

Protocolo de Ingreso del Recién Nacido Pretérmino/ Término en la Unidad de Neonatos

Servicio: Neonatos

Fecha de entrega: 29/1/2016

Destinatario: Personal de enfermería

Reg: PCE PT 103

CONTROL DE MODIFICACIONES		
DESCRIPCION	Nº Versión	Fecha Edición
Creación: Irene Alvaro García	1	Enero 2012
M ^a Carmen Moreno Castillo	2	Diciembre 2014
Miriam Del Rincón Estremera		
Josefa López Pascual		
María Olga del Mar Vázquez Fernández	3	Octubre 2015

Revisado: Supervisor de Bloque materno-infantil Fecha: Octubre 2015 Firma	Aprobado: Dirección de Enfermería Fecha: Enero 2016 Firma
--	---

INTRODUCCIÓN

El ingreso del recién nacido en la unidad es uno de los momentos de mayor importancia en cuanto a la información que reciben los padres/tutores, la calidad de los cuidados enfermeros y el manejo del estrés que conlleva el ingreso en sí.

Los niños que ingresan en nuestro servicio en su mayoría corresponden a niños Pretérmino entre las semanas 32 / 36 de gestación, lo que se conoce como Prematuros Tardíos.

Los últimos estudios y consensos de las sociedades científicas de neonatología, coinciden en destacar que estos prematuros presentan un elevado riesgo de complicaciones tardías relacionadas con su desarrollo neurológico fundamentalmente en el área del aprendizaje; así como refieren que son los grandes olvidados de los servicios de neonatología, ya que, aparentan un niño a término pero presentan una inmadurez que dificultará su adaptación al medio, poniendo en riesgo la instauración efectiva del vínculo materno/filial; así como una instauración eficaz de la lactancia.

El papel de los cuidados de enfermería en los Prematuros Tardíos, cobra una relevancia especial, por ello, nuestro equipo de enfermería ha desarrollado un protocolo en el que se define:

- La valoración de enfermería a realizar en el momento del ingreso.
- La información que deberíamos dar a los padres.
- El desarrollo adecuado de las técnicas de enfermería bajo el criterio de Mínima Manipulación y Cuidados Centrados en el Desarrollo.

OBJETIVOS

- Definir la valoración de enfermería utilizando como esquema los patrones funcionales de Gordon.
- Establecer y consensuar la información que recibirán los padres a su llegada a la unidad.
- Definir los criterios de Mínima Manipulación en las técnicas de enfermería a realizar en el ingreso.
- Establecer los cuidados de enfermería en el Prematuro Tardío con criterios de Cuidados Centrados en el Desarrollo.

RECURSOS HUMANOS

Equipo de Enfermería de la Unidad de Neonatos.

RECURSOS MATERIALES

Variarán en función de las técnicas a realizar, siendo comunes en todos los casos:

- Hoja de información de Normas de la Unidad.

- Cuna / Incubadora.
- Pañales adecuados para el peso del RN.
- Manguito TA.
- Funda termómetro.
- Gasas no estériles.
- Paños de celulosa.
- Peso.
- Cinta métrica.

PROCEDIMIENTOS

La valoración al ingreso incluye: exploración física y los patrones funcionales de Gordon.

Exploración física:

Antes de colocar al RN en la incubadora o cuna, y si la situación lo permite:

- Peso.
- Talla.
- Perímetro cefálico.

Evitaremos las manipulaciones bruscas, los ruidos excesivos y las luces demasiado potentes.

Colocamos al RN lo antes posible dentro de la incubadora para evitar que baje su temperatura corporal.

A continuación colocamos el sensor de pulsioximetría y demás electrodos, si procede.

Hacemos una valoración más exhaustiva centrándonos en los siguientes aspectos:

- Respiración: presencia de polipnea, tiraje, aleteo nasal... (Test de Silverman), saturación de oxígeno. ANEXO 1.
- Coloración: rosado, cianótico, pletórico, pálido...
- Perfusión: cutis marmorata, relleno capilar,...
- Hidratación de piel y mucosas.
- Tono: normal, hipertónico o hipotónico.
- Postura: estirado o en flexión.
- Respuesta a estímulos.
- Llanto: ausente, agudo, continuo,...
- Aspecto del cordón.

