de cuidados intensivos neonatales.

PALABRAS CLAVE: recién nacido prematuro, promoción lactancia materna, unidad de cuidados intensivos neonatal, banco de leche humana, leche de donante.

1.1. ABSTRACT

INTRODUCTION: breastfeeding is the best option for feeding preterm babies; however the number of women that decide to breastfeed their preterm babies is low. Therefore, measures to support breastfeeding in neonatal intensive care units should be implemented to change such rate.

Although the Humanization of Birth and Breastfeeding Assistance Initiative (IHAN) has been adapted to many neonatal intensive care units, there are still no unified protocols on how to promote breastfeeding in these units.

For that, the role of the nurses in the neonatal intensive care unit is really important.

OBJECTIVE: to design a standardized care plan to support the breastfeeding of a preterm baby admitted to the neonatal intensive care unit.

METHODS: based on a literature review of different databases and web pages to find out the degree of promotion of breastfeeding in neonatal intensive care units. The Virginia Henderson's needs assessment model and the NANDA, NOC and NIC taxonomy have been used for the development of this care plan.

CONCLUSIONS: despite the high importance of breastfeeding, the rates of premature babies being breastfed are lower than those of full term babies.

The use of a care plan facilitates the assessment of those complicated and stressful situations that the mother goes through when beginning and maintaining breastfeeding. At the same time, this plan proposes measures to encourage, support and promote appropriate care in neonatal intensive care units.

KEY WORDS: preterm babies, promotion of breastfeeding, neonatal intensive care unit, human milk bank, donor milk.

2. Introducción

Uno de los problemas más frecuentes en los países industrializados es el nacimiento de niños antes de la semana 37 de gestación (1). Este problema se agrava si se trata de la situación de bebés grandes prematuros, aquellos que nacen antes de la 28 semana de gestación, los cuales son el grupo con mayor número de complicaciones, requiriendo su ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN) para el control de la nutrición y de sus signos vitales (1). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 15 millones de bebés nacen pronto cada año y más de 1 millón mueren cada año debido a complicaciones del nacimiento prematuro (2). Se estima que la incidencia en España de los recién nacidos prematuros es de alrededor del 6,43% (Anexo 1) (3). Su supervivencia depende del peso y de la edad gestacional en el momento del nacimiento (4).

El nacimiento prematuro puede producirse por diversas causas; algunos de los factores que aumentan la prematuridad son las técnicas de reproducción asistida, el aumento de la edad de las madres, ciertas condiciones laborales y situaciones estresantes para la mujer gestante. Además, debido al aumento de la supervivencia de los prematuros, se ha producido un incremento de las indicaciones obstétricas para finalizar la gestación antes de término, tanto por interés materno como fetal (2).

La inmadurez del neonato prematuro conlleva una función intestinal inadecuada. Por esto, el apoyo nutricional para los bebés pretérminos en las UCIN es compleja y éste dependerá de la tolerancia del bebé (4). Asegurar una adecuada nutrición es imprescindible para el desarrollo del sistema metabólico y cognitivo, lo cual es un verdadero reto, sobretodo en las primeras horas de vida (5). Para ello, inicialmente se administra nutrición parenteral formada por líquidos, glucosa, electrolitos, minerales, lípidos, vitaminas y oligoelementos a través de un catéter central o en ocasiones por vía periférica cuando se trate de nutrición parenteral parcial y con baja carga molar (5).

En ocasiones, el prematuro es excesivamente vulnerable a la desnutrición, y la insuficiente ingesta de nutrientes puede afectar permanentemente al logro cognitivo posterior (6). La nutrición enteral debe comenzar tan pronto como el recién nacido se encuentre estable; la lactancia materna (LM) es el alimento óptimo para el recién nacido, debiéndose administrar el calostro en las primeras horas de vida para establecer una correcta microflora oral y gastrointestinal (5).

La OMS y UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund) recomiendan la alimentación en todos los casos con lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los seis meses. A partir de los seis meses de edad las necesidades del lactante son mayores, por lo que el inicio de la alimentación complementaria en este momento se vuelve imprescindible manteniendo la administración de LM hasta los dos años de vida como mínimo (7)(8). Las recomendaciones afirman de igual manera que alimentar a los recién nacidos prematuros con LM disminuye la tasa de infección, de enterocolitis necrotizante (NEC) y de retinopatía, a la vez que mejora el desarrollo del sistema cognitivo y cardiovascular a largo plazo (9)(10).

A pesar de todos los beneficios que confiere la LM, según señala la evidencia científica, sus nutrientes no son suficientes para cubrir las necesidades de los grandes prematuros y asegurar un crecimiento adecuado. La Asociación Americana de Pediatría (AAP)(2012), la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN)(2010) y la OMS (2006) recomiendan que todos los recién nacidos prematuros reciban LM fortificada, la cual es enriquecida con proteínas, minerales y vitaminas para satisfacer la demanda metabólica de los bebés que pesan menos de 1500 gramos (11)(12). La fortificación de la LM con más de un componente nutricional está relacionada con mejoras a corto plazo en el aumento de peso y en el crecimiento lineal y de la cabeza (13).

A pesar de que la LM es lo recomendado encarecidamente en estos casos, las madres que dan a luz tempranamente inician la lactancia con menos frecuencia y lactan durante menos tiempo que las mujeres que dan a luz a término (14). La hospitalización del recién nacido en la UCIN es una situación que causa inseguridad y estrés a los padres, debido al ambiente de la unidad y a los procesos a los que está sometido el bebé, alterando el vínculo afectivo entre la madre y el hijo en la que en ocasiones el bebé es percibido como un cuerpo extraño (15). La mayoría de bebés nacidos con menos de 32 semanas de gestación nacen por cesárea, en la cual la presencia de dolor, de medicación, de desinformación y además la separación de la madre y el hijo tras el nacimiento son factores que dificultan la subida de leche (16).

La composición de la LM varía teniendo en cuenta diferentes aspectos como la edad gestacional del lactante al nacer, los métodos de extracción, y si se utiliza la leche de donante o de la propia madre (11). La administración de leche materna a los niños prematuros dentro de la UCIN lleva mucho tiempo y supone un reto diario para las madres, las cuales tal vez necesiten utilizar un extractor de leche durante semanas o meses antes de que sus hijos puedan empezar a succionar directamente del pecho. Para conseguir una correcta producción de leche, las madres deben iniciar la extracción en la primera hora después del parto (18)(19) y seguir haciéndolo cada 2 o 3 horas, sin interrupción durante la noche (20)(21); ya que la liberación de prolactina es mayor por la noche que por el día, lo que hace que la producción de leche sea mayor (22). Tener al bebé piel con piel y el masaje del pecho unos minutos antes de la extracción también mejorará la salida de leche (14). Pasadas dos semanas, sino hay ningún problema, seguramente no será necesario realizar la extracción de leche tan a menudo y la madre podrá dormir entre 5-6 horas por la noche, realizando la extracción en la madrugada coincidiendo con un pico hormonal de prolactina (23). Siempre que sea posible se utilizará un equipo de doble bombeo para que pueda extraerse la leche de las dos mamas a la vez, ya que este tipo de sacaleches es más efectivo en la liberación de prolactina (24).

Actualmente, en el Hospital Universitario Miguel Servet disponen de un plan de actuación para las madres que se extraen leche, el cual permite seguir una serie de pasos y saber cómo actuar en caso de tener algún tipo de complicación (Anexo 2). Todas las iniciativas cuya finalidad sea facilitar a las madres una alimentación más adecuada para su recién nacido son importantes, por eso nació la iniciativa "Hospital Amigo de los niños", un programa de la OMS y UNICEF en la que se dicta un documento llamado "Diez pasos hacia una feliz lactancia natural" (Anexo 3) para promover, proteger y apoyar la LM desde el nacimiento en los diferentes centros sanitarios. Estos diez pasos se han adaptado a las necesidades de las UCIN incluyendo tres principios básicos (27), que son: mejorar el apoyo a la LM; mejorar el contacto entre el hijo y la madre, centrando la atención en las necesidades del bebé, de la madre y de la familia; y mantener la continuidad de la atención (28).

