



PROTOCOLO DE CUIDADOS CENTRADOS EN EL DESARROLLO



INDICE DE CONTENIDOS

- 1 OBJETO
- 2 ÁMBITO DE APLICACIÓN
- 3 DEFINICIONES
- 4 RESPONSABILIDADES
- 5 DESARROLLO
 - 5.1 MATERIALES
 - 5.2 PROCEDIMIENTO
 - 5.3 OBSERVACIONES
- 6 REGISTROS
- 7 BIBLIOGRAFÍA
- 8 AUTORES

CONTROL DE MODIFICACIÓN		
Nº EDICIÓN	APARTADOS MODIFICADOS	DATA DE APROBACIÓN
0		19/09/2016

1. OBJETO

El objeto de este protocolo es determinar las condiciones ambientales y de cuidado a aplicar en la Unidad de Neonatología con el fin de para favorecer el desarrollo neurosensorial y emocional de los pacientes ingresados.

Se ha confirmado que los niños que reciben esta atención en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales obtienen beneficios relevantes en su evolución y desarrollo:

- Mayor crecimiento y aumento de peso a corto plazo.
- Mejor tolerancia enteral, así como capacidad de succión y alimentación al pecho más precoz
- Disminución de la incidencia de hemorragia intraventricular.
- Mejor resultado neuroconductual.
- Precisan menor soporte respiratorio.
- Disminución de la estancia hospitalaria.

La base de este tipo de cuidados está en la reducción del estrés, la práctica de intervenciones que apoyen al recién nacido y el reconocimiento de la familia como referencia permanente en la vida del niño, incluso durante su hospitalización, entendiéndolo al niño y la familia como una unidad. Se fundamentan en un concepto integral de la interacción dinámica entre recién nacido, familia y ambiente en el período neonatal.

Su correcta implantación requiere la apertura de puertas durante las 24h. del día en las unidades neonatales, y engloba las intervenciones dirigidas a mejorar tanto el macroambiente como el microambiente en que se desarrolla el niño, en un entorno extrauterino y en un período en el que su cerebro se encuentra en pleno proceso de organización y maduración, para favorecer su adecuado desarrollo futuro.

2. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Este protocolo es de aplicación en la Unidad de Neonatología de la Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela para la aplicación de cuidados centrados en el desarrollo.

3. DEFINICIONES

Este apartado no aplica.

4. RESPONSABILIDADES

Las acciones descritas en este protocolo son responsabilidad del personal facultativo y de enfermería de la Unidad de Neonatología, en sus respectivos ámbitos de actuación.

5. DESARROLLO

5.1. CONDICIONES MACROAMBIENTALES

Contempla intervenciones sobre el nivel de luz, ruido y actividad, con el objeto de fomentar el sueño y reposo, fundamental para la maduración neonatal.

5.1.1. Condiciones lumínicas

La visión es el último sentido en desarrollarse. La fase del desarrollo neurosensorial de la visión coincide al final del segundo trimestre, pudiendo interferir en ello ciertos estímulos inapropiados. Se recomienda:

- Usar la luz natural cuando sea posible, regulando la entrada de la misma mediante persianas o cortinas oscuras.
- Empleo de focos individuales en las incubadoras para la exploración del niño evitando la luz directa en la cara. Individualizar la exposición a la luz según madurez y estabilidad.
- Usar mantas cobertoras en las incubadoras dejando una franja para poder visualizar al niño sin necesidad de levantarla por completo.
- Empleo de linternas para observaciones puntuales.
- Proteger al niño de la luz directa cubriendo los ojos con una gasa o similar.
- Informar a los padres de la importancia de la iluminación adecuada.
- Método canguro en zonas de penumbra o protegiendo al niño de la luz.
- Empleo de protección visual en niños a tratamiento con fototerapia.
- Transición suave sueño-vigilia.

5.1.2. Nivel de ruido

La maduración y el desarrollo del sistema sensorial del oído en los niños prematuros en una unidad neonatal se producen en un ambiente con sonidos transmitidos por el aire (a diferencia de los intrauterinos), que pueden ser continuos, impredecibles y fuertes.

La exposición permanente a un medio ruidoso interrumpe los estados de sueño e interfiere en otras funciones fisiológicas.

Se recomienda:

- Mantener niveles de ruido por debajo de 45 db (10-55db) y un máximo de 65-70db de manera puntual. Para su medición se emplean sonómetros en forma de oreja colocados en las paredes para concienciar al personal y a la familia.
- Informar a la familia de la importancia de los bajos niveles de ruido.
- Colocar carteles informativos a la entrada de la unidad.
- Puertas con mecanismos de cierre silencioso, mantener las puertas cerradas para evitar el ruido del pasillo.
- Controlar el ruido dentro de las incubadoras:
 - no apoyar ni escribir sobre ellas.
 - cubrirlas con mantas o cobertores para amortiguar el sonido recibido
 - apertura y cierre cuidadoso de las puertas de la incubadora.
- Disminuir el ruido ambiental cooperando todos los profesionales:
 - evitar el acúmulo de gente en la unidad.