Toma de constantes:

- Frecuencia respiratoria.
- Frecuencia cardiaca y tensión arterial.
- Temperatura axilar (anotando temperatura de la incubadora y humedad).
- Saturación de oxígeno.

Dejaremos que el niño se adapte al nuevo medio siempre que su estado lo permita y después realizaremos extracción sanguínea, canalización o cualquier técnica que precise dejándole al finalizar colocado en posición confortable.

Finalmente, colocaremos un cobertor sobre la incubadora como método de aislamiento frente ruido y exceso de luz (ANEXO 3) y no volveremos a manipularle hasta la próxima tanda de cuidados.

Información a los padres:

Valoramos el grado de receptividad y el nivel de estrés de los padres, y les damos solo aquella información que pensamos van a poder asimilar en ese momento, y el resto la aplazamos para el momento más adecuado.

- Presentarnos.
- Explicar las normas de la Unidad y entregar la Hoja Informativa.
- Insistir en el hecho de que nuestra Unidad tiene política de “puertas abiertas”, fomenta la lactancia materna y apoya la participación de los padres en los cuidados del bebé.
- Invitar a preguntar en caso de dudas en ese o cualquier momento.

Patrón sueño-descanso:

Es fundamental favorecer el descanso del bebé para un buen desarrollo.

- Agrupar los cuidados médicos y de enfermería para llevar a cabo una mínima manipulación del recién nacido.
- Evitar hacer ruido cerca de la incubadora, así como conversaciones en voz alta dentro de la Unidad.
- Extremar el cuidado al abrir y cerrar las puertas laterales y cajonera inferior de la incubadora (el cuerpo de la incubadora hace de caja de resonancia y el bebé oye todos los ruidos amplificados).
- Utilizar luces de baja intensidad ya que el recién nacido tolera mal el exceso de luz. Usar cobertores para la incubadora.
- Colocar al neonato en decúbito prono o lateral, con los miembros flexionados, con la ayuda de un nido confeccionado con una toalla o saquito hecho con una sábana.
- Intentar que el despertar sea espontáneo, pero en el caso de que sea necesario despertar al bebé, hacerlo apaciblemente, tocándolo y hablando suavemente. Asimismo, nos aseguraremos de que nuestras manos estén calientes y limpias.
- Valorar el tiempo de sueño entre tomas.

Patrón cognitivo:

- Detectar en el neonato signos que denoten dolor: llanto, muecas, ciertas posturas, irritabilidad, aumento en su frecuencia cardiaca,...
- Detectar en los padres o familia problemas con el idioma o cualquier otro tipo de barrera que interfiera en la comunicación (cultura, raza...).

Patrón de tolerancia al estrés:

-Fomentar el vínculo madre-hijo:

- Unidad de puertas abiertas las 24 h del día, explicando a los padres, que cuanto más tiempo pasen con su hijo, mayor será el vínculo afectivo que les una.
- Favorecer el contacto piel con piel frecuente y prolongado (mínimo 1 hora), mejor si es con la madre porque favorece la subida de la leche, pero también es beneficioso si es con el padre.
- Valorar el grado de satisfacción de la madre en relación a la lactancia y los posibles problemas y dudas: dolor (grietas). Ansiedad por no controlar la cantidad aportada o ingerida, cansancio y falta de sueño por la total dependencia del bebé hacia su madre...
- Recordar a los padres que el personal de enfermería está a su disposición para ayudar a resolver cualquier duda o problema que se les plantee respecto al cuidado de su hijo.

-Valorar mediante la escala del dolor signos y síntomas de dolor.

-Registrar y agrupar técnicas y manipulaciones.

-Registrar presencia y/ausencia de los padres.

OBSERVACIONES

ANEXO 1: TEST DE SILVERMAN:

SIGNOS	2	1	0
Quejido expiratorio	Audible sin fonendo	Audible con el fonendo	Ausente
Respiración nasal	Aleteo	Dilatación	Ausente
Retracción costal	Marcada	Débil	Ausente
Retracción esternal	Hundimiento del cuerpo	Hundimiento de la punta	Ausente
Concordancia toracoabdominal	Discordancia	Hundimiento de tórax y el abdomen	Expansión de ambos en la inspiración

ANEXO 2: CUIDADOS DE LA PIEL:

En los grandes prematuros, el estrato córneo está poco desarrollado, lo que facilita la pérdida de calor, de agua y de protección frente a toxinas y agentes infecciosos.