Cuando no se dispone de LM, como alternativa a los productos de fórmula en la UCIN se emplea leche humana de donante procedente de los Bancos de Leche Materna. Tanto la OMS como la AAP respaldan el uso de la leche de donante cuando la leche materna no está disponible (29). Las mujeres donantes son madres que están amamantando o que han destetado recientemente a sus hijos (30). Aunque la leche de donante es más baja en proteínas que la leche materna y ésta pierde muchos componentes bioactivos que proporcionan inmunoprotección; se ha observado una menor incidencia de NEC en niños alimentados con leche donada en comparación con los niños alimentados con fórmula. No obstante, la alimentación con leche donada se asocia con una tasa de crecimiento más lenta (31).

Aragón dispone desde el año 2011 de un Banco de Leche Materna, encargado de recoger, analizar, procesar y distribuir la leche materna a los hospitales. Su objetivo es garantizar la alimentación con leche materna a todos los recién nacidos de Aragón que la necesiten por prescripción médica y que no puedan ser amamantados por su madre (32) (Anexo 4). En 2018, dentro del Banco de Leche Materna de Aragón, 150 madres se han ofrecido para ser donantes, siendo seleccionadas 136, lo que ha supuesto 521 donaciones y un total de 480 litros de leche. Desde la fundación del Banco de Leche Materna de Aragón, se han recogido 3.850 litros de leche, donada por 1.024 madres (33).

Por tanto, es necesario que todo el equipo de profesionales sanitarios realicen intervenciones eficaces de apoyo a las familias con bebés prematuros, como mejorar y aumentar sus conocimientos sobre la LM, adquirir aptitudes para gestionar los problemas que puedan surgir, participar en la elaboración de protocolos de LM (34) y esforzarse en su promoción para las madres de recién nacidos prematuros que tienen intención de amamantar (28). Indudablemente los profesionales de enfermería desempeñan un papel muy importante en el apoyo a la LM en los centros sanitarios en general y en las UCIN en particular; siendo su actitud y conocimientos sobre la LM imprescindibles para su éxito (35). Por ello, se propone la realización de un plan de cuidados estandarizado como guía de actuación para los profesionales de enfermería.

3. Objetivos

OBJETIVO GENERAL

- Diseñar un plan de cuidados estandarizado para apoyar la lactancia materna de un bebé prematuro ingresado en la UCIN.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Revisar los conocimientos sobre los cuidados que necesita una madre de un recién nacido prematuro en relación a la LM.
- Explicar las intervenciones y actividades dirigidas a favorecer el inicio y la continuidad de la LM en el niño prematuro ingresado en UCIN.
- Describir alguno de los posibles trastornos psicosociales que pueden presentar los padres.

4. Metodología

Para la realización de este trabajo fin de grado ha sido esencial la realización de una búsqueda bibliográfica. Las bases de datos consultadas han sido Pubmed, Cuiden, Scielo, Science direct, Dialnet, Medes, Cochrane Library y Biblioteca Virtual de la Salud. Los límites fijados en la búsqueda bibliográfica han sido artículos en español y en inglés, desde el año 2010 al 2020. De todos los artículos encontrados, he discriminado aquellos en los que el título no tenía nada que ver con mi tema de interés. De estos, tras su lectura, he llegado a los artículos que han sido seleccionados finalmente.

También se han consultado diversas páginas webs como la de la Sociedad Española de Neonatología (SENeo), la Asociación Española de Bancos de Leche Humana (AEBLH), la Asociación Española de Lactancia Materna (AELAMA), la Asociación Española de Pediatría (AEPED), la Asociación de Padres de Niños Prematuros (APREM) y la Asociación de Prematuros de Aragón (ARAPREM).

En el plan de cuidados de enfermería que se desarrolla a continuación, se va a utilizar un lenguaje estandarizado según la taxonomía "North American Nursing Diagnosis Association" (NANDA)(36), "Nursing Outcomes Classification" (NOC)(37), y "Nursing Interventions Classification" (NIC)(38).

Bases De Datos	Palabras Clave	Artículos Encontrados	Artículos Revisados	Artículos Utilizados
PUBMED	"promotion" AND "breast feeding" AND "neonatal intensive care units"	34	19	10
	"health promotion" AND "breast feeding" AND "preterm infants"	24	17	8
	"health promotion" (MESH) AND "breast feeding" (MESH) AND "premature birth" (MESH)	1	0	0
	"breast feeding" (MESH) AND "health promotion" (MESH) AND "intensive care units, neonatal" (MESH)	22	15	5
	"promoción" AND "lactancia materna" AND "unidad de cuidados intensivos neonatal"	1	1	1
CUIDEN	"lactancia materna" AND "unidad de cuidados intensivos neonatal"	13	8	5
	"lactancia materna" AND "recién nacido pretérmino"	5	2	1
	"banco de leche" AND "Aragón"	1	1	1
SCIELO	"promotion" AND "breast feeding" AND "neonatal intensive care units"	1	0	0

	"promoción" AND "lactancia materna" AND "unidad de cuidados intensivos neonatal"	1	0	0
	"lactancia materna" AND "recién nacido pretérmino"	1	1	1
DIALNET	"lactancia materna" AND "unidad de cuidados intensivos neonatal"	7	3	1
	"lactancia materna" AND "recién nacido pretérmino"	15	4	2
SCIENCE DIRECT	"promotion" AND "breastfeeding" AND "neonatal intensive care units"	100	7	5
COCHRANE LIBRARY	"promotion" AND "breastfeeding" AND "neonatal intensive care unit"	17	5	3
BIBLIOTECA VIRTUAL DE LA SALUD	"lactancia materna" AND "unidad de cuidados intensivos"	5	3	1

5. Desarrollo

Se va a exponer un plan de cuidados dirigido a los padres del recién nacido prematuro ingresado en la UCIN.

En esta etapa se realizará una valoración de los padres, del bebé y de su entorno, para conocer la situación actual de la familia y tener un punto de referencia.

Nos encontramos ante una familia de clase media teniendo en cuenta el aspecto económico. En el entorno familiar, se observa la implicación de los familiares más cercanos a los padres. Es su primer hijo.

El bebé ha nacido con 28 semanas de gestación, pesando 800 gr. La madre a partir de la semana 20, desarrolló una hipertensión gestacional, lo que ha sido un factor condicionante del parto prematuro. El niño se encuentra estable dentro de la gravedad, alimentado a través de sonda nasogástrica con leche de donante fortificada, ya que la madre indica que le sale muy poca leche.

Respira por si mismo, haciendo muy pocas desaturaciones, de las cuales se recupera de forma espontánea.

Se prevé que esté un largo periodo de tiempo ingresado hasta que consiga comer adecuadamente cada 3 horas, y gane el peso que le corresponde; suponiendo una edad gestacional que ronda entre las 35-36 semanas y un peso de 2000 gr aproximadamente.

Realiza varias micciones y defecaciones a lo largo del día de buen aspecto y dentro de la normalidad, a la palpación abdomen blando y depresible. Descansa entre tomas.

La madre se nota nerviosa y preocupada; desde que ella recibió el alta viene cada 3 horas a ver a su hijo, coincidiendo con las tomas. Por la noche duerme en su domicilio. Indica que está triste y no descansa por las noches. Cuando viene al hospital manifiesta el descontento acerca de la LM, y se autoinculpa ya que le gustaría poder darle su propia leche al bebé, pero no fabrica suficiente y en casa sólo tiene extractor manual. La madre quiere hacer el cuidado canguro en todas las visitas, y aprovecha para acercarse al bebé al pecho, aunque el todavía no es capaz de succionar.

El padre también se le nota preocupado y con miedo; cuando les permitimos hacer el cuidado canguro él nunca quiere, lo que podría conllevar una alteración del vínculo entre el padre y el hijo.

Basándome en las necesidades de Virginia Henderson y según la observación llevada a cabo, organizo los datos según las necesidades que se encuentran afectadas tanto en el recién nacido como en los padres.

