



PO-NEO-7.2

DIAGNÓSTICO, PLANIFICACIÓN DE TRATAMIENTO Y CUIDADOS Y SEGUIMIENTO EVOLUTIVO



INDICE DE CONTENIDOS

- 1 OBJETO
- 2 ÁMBITO DE APLICACIÓN
- 3 DEFINICIONES
- 4 RESPONSABILIDADES
- 5 DESARROLLO
- 6 REGISTROS

CONTROL DE MODIFICACIONES		
Nº EDICIÓN	APARTADOS MODIFICADOS	FECHA DE APROBACIÓN
0		30/06/2016



1. OBJETO

El procedimiento tiene por objeto definir la sistemática de actuación desarrollada en la Unidad de Neonatología para el diagnóstico de pacientes ingresados en base a su valoración clínica, la planificación del tratamiento y cuidados a aplicar y el seguimiento evolutivo de los de los pacientes durante su ingreso en la Unidad.

2. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Este procedimiento es de aplicación en la Unidad de Neonatología de la Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela.

3. DEFINICIONES

Este apartado no aplica en este procedimiento.

4. RESPONSABILIDADES

FEAs Neonatología:

- Valoración clínica y diagnóstico
- Indicación de exploraciones diagnósticas/ procedimientos terapéuticos
- Indicación de plan de tratamiento
- Aplicación de técnicas diagnósticas y/o terapéuticas
- Seguimiento de evolución clínica y revisión de plan de tratamiento
- Información a familiares

Personal de Enfermería - DUEs/TCAEs:

- Monitorización, seguimiento y cuidados de los pacientes durante el ingreso
- Administración de tratamiento y cuidados
- Aplicación de técnicas diagnósticas y/o terapéuticas
- Seguimiento evolutivo

5. DESARROLLO

5.1. VALORACIÓN CLÍNICA DE PACIENTES AL INGRESO

La valoración clínica de los pacientes a su ingreso en la Unidad comprende principalmente los siguientes aspectos básicos:

- a. Medidas antropométricas (peso, longitud, perímetro craneal)
- b. Exploración física y neurológica
- c. Monitorización de signos vitales:
 - Toma de constantes vitales básicas (frecuencia cardíaca –FC-, frecuencia respiratoria –FR-; temperatura -T^a-; presión arterial –PA-)
 - Pulsioximetría (saturación de oxígeno -SatO₂-)
 - Monitorización completa
- d. Valoración de normotermia:
 - Incubadora: ≤ 1800 gr. y/o ≤ 32 semanas y/o prematuro que requiere monitorización completa
 - Cuna térmica: niños de UCIN o que requieren monitorización completa
 - Cuna

Esta valoración se complementa con los resultados de las determinaciones analíticas y exploraciones diagnósticas solicitadas.

5.2. Diagnóstico y plan de tratamiento

El facultativo determina el diagnóstico del paciente en base a la valoración clínica efectuada y los resultados de las exploraciones diagnósticas practicadas, y establece el plan de tratamiento adecuado según el estado clínico y las patologías presentadas en cada caso.

La planificación de tratamiento indica en todo caso los siguientes aspectos:

- Prescripción de medicación
- Pauta de nutrición, favoreciendo la instauración precoz de la lactancia materna en consonancia con la **Política de Lactancia Materna** de la Xerencia.
- Indicación de exploraciones diagnósticas para seguimiento evolutivo
- Pautas de tratamiento y cuidado específicas aplicables

Cabe señalar que, en los casos de pacientes procedentes directamente de Partos, es debe comprobarse al ingreso en la Unidad la administración de la profilaxis de enfermedad hemorrágica del RN (vitamina K) y profilaxis de conjuntivitis neonatal (Oftalmia Neonatorum), y proceder a su administración en la Unidad de no haberse realizado previamente, según los protocolos específicos aplicables.

La valoración clínica, diagnóstico y tratamiento indicado son registrados en la Hª Clínica del paciente.

5.3. TRATAMIENTO Y CUIDADOS GENERALES DEL NEONATO

El plan de tratamiento es aplicado por el equipo asistencial de la Unidad en sus respectivos ámbitos de responsabilidad durante el período de ingreso de los pacientes en la Unidad.

Los procedimientos y técnicas asistenciales practicadas para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento evolutivo de los pacientes se realizan según las pautas establecidas en los protocolos específicos aplicables, con observancia de las pautas de seguridad e higiene aplicables y acordes a la evidencia científica disponible.

Los cuidados generales del neonato se centran en los siguientes aspectos:

I. Cuidados generales e higiene diaria del RN

II. Cuidados centrados en el desarrollo

Los cuidados centrados en el desarrollo aplicados al manejo de los neonatos hospitalizados tienen por finalidad mejorar el desarrollo neurológico del neonato y favorecer el establecimiento del vínculo afectivo con la familia, principalmente los padres.