Existe además edema en la dermis, por lo que se reduce el flujo de sangre, pudiendo ocasionar una necrosis por presión.

Hay menor número de fibras que conectan dermis y epidermis, la grasa del tejido conectivo está casi ausente.

El Ph de la piel al nacimiento es de 6.34, durante los 4 primeros días disminuye a 4.95. Este manto ácido protege frente a microorganismos.

Aproximadamente a las dos semanas de vida, la función protectora de la piel es parecida a los recién nacidos a término.

ANEXO 3: PROTECCIÓN FRENTE A LUZ Y RUIDO:

REDUCCIÓN DE LA LUZ:

Los RNPT permanecen en Unidades Neonatales que están continuamente iluminadas.

Distintas investigaciones llegan al consenso acerca del efecto de la pérdida de ciclos de luz diurna y luz artificial en los estados de sueño de los neonatos.

Aunque existe evidencia de que los ciclos de sueño-vigilia son interrumpidos durante las 24 horas del día en los prematuros, los efectos a largo plazo de los resultados sobre el desarrollo no están completamente establecidos.

En un estudio de Mann y cols. se reportó que los recién nacidos prematuros que experimentan intensidades reducidas de luz y de ruido entre las 7 PM y las 7 AM, ganaron más peso, tuvieron sueño reparador y lograron anticipar la alimentación por pecho en comparación con aquellos prematuros que permanecieron con luz continua las 24 horas del día. Estos hallazgos nos sugieren que en las Unidades de Neonatología debieran establecerse niveles de luz día-noche para promover un medio ambiente que favorezca el desarrollo de los prematuros, ya que ellos podrían estresarse con los niveles de luz.

Se puede concluir que en las Unidades de Neonatología existe la necesidad de medir el nivel de luz necesario para apoyar y mejorar el ritmo biológico individual del neonato, y que permita además poder realizar los procedimientos médicos inherentes a su cuidado.

Algunas de las intervenciones posibles de realizar son las siguientes:

- Utilizar cobertores sobre las incubadoras
- Situar a los pacientes más estables en áreas donde sea posible establecer ciclos de luz día-noche
- Instaurar en la unidad períodos de luz tenue
- Utilizar iluminación individualizada para la ejecución de los procedimientos terapéuticos
- Utilizar protección visual en prematuros en fototerapia.

Los neonatos más maduros y estables son capaces de tolerar mayor estimulación visual. Ellos pueden ser capaces de explorar visualmente juguetes o móviles ubicados dentro de su campo visual. La interacción cara a cara durante el amamantamiento o el estado de alerta del recién nacido pueden ser apropiados para la estimulación visual.

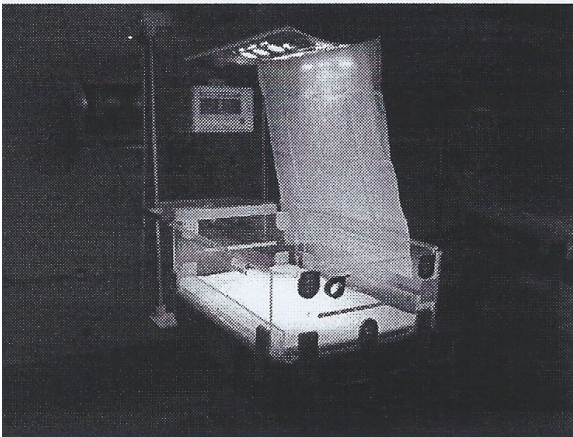
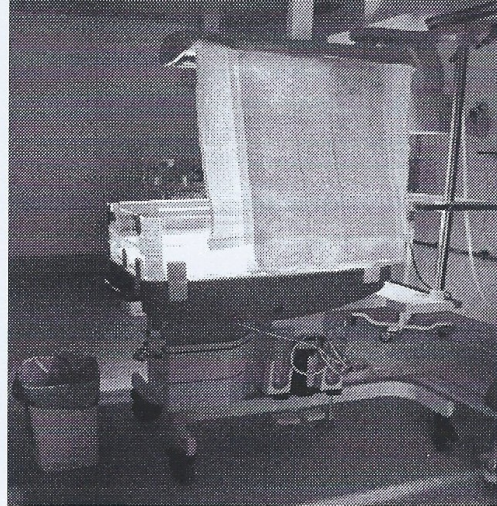
MODULACIÓN DEL RUIDO:

Los RNPT en las Unidades Neonatales están continuamente expuestos a estimulación auditiva por periodos prolongados. Por este motivo, es necesario establecer rutinas de intervención que modifiquen los niveles del ruido.

El nivel de ruido puede ser reducido significativamente a través de acciones individuales, o también a través de cambios globales o sistémicos.

Algunos ruidos innecesarios pueden ser eliminados a través de las siguientes intervenciones:

- Disminuir la intensidad de la alarma de los monitores y teléfonos
- Limitar las conversaciones cercanas al neonato
- Responder rápidamente a apagar las alarmas
- Apagar radios en la unidad
- Situar a los pacientes más lábiles lejos de las áreas de alto tráfico
- Poner avisos cerca del neonato, como por ejemplo: “¡Tranquilo!, estoy durmiendo.”



Otros autores se han interesado en la frecuencia del sonido, sugiriendo que el uso de sonidos suaves y repetitivos facilitan el desarrollo del recién nacido prematuro, pero deben ser utilizados sólo en condiciones de estabilidad fisiológica.

La estimulación intermitente, como por ejemplo las cajas musicales o grabaciones de las voces de sus padres, podrían utilizarse solamente después de valorar la habilidad del neonato para tolerar estos sonidos. Si el recién nacido muestra signos de estrés o inestabilidad fisiológica, la estimulación debiera suspenderse.

Patrón Nutricional

- Preguntar a los padres el tipo de alimentación que desean dar a su bebé
- (Lactancia materna o Lactancia artificial).
- Si ingresa procedente de maternidad o urgencias pediátricas preguntar por
- hábitos alimenticios y si ha observado algún cambio previo al ingreso
- (frecuencia de tomas, tiempo de enganche, cantidad ingerida...)
- Entrevista sobre conocimientos previos, dudas e inquietudes. Intentar
- resolverlas razonándolo.
- Reforzar sus conocimientos si fuera necesario, recordándoles siempre que
- estamos a su disposición.
- Observar al menos una toma por turno.
- Enseñar a los padres los distintos métodos para expulsar gases.
- Enseñar a los padres a realizar masaje abdominal para ayudar al bebé a
- expulsar gases y realizar deposición (técnicas, momento correcto de la
- realización...)

Patrón eliminación

- Preguntar a los padres si vienen urgencias pediátricas o maternidad las
- características y cuando realizó la última micción/deposición.
- Preguntar el patrón previo de eliminación (frecuencia diaria) y si ha
- modificado el patrón últimamente.
- Si el bebé viene procedente de paritorio confirmar si ya ha expulsado
- meconio o ha realizado su primera micción.
- Observamos genitales.

Sondas y catéteres

- Informar si es posible previamente a los padres.
- Realiza el procedimiento siguiendo la guía de técnicas de la unidad.
- Registrar en la gráfica día, localización y catéter utilizado.
- Si trae VVP previa comprobar permeabilidad y fijación.
- Revisión vía periférica, silástico...según protocolo.

REVISIÓN Y EVALUACIÓN:

Se realizará anualmente con la finalidad de tener el protocolo actualizado en base a la evidencia científica. El personal de enfermería de la unidad, será el encargado de la revisión, o en su defecto, la comisión que nuestra supervisión de enfermería designe a tal efecto.

BIBLIOGRAFIA

Crespo, Carmen: “Cuidados de enfermería en neonatología”. Ed. Síntesis, Madrid 2000.

<http://www.eccpn.aibarra.org/>

De Guardia en Neonatología”. Manuel Moro, Máximo Vento. Sociedad Española de Neonatología. 2ª edición. Ergón 2008.