En el caso del recién nacido, debido a la inmadurez, existe una falta de autonomía para realizar por sí sólo las acciones que satisfacen sus necesidades básicas, por lo que aparecen problemas de autonomía en las siete necesidades.

5.1. VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

Anexo 5.

5.2. DIAGNÓSTICOS

5.2.1. PROBLEMAS DE COLABORACIÓN

Potenciales

CP: grietas en los pezones secundario a incorrecto uso de la copa del sacaleches.

CP: mastitis secundaria a LM ineficaz.

5.2.2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (DXE)

En los padres encontraremos problemas de independencia, a partir de los cuales se enunciarán los DXE de promoción de salud para aumentar y completar la independencia del paciente y además reducir las limitaciones que pueden aparecer.

Además, se observan determinadas conductas de los padres que serán incorrectas o inadecuadas, ahora o en un futuro por falta de conocimientos, fuerza o voluntad. Debido a esto, a continuación, se enuncian DXE reales, en los que la conducta del paciente es inapropiada en ese determinado momento, y DXE de riesgo en los cuales la conducta es apropiada, pero en cualquier momento puede dejar de serlo sino se modifican algunas conductas actuales.

ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS PARA LOS DXE REALES

(00146) Ansiedad.

(00104) Lactancia materna ineficaz.

(00095) Deterioro del patrón del sueño.

(00126) Conocimientos deficientes.

(00107) Patrón de alimentación ineficaz del lactante.

(00216) Producción insuficiente de leche materna.

(00078) Gestión ineficaz de la salud.

(00124) Desesperanza.

(00118) Trastorno de la imagen corporal.

(00052) Deterioro de la interacción social.

(00125) Impotencia.

ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS PARA LOS DXE DE RIESGO

(00058) Riesgo de deterioro de la vinculación entre los padres y el lactante.

(00153) Riesgo de baja autoestima situacional.

(00062) Riesgo de cansancio del rol de cuidador.

(00211) Riesgo de deterioro de la resiliencia.

(00227) Riesgo de proceso de maternidad ineficaz.

(00248) Riesgo de deterioro de la integridad tisular.

5.3. PLANIFICACIÓN

En el transcurso de esta etapa, se deben elaborar estrategias para resolver los problemas identificados en la etapa diagnóstica.

En primer lugar, se fijarán prioridades para actuar, determinar los resultados, las intervenciones y las actividades que se realizarán más adelante.

Para esto, me baso en los criterios de priorización de M^o Teresa Luis Rodrigo (Anexo 6), en la que nos centraremos en primer lugar en aquellos problemas en los que su resolución facilite la modificación de los siguientes.

A continuación, se han descrito una serie de diagnósticos de los previamente nombrados, que aparecen con más frecuencia en los padres en los que su hijo es prematuro.

El nacimiento de un bebé prematuro, menor de 28 semanas de gestación, conlleva su ingreso en la UCIN, un lugar desconocido para la mayoría de los padres que proporciona miedo, inquietud, preocupación y angustia. Los progenitores deben adaptarse a las características de la unidad y a la apariencia física del menor, las cuales pueden ser una fuente de estrés.

- Ansiedad r/c estrés m/p incertidumbre, desconcierto, inquietud.

DXE

(00146) Ansiedad: Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona a tomar medidas para afrontar la amenaza.

NOC INDICADORES

Superación de problemas (01302)

- 3N 130208 se adapta a los cambios en desarrollo
- 3N 130214 verbaliza la necesidad de asistencia
- 3N 130209 utiliza el apoyo social disponible

Modificación psicosocial: cambio de vida (01305)

- 3N 130501 establece metas realistas
- 3N 130505 expresa optimismo sobre el presente
- 3N 130502 mantiene la autoestima

NIC INTERVENCIONES

Escucha activa (4920)

- Crear un ambiente que facilite la confianza de los padres (39).
- Favorecer la expresión de sentimientos para conocer que les preocupa (40).

Apoyo emocional (5270)

- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones (41).
- Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad (12).

La LM le confiere al recién nacido grandes beneficios, ya que favorece el desarrollo cognitivo, motor y reduce la prevalencia de enfermedades crónicas.

- Lactancia materna ineficaz r/c reflejo de succión débil del lactante, insuficiente oportunidad de succionar los pechos, m/p percepción de secreción láctea inadecuada.

DXE

(00104) Lactancia materna ineficaz: dificultad para el amamantamiento que puede comprometer el estado nutricional del neonato/lactante.

NOC INDICADORES

Conocimiento: lactancia materna (1800)

- 4S 180001 beneficios de la lactancia materna
- 4S 180008 evaluación de la deglución del lactante
- 4S 180022 relación entre lactancia materna e inmunidad del lactante

Establecimiento de la lactancia materna: madre (1001)

- 2K 100118 satisfacción con el proceso de la lactancia
- 2K 100123 bombeo de la mama
- 2K 100124 utiliza el apoyo familiar Superación de problemas (01302)

NIC INTERVENCIONES

Ayuda en la lactancia materna (1054)

- Instruir a la madre sobre los beneficios de la LM y la importancia de la extracción temprana (42).
- Realizar la primera extracción dentro de las primeras 6 horas postparto (39).

Asesoramiento en la lactancia (5244)

- Realizar las extracciones viendo y tocando al bebé (39).
- Enseñar a la madre la posición correcta de mamar/deglutir (11).

La separación del recién nacido prematuro de su madre, debido a su ingreso en la UCIN, puede provocar una alteración en la secreción de leche y disminuir poco a poco su producción, debido a la falta de succión del bebé y a la escasa o nula ingesta de éste al comienzo del ingreso.

- Producción insuficiente de leche materna r/c reflejo de succión ineficaz m/p extrae un volumen de leche inferior al prescrito para el lactante.

DXE

(00216) Producción insuficiente de lactancia materna: producción inadecuada de leche materna para mantener el estado nutricional de un lactante o de un niño.

NOC INDICADORES

Estado materno: puerperio (2511)

- Z6 251101 equilibrio emocional
- Z6 251128 depresión

Mantenimiento de la lactancia materna (1002)

- 2K 100222 percepción del apoyo familiar para la lactancia materna
- 2K 100225 conocimiento de los recursos de apoyo
- 2K 100215 expresión familiar de satisfacción con el proceso de lactancia materna

NIC INTERVENCIONES

Asesoramiento en la lactancia (5244)

- Proporcionar a la madre la oportunidad de dar lactancia, tras el parto cuando sea posible (22).
- Comentar a las madres las estrategias dirigidas a optimizar el aporte de leche como el cuidado canguro, extracción de leche frecuente etc (22).

Cuidados del canguro (del niño prematuro) (6840)

- Explicar las ventajas de proporcionar un contacto con piel para el bebé (22).
- Fomentar la lactancia materna durante los cuidados del canguro si es apropiado (22).

El ingreso de un hijo en la UCIN, también afecta en las necesidades fisiológicas de los padres, sobretodo en el sueño. El descanso de los progenitores es primordial para acudir de forma receptiva a las visitas del recién nacido.

- Deterioro del patrón del sueño r/c apoyo emocional de la madre, interacción del progenitor con el niño, temor, ansiedad m/p insomnio mantenido, desvelo prolongado, despertarse tres o mas veces por la noche.

DXE

(00095) Deterioro del patrón del sueño: Trastorno de la cantidad y calidad del sueño (suspensión de la conciencia periódica, natural) limitado en el tiempo.

NOC INDICADORES

Descanso (00003)

- 1A 000301 tiempo de descanso
- 1A 000304 descansado físicamente
- 1A 000306 consumo de fármacos psicotrópicos

Sueño (00004)

- 1A 000401 horas de sueño
- 1A 000404 calidad del sueño
- 1A 000410 despertar a horas adecuadas

NIC INTERVENCIONES

Fomentar el sueño (1850)

- Comprobar el esquema del sueño del paciente y observar las circunstancias que pueden interrumpir el sueño (14).

Aumentar el afrontamiento (5230)

- Fomentar las actividades sociales y comunitarias (43).