Se articula mediante la implantación de medidas de cuidados que se han mostrado efectivas para estos objetivos:

- Promover la **interacción de los neonatos con los padres**:
 - Incorporación de la familia a sus cuidados durante el ingreso
 - Aplicación del contacto piel con piel y el método canguro en su manejo siempre que sea posible (el método canguro se recomienda para todos los niños estables mayores de 28 semanas o con peso al nacer ≥ 600 gr.)
- Controlar y mantener el **posicionamiento** adecuado para el desarrollo neonatal: posición en flexión, con apoyos de las extremidades adecuadas facilitando el encuentro con la línea media.
- Mantener las **condiciones ambientales adecuadas** para la atenuación de estímulos externos como la luz y el ruido, proporcionando un ambiente silencioso y con baja intensidad lumínica.
 - Los niveles de ruido recomendables son < 45 dB (10-55 dB) y un máximo de 65- 70 dB de forma transitoria.
 - Los niveles recomendables de iluminación en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales en las que haya grandes prematuros se establecen entre 1-60 lux en la cuna o incubadora. Los prematuros menores de 30 semanas deberían estar expuestos a < 20 lux.
 - Los neonatos prematuros no deben ser expuestos a luz directa. En los procedimientos o manipulaciones en las que se precisa alta intensidad lumínica deben cubrirse los ojos del paciente.

- La exposición a la luz debe individualizarse según la madurez y estabilidad de cada paciente, con la aplicación de diferentes medidas para reducir individualmente la intensidad lumínica aconsejable, como la colocación de mantas cubriendo las incubadoras.
- Aplicar las medidas adecuadas para la **prevención y control del dolor** y disminución del estrés e inestabilidad clínica asociados.

III. Valoración y tratamiento del dolor

El dolor se asocia con alteraciones fisiológicas, del comportamiento, bioquímicas y psicológicas en los pacientes neonatos. Se ha constatado que la exposición temprana repetida y prolongada al dolor puede conllevar cambios permanentes en el procesamiento del dolor y en el neurodesarrollo, que pueden ser causa de alteraciones futuras en el desarrollo cognitivo y de aprendizaje en los pacientes neonatos, así como de hipersensibilidad al dolor.

El dolor agudo puede originar en el momento inmediato inestabilidad y empeoramiento clínico de los pacientes neonatos, debido a los cambios producidos en la frecuencia cardíaca y respiratoria, la tensión arterial e intracraneal, la saturación de oxígeno y las complicaciones derivadas de la respuesta endocrina y otras como la hemorragia intraventricular, generando un aumento de la morbimortalidad.

Para prevenir estos efectos y realizar un adecuado control del dolor, debe efectuarse valoración del dolor en los neonatos, para identificar y monitorizar la intensidad del dolor en los pacientes (particularmente en el caso de realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos invasivos) y la indicación de las medidas de control del dolor apropiadas.

Entre las múltiples escalas aplicables para la valoración del dolor, es recomendada la escala PIPP, particularmente para su uso ante la realización de técnicas invasivas.

Tabla 3. Escala PIPP.

PIPP (Premature Infant Pain Profile, Stevens 1996)				
Indicador (tiempo de observación)	0	1	2	3
Gestación	≥ 36 semanas	32 a < 36	28 a < 32	≤ 28 semanas
Comportamiento *(15 seg)	Despierto y activo ojos abiertos con movimientos faciales	Despierto e inactivo ojos abiertos sin movimientos faciales	Dormido y activo ojos cerrados con movimientos faciales	Dormido e inactivo ojos cerrados sin movimientos faciales
Aumento de FC #(30 seg)	0 – 4 lpm	5 – 14 lpm	15 – 24 lpm	≥ 25 lpm
Disminución Sat O ₂ #(30 seg)	0 – 2,4%	2,5 – 4,9%	5 – 7,4%	≥ 7,5%
Entrecejo fruncido #(30 seg)	0 – 3 seg	3 – 12 seg	> 12 – 21 seg	> 21 seg
Ojos apretados #(30 seg)	0 – 3 seg	3 – 12 seg	> 12 – 21 seg	> 21 seg
Surco nasolabial #(30 seg)	0 – 3 seg	3 – 12 seg	> 12 – 21 seg	> 21 seg

* Comparar comportamiento basal y 15 segundos después del procedimiento doloroso
Comparar situación basal y 30 segundos después del procedimiento doloroso

Interpretación: dolor leve o no dolor dolor moderado dolor intenso

En cuanto a las medidas aplicables de control del dolor, las medidas no farmacológicas están indicadas, principalmente, en el caso de dolor de intensidad baja- media, y el tratamiento farmacológico está indicado en caso de dolor más intenso.