El nacimiento de un hijo prematuro, supone un cambio en la vida de los padres, especialmente para aquellos en los que es su primer hijo. La falta de conocimientos es un aspecto importante a tener en cuenta, ya que debido a esto aumenta su ansiedad.

- Conocimientos deficientes r/c información insuficiente m/p conducta inapropiada.

DXE

(00126) Conocimientos deficientes: carencia de información cognitiva relacionada con un tema específico, o su adquisición.

NOC INDICADORES

Conocimiento: cuidados del recién nacido pretérmino (1840)

- 4S 184002 características del lactante prematuro
- 4S 184016 beneficios del método canguro
- 4S 184016 necesidades nutricionales

Conocimiento: lactancia materna (1800)

- 4S 180016 sustancias que pasan de la madre al niño a través de la leche
- 4S 180003 composición de la leche materna, del proceso de salida de la leche, leche inicial frente a la tardía

NIC INTERVENCIONES

Educación parental: lactante (5568)

- Conocer las necesidades de aprendizaje de la familia (44).
- Informar a los progenitores sobre la situación del bebé (11).

Enseñanza: estimulación del lactante (0-4 meses) (5655)

- Animar a los progenitores a hablarle al bebé (45).
- Alentar a los progenitores a coger, abrazar, dar masajes y tocar al bebé (cuidado canguro) (45).

La llegada de un hijo prematuro, supone preocupación para todo su entorno, suponiendo una disminución de las actividades recreativas y deterioro de las relaciones personales.

- Deterioro de la interacción social r/c nacimiento de bebé prematuro m/p interacción disfuncional con otras personas.

DXE

(00052) Deterioro de la interacción social: cantidad insuficiente o excesiva, o calidad ineficaz del intercambio social.

NOC INDICADORES

Implicación social (1530)

- 3P 150301 interacciona con amigos íntimos
- 3P 150311 participa en actividades de ocio

Habilidades de interacción social (1502)

- 3P 150203 coopera con los demás
- 3P 150211 parece relajado

NIC INTERVENCIONES

Potenciación de la socialización (5100)

- Animar al paciente a desarrollar relaciones (25).
- Fomentar las actividades sociales y comunitarias (26).

Aumentar los sistemas de apoyo (5440)

- Observar la situación familiar y la red de apoyo actual (15).

La admisión de un recién nacido en la UCIN, supone la separación de sus padres. Esto puede provocar una alteración del vínculo afectivo entre los padres y el hijo.

- Riesgo de deterioro de la vinculación entre los padres y el lactante/niño r/c niño prematuro incapaz de iniciar efectivamente el contacto parental debido a una alteración en la organización de la conducta, barreras físicas.

DXE

(00058) Riesgo de deterioro de la vinculación entre los padres y el lactante/niño:

alteración del proceso interactivo entre los padres o persona significativa y el lactante/niño que fomenta el desarrollo de una relación recíproca protectora y formativa.

NOC INDICADORES

Desempeño del rol de padres (2990)

- 4DD 290001 maneja adecuadamente el lactante/niño pequeño
- 4DD 290021 mantiene mecanismos de alerta

Lazos afectivos padres-hijos (1500)

- 3P 150015 responde a las señales del lactante
- 3P 150016 consuelan/ tranquilizan al lactante
- 3P 150005 mantienen al lactante cerca de ellos

NIC INTERVENCIONES

Fomentar el rol parental (8300)

- Fomentar la interacción parental con el niño (39).
- Ayudar a los padres a participar en el cuidado del bebé (39).

Estimulación de la integridad familiar: familia con niño (recién nacido) (7104)

- Escuchar las preocupaciones, sentimientos y preguntas de las familias (15).
- Ayudar a la familia a desarrollar mecanismos de afrontamiento adaptados para tratar la transición a la paternidad (15).

El nacimiento de un bebé prematuro supone muchos cuidados por parte de sus padres, ya que es inmaduro y totalmente dependiente de ellos. Además, estos niños pueden tener secuelas provocadas por la prematuridad, por lo que muchos de ellos requieren cuidados durante largos periodos de tiempo o incluso durante toda la vida.

- Riesgo de cansancio del rol de cuidador r/c características del niño prematuro dependiente.

DXE

(00062) Riesgo de cansancio del rol de cuidador: susceptible de tener dificultades para satisfacer las responsabilidades de cuidados, expectativas y/o comportamientos requeridos por la familia o personas significativas, que puede comprometer la salud.

NOC INDICADORES

Desempeño del rol de padres (2211)

- 6DD 221114 interacciona de forma positiva con el niño
- 6DD 221116 verbaliza cualidades positivas del niño

Conocimiento: cuidados del lactante (1819)

- 4S 181901 características del lactante normal
- 4S 181923 necesidades especiales de cuidados

NIC INTERVENCIONES

Apoyo al cuidador principal (7040)

- Evaluar los conocimientos del cuidador (47).

Intervención en caso de crisis (6160)

- Evitar dar falsas esperanzas (48).
- Proporcionar un ambiente de apoyo (15).

En los padres de un recién nacido prematuro ingresado en la UCIN podemos observar una situación de impotencia, debido a que piensan que no cuidan a su hijo de una forma adecuada.

- Riesgo de baja autoestima situacional r/c sensación de fracaso como madre.

DXE

(00153) Riesgo de baja autoestima situacional: Riesgo de desarrollar una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual (especificar)

NOC INDICADORES

Autoestima (1205)

- 3M 120502 aceptación de las propias limitaciones
- 3M 120519 sentimientos sobre su propia persona

Toma de decisiones (00906)

- 3J 090601 identifica información relevante
- 3J 090602 identifica alternativas

NIC INTERVENCIONES

Potenciación de la autoestima (5400)

- Recompensar el progreso del paciente en la consecución de los objetivos (49).
- Explorar las causas de culpa y autocrítica (20).

Reestructuración cognitiva (4700)

- Ayudar al paciente a identificar las propias interpretaciones equivocadas sobre los factores estresantes percibidos (15).

El dar a luz de forma prematura, supone para la madre una serie de retos que tiene que ir superando día a día, esto puede provocar una sensación de incapacidad para llevarlo a cabo, pensando que es la culpable de determinadas situaciones por las que pasa su bebé.

- Riesgo de proceso de maternidad ineficaz r/c confianza materna baja.

DXE

(00227) Riesgo de proceso de maternidad ineficaz: susceptible de incapacidad para prepararse o mantener un embarazo y proceso de parto saludable, así como los cuidados del recién nacido para asegurar el bienestar.

NOC INDICADORES

Estado materno: puerperio (2511)

- 6Z 251101 equilibrio emocional
- 6Z 251102 confort

Autonomía personal (1614)

- 4Q 161403 muestra independencia en el proceso de la toma de decisiones
- 4Q 161410 afirma las preferencias personales

NIC INTERVENCIONES

Control del estado de ánimo (5330)

- Evaluar el estado de ánimo (48).
- Ayudar en el autocuidado si es necesario (35).

La constante extracción de leche materna cada 3 horas para el mantenimiento de una lactancia eficaz, puede llegar a provocar lesiones en la piel del pezón, lo cual recibe el nombre de "grietas". Es muy frecuente en la LM, siendo importante el uso de una copa adecuada de saca leches.

- Riesgo de deterioro de la integridad tisular r/c extracción de leche materna.

DXE

(00248) Riesgo de deterioro de la integridad tisular: susceptible de padecer una lesión de la membrana mucosa, cornea, sistema tegumentario, fascia muscular, músculo, tendón, hueso, cartílago, capsula articular, ligamento que puede comprometer la salud.

NOC INDICADORES

Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101)

- 2L 110115 lesiones cutáneas
- 2L 110104 hidratación

Hidratación (0602)

- 2G 60201 turgencia cutánea
- 2G 60202 membranas mucosas húmedas

NIC INTERVENCIONES

Vigilar la piel (3590)

- Vigilar el color y temperatura de la piel (50).
- Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel (51).

Cuidados de las heridas (3660)

- Inspeccionar el agarre, la succión y la piel en cada toma (52).
- No lavar el pezón con agua y jabón después de cada toma (24).

5.4. EJECUCIÓN

En la etapa de ejecución se llevarán a cabo las intervenciones planificadas anteriormente para conseguir los objetivos propuestos.

5.5. EVALUACIÓN

La evaluación se realizará de forma continua, permitiendo realizar algún cambio si observamos problemas. Debido a que las estancias de los bebés prematuros en la UCIN son largas, cada semana se evaluará lo avanzado desde la semana anterior mediante la observación por parte del equipo de profesionales enfermeros del comportamiento de los padres.

Se mostrará especial interés en la evaluación de la LM. Esta evaluación se realizará mediante el uso de diferentes escalas:

- La escala LATCH (Latch, audible swallowing, type of nipple, confort, hold): evalúa la ayuda que necesita la madre para amamantar a su hijo (Anexo 5); y
- La MBA (the mother baby assessment tool): evalúa como se desarrolla la habilidad de la madre para reconocer cuando y como amamantar a su hijo (Anexo 7).

Otro tema de evaluación en el post parto son los cambios psicológicos. Pudiendo emplear la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo: una encuesta auto administrada, desarrollada para la detección de síntomas depresivos en mujeres que hayan dado a luz recientemente (Anexo 8).

Cuando los objetivos del plan de cuidados se hayan logrado, se asegurará una continuidad de los cuidados tanto en el hospital, como por parte del equipo de atención primaria una vez que el bebé haya recibido el alta.

6. Conclusiones

Tras la consulta de numerosos artículos y estudios, queda demostrada la importancia que tienen los profesionales sanitarios en el fomento de la lactancia materna como alimentación de los bebés prematuros ingresados en la UCIN. Los profesionales de enfermería, favorecen el buen desarrollo del recién nacido, pero también tienen un papel fundamental en el fomento de las relaciones paternas, mejorando la relación padres-hijo y las relaciones con el equipo sanitario, siendo imprescindible para ello, una comunicación efectiva.

Uno de los problemas que solemos encontrar es inseguridad, desconcierto y miedo en los padres ante el nacimiento de un hijo de forma prematura. Además, las comorbilidades asociadas a la prematuridad en el niño provocan situaciones variables durante el ingreso que sólo pueden ser abarcadas siguiendo un método sistemático y científico de cuidados a través del Proceso Enfermero y el Plan de Cuidados Estandarizado.

Son especialmente importantes los DXE para el abordaje del fomento de la LM y las intervenciones y actividades relativas a los mismos. No obstante, nuestro papel como enfermeros durante esta etapa es igualmente imprescindible; apoyando y atendiendo las dudas y problemas que les surjan a los padres e informando como amamantar y cuidar al bebé tanto durante su ingreso en la UCIN, como después en su domicilio cuando abandonen la unidad.

7. Bibliografía

1. Fernández Medina IM, Granero Molina J, Fernández Sola C, Hernández Padilla JM, Camacho Ávila M, López Rodríguez M del M. Bonding in neonatal intensive care units: Experiences of extremely preterm infants' mothers. *Women and Birth*. 2018;31(4):325–30.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Nacidos Demasiado Pronto. Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros*. 2012.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo e Instituto Nacional de Estadística (INE). *Nacimientos ocurridos en España 2018*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo e INE. 2018.
4. Aguilar Cordero MJ, Sánchez López AM, Mur Villar N, Hermoso Rodríguez E, Latorre García J. Efecto de la nutrición sobre el crecimiento y el neurodesarrollo en el recién nacido prematuro; revisión sistemática. *Nutr Hosp*. 2015;31(2):716-719.
5. Mangili G, Garzoli E. Feeding of preterm infants and fortification of breast milk. *La Pediatr Medica e Chir*. 2017;39(2).
6. Gruszfeld D, Socha P. Early nutrition and health: short and long term outcomes. *World Rev Nutr Diet*. 2013;108:32-9.
7. World Health Organization (WHO), United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). *Baby Friendly Hospital Initiative Revised, Updated and Expanded for Integrated Care Section Background And Implemetation*. Original BFHI Guidelines developed. World Heal Organ. 2009.
8. World Health Organization (WHO). *Infant and young child nutrition. Global Strategy on infant and young child feeding*. 55th World Heal Assem. Geneva: World Health Organization. 2002.
9. Burnham LA, Lopera AM, Mao W, McMahon M, Philipp BL, Parker MG. Outcomes of Implementation of a NICU-Based Late Preterm Infant Feeding Guideline. *Hosp Pediatr*. 2018;8(8):486–93.

10. Arslanoglu S, Moro GE, Bellù R, Turoli D, De Nisi G, Tonetto P, et al. Presence of human milk bank is associated with elevated rate of exclusive breastfeeding in VLBW infants. *J Perinat Med*. 2013;41(2).
11. Alonso Díaz C, Utrera Torres I, de Alba Romero C, Flores Antón B, López Maestro M, Lora Pablos D, et al. Prácticas de alimentación con leche materna en recién nacidos menores de 1.500 g o de menos de 32 semanas. *An Pediatría*. 2016;85(1):26–33.
12. Gianni ML, Roggero P, Amato O, Orsi A, Garbarino F, Garavaglia E, et al. Intervention for promoting breast milk use in neonatal intensive care unit: a pilot study. *J Matern Neonatal Med*. 2014;27(5):475–8.
13. Bertino E, Giuliani F, Baricco M, Di Nicola P, Peila C, Vassia C, et al. Benefits of donor milk in the feeding of preterm infants. *Early Hum Dev*. 2013;89:S3–6.
14. Acuña Muga J, Ureta Velasco N, de la Cruz Bértolo J, Ballesteros López R, Sánchez Martínez R, Miranda Casabona E, et al. Volume of Milk Obtained in Relation to Location and Circumstances of Expression in Mothers of Very Low Birth Weight Infants. *J Hum Lact*. 2014;30(1):41–6.
15. Acosta MF, Cabrera Bravo N. Percepción de padres de hijos prematuros frente a la hospitalización en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal: un estudio de revisión documental. *Unimar*. 2016;34(1):193-199.
16. Aguayo Maldonado J, Romero Escós D. Comité de Lactancia materna de la AEP. Influencia de la atención al parto y al nacimiento sobre la lactancia, con especial atención a las cesáreas. *Evid Pediatr*. 2011;7:2.
17. De Curtis M, Rigo J. The nutrition of preterm infants. *Early Hum Dev*. 2012;88:S5–7.
18. Parker LA, Sullivan S, Krueger C, Kelechi T, Mueller M. Effect of early breast milk expression on milk volume and timing of lactogenesis stage II among mothers of very low birth weight infants: a pilot study. *J Perinatol*. 2012;32(3):205–9.

19. Parker LA, Sullivan S, Krueger C, Mueller M. Association of Timing of Initiation of Breastmilk Expression on Milk Volume and Timing of Lactogenesis Stage II Among Mothers of Very Low-Birth-Weight Infants. *Breastfeed Med.* 2015;10(2):84–91.
20. Spicer K. What Every Nurse Needs to Know about Breast Pumping: Instructing and Supporting Mothers of Premature Infants in the NICU. *Neonatal Netw.* 2001;20(4):35–41.
21. Sweet L. Expressed breast milk as “connection” and its influence on the construction of “motherhood” for mothers of preterm infants: a qualitative study. *Int Breastfeed J.* 2008;3(1):30.
22. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA. 2017.
23. Nieto García JI, González C. Guía de lactancia materna para profesionales de la salud. *Rioja Salud.* 2010.
24. Rigourd V, Nicloux M, Hovanishian S, Giuséppi A, Hachem T, Assaf Z, et al. Consejos para la lactancia materna. *EMC - Pediatría.* 2015;50(2):1–19.
25. Niela Vilén H, Axelin A, Melender HL, Salanterä S. Aiming to be a breastfeeding mother in a neonatal intensive care unit and at home: a thematic analysis of peer-support group discussion in social media. *Matern Child Nutr.* 2015;11(4):712–26.
26. Wheeler B. Human Milk Feeding after NICU Discharge. *Neonatal Netw.* 2009;28(6):381–9.
27. Nyqvist KH, Häggkvist A-P, Hansen MN, Kylberg E, Frandsen AL, Maastrup R, et al. Expansion of the Baby-Friendly Hospital Initiative Ten Steps to Successful Breastfeeding into Neonatal Intensive Care. *J Hum Lact.* 2013;29(3):300–9.
28. Benoit B, Semenic S. Barriers and Facilitators to Implementing the Baby-Friendly Hospital Initiative in Neonatal Intensive Care Units. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2014;43(5):614–24.