Medidas no farmacológicas de prevención y control del dolor

Medidas ambientales y organizativas

- Mantener ambiente silencioso y con baja intensidad lumínica
- Limitar los procedimientos dolorosos practicados a aquellos imprescindibles
- Agrupar las manipulaciones del neonato y la realización de técnicas invasivas susceptibles de causar dolor
- Realizar la manipulación física de forma lenta y suave, iniciar el contacto con caricias y tocar con las manos tibias
- Respetar el descanso de los pacientes y sus ciclos de sueño/ vigilia
- Planificar el tipo de analgesia a aplicar antes de la realización de procedimientos dolorosos

Medidas posturales

- Facilitar el contacto con los padres y la aplicación del método canguro durante el procedimiento siempre que sea posible
- Mantener al paciente en posición de flexión con las extremidades próximas al tronco y hacia la línea media

Succión no nutritiva

- Facilitar la succión de una tetina antes y durante el procedimiento. Esta medida logra mayor reducción del dolor si es aplicada conjuntamente con la administración de sacarosa

Lactancia materna

- Amamantamiento antes y durante el procedimiento.
Permite la combinación de distintas medidas que provocan la disminución del llanto y la expresión dolorosa y tiene similar efecto que la sacarosa en la reducción del dolor, según estudios realizados en recién nacidos: contacto piel con piel, presencia reconfortante de la madre, distracción de la atención, dulzura de la leche materna.

Administración de sacarosa

- Es la medida no farmacológica de control del dolor más estudiada en neonatología.
- La dosis recomendada es 0,2- 0,5 ml de sacarosa al 20% por vía oral o sonda nasogástrica 2 minutos antes del procedimiento doloroso (punción de talón, venopunciones y otros).

El tratamiento farmacológico es prescrito de modo individualizado, en base a los protocolos específicos de tratamiento de la Unidad.

IV. Cuidado nutricional

Como norma general está indicada la nutrición de los neonatos enfermos con leche materna, salvo contraindicación médica o desacuerdo de los padres. En este sentido, se promueve la lactancia materna de los pacientes de la Unidad mediante la información proporcionada a los padres sobre las opciones de



alimentación de los neonatos y el asesoramiento respecto al tipo de nutrición idónea para cada paciente, aplicándose igualmente estrategias de transición entre la lactancia planificada y la lactancia a demanda en los casos en que la lactancia materna no pueda ser instaurada desde el inicio, con el objetivo de lograr la lactancia materna exclusiva.

En los casos en que no se disponga de leche materna, el centro cuenta con un Banco de leche en el que se cuenta con leche humana donada por otras madres, obtenida y conservada en las condiciones de seguridad aplicables para su administración segura a los neonatos.

En caso de administración de nutrición artificial, se realizará según la indicación médica.

V. Administración de tratamiento farmacológico

- Administración de medicación pautada, según prescripción médica e indicaciones de los protocolos farmacológicos específicos:
 - Comprobación de identificación del paciente y correlación paciente/medicación según pauta de tratamiento establecida
 - Comprobar interacciones medicamentosas
 - Verificación de aspectos críticos relacionados con la medicación:
 - Dosificación
 - Dilución
 - Estabilidad
 - Vía/ medio indicado para administración (perfusión, bolo...)
 - Tiempo de almacenamiento y condiciones de conservación y/o manipulación

Todas las actuaciones asistenciales realizadas durante el proceso de ingreso son registradas en la Hª Clínica y/o registros de Enfermería de la Unidad.

5.4. SEGUIMIENTO EVOLUTIVO DE PACIENTES INGRESADOS

El seguimiento de pacientes es efectuado por el equipo asistencial de la Unidad, atendiendo al plan individualizado de tratamiento de cada paciente.

Con carácter general, se ajusta a los siguientes criterios:

- Control de constantes vitales y registro en gráfica (PA, Tª, FC, FR, dolor, saturación de oxígeno si precisa)
- Valoración somatométrica



En el pase de visita diario médico- enfermera se realiza la valoración de la evolución clínica de los pacientes:

- Exploración física del RN
 - Comprobación / modificación de pauta de medicación
 - Revisión de pauta de nutrición
 - Indicación de exploraciones diagnósticas, si procede
 - Registro en nota evolutiva
-
- Aplicación de pautas de tratamiento y cuidados planificados

La valoración efectuada y aplicación de tratamiento es registrada en las notas evolutivas y gráfica de cada paciente, formando parte de la Hª Clínica.

6. REGISTROS

- Valoración/ evolución clínica. Hª Clínica/ Hojas de enfermería
- Prescripción de medicación/ indicación de pauta nutricional.
- Indicación de exploraciones diagnósticas
- Seguimiento de constantes vitales/ valoración somatométrica. Hojas de enfermería
- Administración de medicación/ nutrición/ cuidados. Hojas de enfermería