29. Parker MGK, Barrero Castellero A, Corwin BK, Kavanagh PL, Belfort MB, Wang CJ. Pasteurized Human Donor Milk Use among US Level 3 Neonatal Intensive Care Units. *J Hum Lact.* 2013;29(3):381–9.
30. Ditzenberger G. Nutritional Support for Premature Infants in the Neonatal Intensive Care Unit. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2014;26(2):181–98.
31. Bhatia J. Human Milk and the Premature Infant. *Ann Nutr Metab.* 2013;62(s3):8–14.
32. Larena Fernández I, Vara Callau M, Royo Pérez D, López Bernués R, Cortés Sierra J, Samper Villagrasa MP. Estudio de los efectos de la implantación de un banco de leche donada en los recién nacidos pretérmino en Aragón. *Enfermería Clínica.* 2015;25(2):57–63.
33. Banco de Sangre y Tejidos de Aragón. Banco de leche de Aragón. Disponible en: <http://www.bancosangrearagon.org/banco-de-leche/https://www.saludinforma.es/portalsi/web/salud/donacion-trasplantes/donacion/donacio-de-leche-materna>.
34. Davanzo R, De Cunto A. Breastfeeding promotion and neonatological practices. *Early Hum Dev.* 2013;89:S20–2.
35. Shattnawi KK. Healthcare Professionals' Attitudes and Practices in Supporting and Promoting the Breastfeeding of Preterm Infants in NICUs. *Adv Neonatal Care.* 2017;17(5):390–9.
36. Herdman TH, Kamitsuru S. NANDA International nursing diagnoses: definitions and classification. 2014.
37. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 2014.
38. Butcher H, Bulechek G, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 2018.
39. Borrero Pachón M del P, Olombrada Valverde AE, Martínez de Alegría MI. Papel de la enfermería en el desarrollo de la lactancia materna en un recién nacido pretérmino. *Enfermería Clínica.* 2010;20(2):119–25.

40. Hoban R, Bigger H, Patel AL, Rossman B, Fogg LF, Meier P. Goals for Human Milk Feeding in Mothers of Very Low Birth Weight Infants: How Do Goals Change and Are They Achieved During the NICU Hospitalization? *Breastfeed Med.* 2015;10(6):305-11.
41. Gallardo Sánchez R. Efectividad de intervenciones educacionales postnatales en la duración de la lactancia materna. *Reduca.* 2012;4(5):174-209.
42. Edna Magaly Gamboa D, Nahyr López B, Esperanza Prada G, Kelly Yanitze Gallo P. Conocimientos, Actitudes y Prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable. *Rev Chil Nutr.* 2008;35(1):43-52.
43. Edwards RA, Colchamiro R, Tolan E, Browne S, Foley M, Jenkins L, et al. Online Continuing Education for Expanding Clinicians' Roles in Breastfeeding Support. *J Hum Lact.* 2015;31(4):582-6.
44. Briere CE, Mcgrath J, Cong X, Cusson R. An integrative review of factors that influence breastfeeding duration for premature infants after NICU hospitalization. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing.* 2014;43(3):81-272.
45. Renfrew M, Craig D, Dyson L, McCormick F, Rice S, King S, et al. Breastfeeding promotion for infants in neonatal units: a systematic review and economic analysis. *Health Technol Assess (Rockv).* 2009;13(40).
46. Castro Menéndez A. Conocimiento y actitudes de los profesionales de la salud en la lactancia materna: traducción, validación y adaptación del cuestionario Child Care Provider's Knowledge and Attitudes regarding support of breastfeeding. *NURE Investig Rev Científica enfermería.* 2018;15(92):4.
47. Garcia CR, Mullany LC, Rahmathullah L, Katz J, Thulasiraj RD, Sheeladevi S, et al. Breastfeeding initiation time and neonatal mortality risk among newborns in South India. *J Perinatol.* 2011;31(6):397-403.
48. Aguayo Maldonado J. Nacer antes de tiempo y antes de lo esperado. *Med Natur.* 2006;10:561-565.

49. Hallowell SG, Rogowski JA, Spatz DL, Hanlon AL, Kenny M, Lake ET. Factors associated with infant feeding of human milk at discharge from neonatal intensive care: Cross-sectional analysis of nurse survey and infant outcomes data. *Int J Nurs Stud.* 2016;53:190–203.
50. Rozas García M. Problemas tempranos en las mamas durante la lactancia. Medidas de prevención y tratamiento. *Matronas profesión.* 2006;7(4):25-27.
51. Miranda Moreno MD, Navio Poussivert C, Rodriguez Villar V. Mastitis en la mujer lactante. *Rev Transm del Conoc Educ y la Salud.* 2014;6(1).
52. Prieto Gómez R, Baeza Weinmann B. Lactancia materna: Prevalencia de grietas y dolor en mujeres que amamantan, región de la araucanía, Temuco, Chile. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2013;64(3):229-233.

8. Anexos

Anexo 1 : Nacimientos por tipo de parto, tiempo de gestación y grupo de edad de la madre.

Nacimientos. Año 2018

Nacimientos ocurridos en España

Nacimientos por tipo de parto, tiempo de gestación y grupo de edad de la madre.

Unidades:

	Todas las edades								
Todos los partos									
Todos los tiempos	372.777								
Menos de 28 semanas	1.003								
De 28 a 31 semanas	2.486								
De 32 a 36 semanas	20.749								

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE)

Anexo 2: Plan de actuación para madres que se extraen leche.



SECCIÓN DE NEONATOLOGÍA
HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET



Plan de actuación para madres que se extraen leche

Esta hoja le servirá para comprobar si todo va bien con la extracción de leche. Si cumple los puntos de la zona **verde**, continúe así. Si hay puntos en **amarillo**, consulte el plan de actuación o pida ayuda. Si hay algo en **rojo**, necesita apoyo inmediato. No dude en consultar.

- Tengo sacaleches
- Sé dónde y cómo realizar la extracción en el hospital
- Sé cómo masajear el pecho antes de la extracción y puedo hacerlo
- Conozco las instrucciones de uso y mantenimiento del sacaleches y las sigo
- Conozco y sigo las medidas de higiene para extraer almacenar y conservar la leche en casa
- Sé cómo transportar la leche hasta el hospital
- No tengo dolor en el pecho antes o durante la extracción
- Vacío bien los pechos en cada extracción
- Estoy cómoda cuando me extraigo la leche
- Me extraigo de 6 a 8 veces al día
- Tomo dieta variada, descanso y tomo yodo
- Sé a quién consultar dudas

Plan de actuación:

- Sigo igual



- No tengo sacaleches
- Me extraigo menos de 6 veces al día
- Solo me extraigo leche en el hospital
- Dudo sobre el manejo del sacaleches
- Tengo dolor en el pecho
- Estoy inquieta por el volumen de leche que me extraigo
- Me siento cansada o preocupada
- Tengo dolor de espalda
- Tomo medicamentos sin consultar
- Tengo dudas
- Mi situación personal no me permitirá seguir las recomendaciones más adelante



Plan de actuación:

- Repaso los pasos de la zona verde y corrijo prácticas poco adecuadas
- Compruebo el funcionamiento del extractor
- Consulto con profesionales sanitarios y/o grupos de ayuda

- No cede el dolor en el pecho
- Tengo lesiones en el pecho
- No puedo extraerme leche
- Ha disminuido la producción de leche
- El extractor no funciona
- Me siento muy cansada y/o estresada
- Tengo problemas de salud
- Estoy pensando en dejar la lactancia



Plan de actuación:

- Busco apoyo. Consulto con profesionales sanitarios y/o grupos de apoyo
- Repaso el método de extracción y corrijo las prácticas poco adecuadas
- Reviso el extractor y las instrucciones

Fuente: Sección de neonatología (Hospital Universitario Miguel Servet).

Anexo 3 : Diez pasos hacia una feliz lactancia natural.

The TEN STEPS to Successful Breastfeeding

1 HOSPITAL POLICIES

Hospitals support mothers to breastfeed by...

- Not promoting infant formula, bottles or teats
- Making breastfeeding care standard practice
- Keeping track of support for breastfeeding

2 STAFF COMPETENCY

Hospitals support mothers to breastfeed by...

- Training staff on supporting mothers to breastfeed
- Assessing health workers' knowledge and skills

3 ANTENATAL CARE

Hospitals support mothers to breastfeed by...

- Discussing the importance of breastfeeding for babies and mothers
- Preparing women in how to feed their baby

4 CARE RIGHT AFTER BIRTH

Hospitals support mothers to breastfeed by...

- Encouraging skin-to-skin contact between mother and baby soon after birth
- Helping mothers to put their baby to the breast right away

5 SUPPORT MOTHERS WITH BREASTFEEDING

Hospitals support mothers to breastfeed by...

- Checking positioning, attachment and suckling
- Giving practical breastfeeding support
- Helping mothers with common breastfeeding problems

6 SUPPLEMENTING

Hospitals support mothers to breastfeed by...

- Giving only breast milk unless there are medical reasons
- Prioritizing donor human milk when a supplement is needed
- Helping mothers who want to formula feed to do so safely

7 ROOMING-IN

Hospitals support mothers to breastfeed by...

- Letting mothers and babies stay together day and night
- Making sure that mothers of sick babies can stay near their baby

8 RESPONSIVE FEEDING

Hospitals support mothers to breastfeed by...

- Helping mothers know when their baby is hungry
- Not limiting breastfeeding times

9 BOTTLES, TEATS AND PACIFIERS

Hospitals support mothers to breastfeed by...

- Counsel mothers on the use and risks of feeding bottles, teats, and pacifiers

10 DISCHARGE

Hospitals support mothers to breastfeed by...

- Referring mothers to community resources for breastfeeding support
- Working with communities to improve breastfeeding support services



World Health Organization



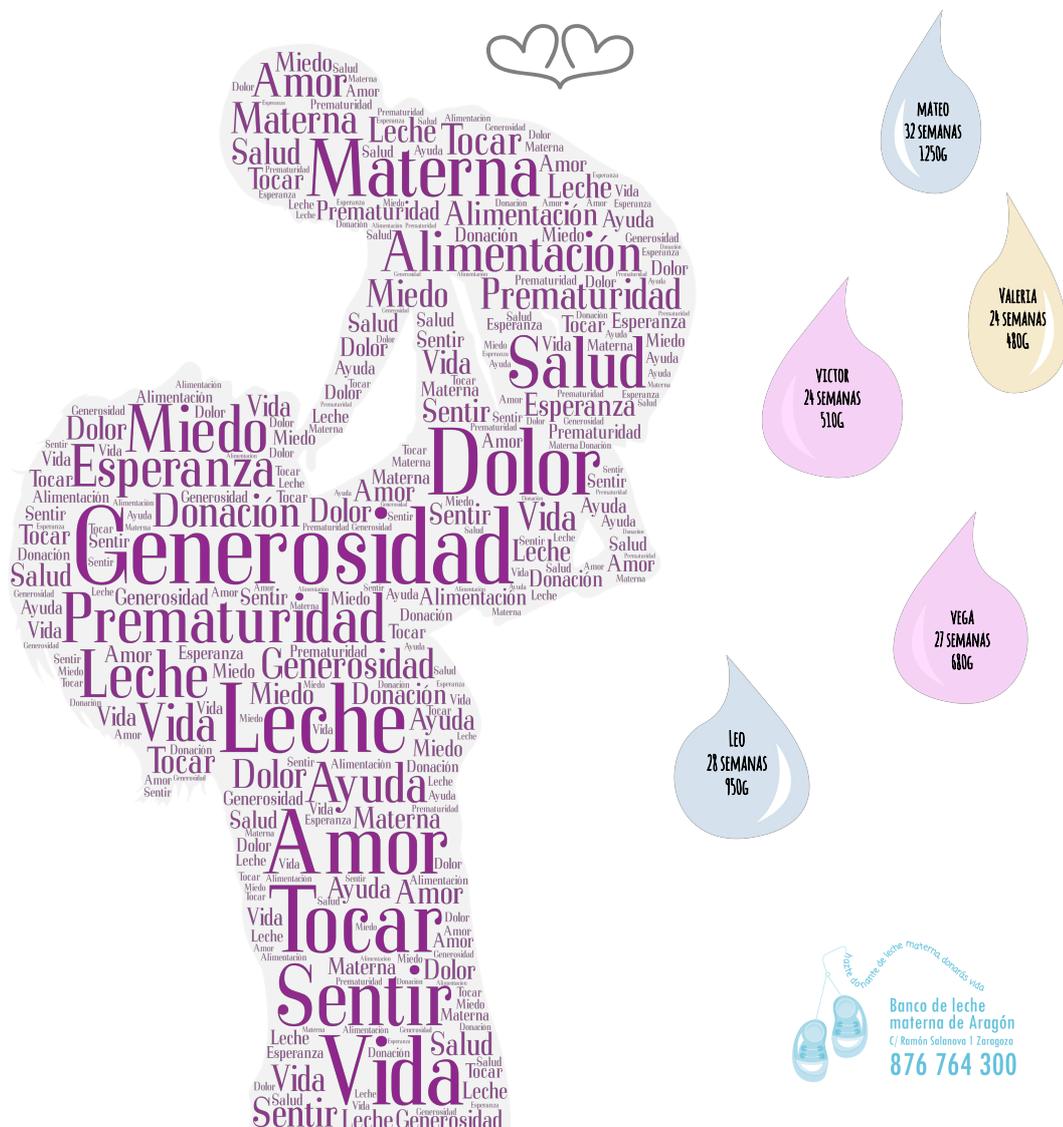
Fuente: OMS, UNICEF.

Anexo 4: El banco de leche en la UCIN.

Gracias



por hacerlo posible



Fuente: Asociación de Prematuros de Aragón

Anexo 5: Valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

RN: azul PADRES: verde	Manifestaciones de independencia	Manifestaciones de dependencia	Datos a considerar
Oxigenación			Realiza pequeñas desaturaciones. Los padres no fuman. Hipertensión gestacional.
Nutrición hidratación	Nutrición e hidratación adecuada.	Lactancia materna inefectiva.	Pesa 800gr. Sonda nasogástrica. Leche de donante fortificada.
Eliminación	Patrón miccional normal. Deposiciones adecuadas.		Micción y defecación espontánea.
Movilización		Movilidad limitada como consecuencia de la cesárea. Reposo excesivo.	Administración de heparina subcutánea tras el parto durante una semana.
Descanso/ sueño		Indican no dormir bien por las noches por la preocupación.	Interrumpen el sueño del bebé para las tomas nocturnas cada 3 horas.
Vestirse/ desvestirse			
Termorregulación			Afebril.
Higiene y integridad de la piel	Buena hidratación de piel y mucosas.	Grietas en los pezones por uso continuo del sacaleches.	

Evitar peligros		Temor al hacer piel con piel con el bebé dado su pequeño tamaño y su vulnerabilidad.	Cambios de humor drásticos que aparecen sobretodo en la madre.
Comunicarse	Cuando les surge una duda lo consultan con el personal sanitario.		El recién nacido indica con su llanto su descontento con algo.
Creencias y valores			
Ocuparse y realizarse	Se observa que les satisface el cuidar a su hijo.	Los padres afirman tener miedo sobre el futuro. Expresan sentimientos de culpa por no poder proporcionarle al bebé todos los cuidados que les gustaría.	
Actividades recreativas		Los padres emplean todo su tiempo en el bebé por lo que hay un déficit de actividades recreativas.	
Aprendizaje	Se observa que están receptivos a toda la información que reciben por el personal sanitario.	Necesitan información acerca del estado y cuidado de su hijo. Existe una falta de conocimientos sobre la lactancia materna, como las posiciones adecuadas, el engancho correcto...	

Fuente: propia.

Anexo 6: criterios de priorización según M^a Teresa Luis Rodrigo.

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

Fuente: Luis MT, Fernández M, Navarro MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Masson.Barcelona.2003.

Anexo 7: escala LATCH (Latch, audible swallowing, type of nipple, confort, hold).



Hospital Universitario
La Paz

Comunidad de Madrid

AUTORES:
C. Vargas, C. Báez, R. Blasco, E. Martín, L. Pozo

LATCH: UNA ESCALA DE EVALUACIÓN DE EFICACIA DE LA LACTANCIA MATERNA

INTRODUCCIÓN

En el año 2007 se inicia en el Hospital La Paz un proceso de validación al castellano de un instrumento de evaluación de la lactancia materna: el LATCH (Jensen,Wallace & Kelsay, 1994 EEUU)

OBJETIVOS

Principal:
Medir la eficacia de la intervención de los profesionales en el proceso de la lactancia materna.

Específicos:

- Transmisión de información entre profesionales
- Identificación y prevención de dificultades y complicaciones
- Predicción de la duración de la lactancia materna
- Herramienta básica de investigación

METODOLOGÍA

La escala LATCH consta de 5 elementos que evalúan a su vez cinco aspectos relevantes para el estudio. Cada uno de estos se puntúa de 0a 2, según sea mas o menos favorable. La suma total puede ser como máximo 10 puntos.

	0	1	2
L. Latch Coger	-Demasiado dormido -No se coge el pecho	-Repetidos intentos de cogerse -Mantiene pezón en la boca -Llega a succionar	-Agarra el pecho -Lengua debajo -Labios que se ajustan -Succión rítmica
A. Audible swallowing. Deglución audible	-Ninguna	-Un poco si se le estimula.	-Espontáneo e intermitente si menor de 24 h. -Espontáneo y frecuente si más de 24 h.
T. Type of Nipple Tipo de pezón	-Invertidos	-Planos	-Evertidos tras estimulación
C. Confort Comodidad, confort (pecho, pezón)	-Ingurgitados. -Grietas -Dolor severo	-Mamas llenas -Pezón lesionado -Dolor: medio/moderado	-Mamas blandas -No dolor
H. Hold (positioning) Mantener colocado al pecho.	-Ayuda total (el personal mantiene al niño colocado al pecho)	-Mínima ayuda -Si se le enseña de un lado la madre le coloca al otro -El personal le coloca y luego la madre sigue.	-No es necesario ayuda I -La madre es capaz de mantener al niño colocado al pecho





RESULTADOS

- La evaluación de la lactancia materna según el LATCH se ha mostrado fiable en todos sus componentes. El ítem de confort(C) muestra algunas limitaciones al incluir en la evaluación diferentes cuestiones.
(Báez, Blasco, Martín, Pozo, Sánchez, Vargas, 2008)

CONCLUSIONES:

Testada la fiabilidad se está trabajando en el diseño de validez para conocer la capacidad predictiva de la escala.
Durante su utilización se ha mostrado como una herramienta de fácil manejo.
De utilidad en el campo de la investigación y la asistencia clínica.

Fuente: Hospital Universitario La Paz (Madrid).

Anexo 8: escala MBA (the mother baby assessment).

Figure 3. Using the MBA Scoring System

Steps/Points	What to Look for/Criteria
#1: Signaling:	
1	Mother watches and listens for baby's cues. She may hold, stroke, rock, talk to baby. She stimulates baby if he is sleepy, calms baby if he is fussy.
1	Baby gives readiness cues; stirring, alertness, rooting, sucking, hand-to-mouth, vocal cues, cry.
#2: Positioning	
1	Mother holds baby in good alignment within latch-on range of nipple. Baby's body is slightly flexed, entire ventral surface facing mother's body. Baby's head and shoulders are supported.
1	Baby roots well at breast, opens mouth wide, tongue cupped and covering lower gum.
#3: Fixing	
1	Mother holds her breast to assist baby as needed, brings baby in close when his mouth is wide open. She may express drops of milk.
1	Baby latches on, takes all of nipple and about 2 cm (1 inch) of areola into mouth, then suckles, demonstrating a recurrent burst-pause sucking pattern.
#4: Milk Transfer	
1	Mother reports feeling any of the following: thirst, uterine cramps, increased lochia, breast ache or tingling, relaxation, sleepiness. Milk leaks from opposite breast.
1	Baby swallows audibly; milk is observed in baby's mouth; baby may spit up milk when burping. Rapid "call-up sucking" rate (two sucks/second) changes to "nutritive sucking" rate of about 1 suck/second.
#5: Ending	
1	Mother's breasts are comfortable; she lets baby suckle until he is finished. After nursing, her breasts feel softer; she has no lumps, engorgement, or nipple soreness.
1	Baby releases breast spontaneously, appears satiated. Baby does not root when stimulated. Baby's face, arms, and hands are relaxed; baby may fall asleep.

10

This is an assessment method for rating the progress of a mother and baby who are *learning* to breastfeed.

For every step, each person—both mother and baby—should receive a "+" before either one can be scored on the following step. If the observer does not observe any of the designated indicators, score "0" for that person on that step.

If help is needed at any step for either the mother or the baby, check "Help" for that step. This notation will not change the total score for mother and baby.

Fuente: Mulford C. The mother-baby Assessment (MBA): An "apgar score" for breastfeeding. J Hum Lact. 1992 Jun;8(2):79–82.

Anexo 9: Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo.

Tabla II
ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA ESCALA DE EDIMBURGO POR ÍTEMS EN PRIMIGESTAS Y MULTÍPARAS

Escala de Edimburgo	Contenido requerido del ítem	Primigestas X ± DE	Multíparas X ± DE	Primigestas Distribución porcentual del ítem (%)				Multíparas Distribución porcentual del ítem (%)			
				0	1	2	3	0	1	2	3
Disforia	1.- He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas.	0,2 ± 0,3	0,08 ± 0,3	82	18	0	0	92	8	0	0
	2.- He disfrutado mirar hacia adelante.	0,1 ± 0,5	0,04 ± 0,2	94	0	6	0	96	4	0	0
	7.- Me siento tan desdichada que he tenido dificultades para dormir.	2,7 ± 1,0	2,4 ± 0,9	10	10	0	80	0	26	6	68
	8.- Me siento triste o desgraciada.	2,3 ± 1,0	2,3 ± 0,8	6	16	18	60	4	12	36	48
	9.- Me he sentido tan desdichada que he estado llorando.	2,5 ± 0,6	2,1 ± 0,9	0	10	22	68	8	8	44	40
Ansiedad	4.- He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo.	1,18 ± 1,0	1,1 ± 1,0	40	6	50	4	44	0	56	0
	5.- He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo.	2,4 ± 0,9	2,28 ± 1,0	4	18	6	72	4	28	4	64
Sentimiento de culpa	3.- Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mi misma innecesariamente.	1,7 ± 1,1	1,7 ± 0,9	10	50	0	40	0	66	0	34
Dificultad de concentración	6.- Las cosas me han estado abrumando.	1,5 ± 0,9	1,5 ± 0,8	10	44	26	20	4	52	30	14
Idea de suicidio	10.- Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño.	2,6 ± 0,6	2,8 ± 0,7	0	10	4	86	4	4	0	92

X ± DE: Promedio ± Desvío Estándar

Fuente: José Urdaneta M, Ana Rivera S, José Garcia I, Mery Guerra V, Nasser Baabel Z, Alfi Contreras B. Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de edimburgo. Chil Obstet Ginecol. 2010.