- manter as conversacións en tono suave e lejos do niño.
- apagar as alarmas lo antes posible.
- diminuír o sonido de timbres de teléfonos e responder rapidamente a ellos.
- Alejar as incubadoras de radios, impresoras ou teléfonos.

FUENTE GENERADORA RUIDO	NIVEL dB
Ambiente general CIN: voz, teléfono, equipos...	45- 85
Alarmas bombas y monitores	60- 80
Cerrar puerta incubadora	110- 120
Burbujeo de H2O en circuito de respirador	62-87
Abrir puerta incubadora	92
Tamborilear con los dedos en la incubadora	70-95

5.2. CONDICIONES MICROAMBIENTALES

Incluyen las intervenciones sobre el manejo del dolor, el cuidado postural y manipulaciones.

5.2.1. Manejo del dolor

Los niños que se encuentran en condiciones clínicas que obligan su ingreso en una UCI-N experimentan dolor causado por la enfermedad misma o por los numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos a los que están sometidos. El dolor persistente no mitigado causa respuestas de estrés que son nocivas para el niño. Hay evidencia interesante que sugiere que la analgesia “profiláctica” en el manejo del neonato prematuro mejora el pronóstico neurológico del niño.

Los objetivos principales del adecuado manejo del dolor van destinados a:

- Asegurar el confort del niño durante su estancia hospitalaria.
- Disminuir la morbimortalidad.
- Evitar las secuelas psicológicas por un mal manejo del dolor.
- Proponer estrategias no farmacológicas para complementar el manejo terapéutico del dolor en el prematuro.



Las medidas de **analgesia no farmacológica** tienen por objeto disminuir el dolor sin la administración de medicamentos analgésicos.

- Organización y ambiente adecuado en la unidad neonatal:
Adaptación al ciclo sueño-vigilia.
Ambiente adecuado con reducción de luz y ruido.
- Succión no nutritiva:
Empleando una tetina.
- Sacarosa oral:
 - Sacarosa al 24% en monodosis o preparado de biberonería.
 - 0,2cc/Kg oral , **2 minutos antes** del estímulo.
 - No emplearla indiscriminadamente para calmar la irritabilidad.
- Sacarosa y succión no nutritiva:
Se consigue un efecto mayor combinando ambas.
- Lactancia materna:
- Cuidado de madre canguro
- Contención del niño: Mantener al niño en posición de flexión con los miembros próximos al tronco y a la línea media.
- Manipulaciones entre dos personas
- Envolver al niño durante procedimientos o manipulaciones.

Las medidas de **analgesia farmacológica** se emplearán según prescripción facultativa.

5.2.2. Cuidado postural

El recién nacido prematuro posee un escaso tono muscular que le impide vencer la acción de la gravedad, obligándole a adoptar una postura en extensión lo que le produce una retracción de los músculos de la espalda y la , dificultando la evolución motora y las actividades mano- boca.

Un correcto posicionamiento y manipulación antes y después de un procedimiento doloroso ayuda a los neonatos a volver a un estado de reposo y calma en el que se encuentran tranquilos, el cual es necesario para su crecimiento y desarrollo.

Los objetivos son:

- Estimular la flexión activa del tronco y extremidades.
- Facilitar el mano-boca.
- Facilitar los movimientos antigravitatorios.
- Conseguir un cráneo más redondeado.

- Estimular la exploración visual del entorno.
- Mantener un grado de flexión que ayude a la autorregulación y a su vez en la organización de la conducta, aumentando la tolerancia al estrés y aportando mayor seguridad.

Para el posicionamiento del niño se emplearán los medios más indicados en cada caso:

- Los nidos de incubadora.
- Soportes y colchones de silicona.
- En su defecto o dependiendo del tamaño del R.N. se pueden emplear sábanas, compresas de gasa y toallas para conseguir la contención apropiada.

Decúbito lateral: es la posición de elección. Mantener brazos y piernas flexionadas con las manos cerca de la cara, la espalda flexionada. Elementos de contención a su alrededor límites en pies y cabeza.

Contención decúbito lateral derecho



Decúbito prono: mejora la función respiratoria, aumenta el movimiento diafragmático y estabiliza el control de la temperatura. Dificulta la alineación en línea media y conlleva menos estímulo audiovisual.

Brazos flexionados cerca de la boca; caderas y rodillas también flexionadas con límites en cabeza y pies.

Empleo de soporte ventral para evitar la retracción de los hombros.

Contención decúbito prono



Decúbito supino: es la menos recomendable pues facilita la extensión y dificulta la flexión. Se emplea como postura de valoración.

Límites en cabeza y pies, elementos de contención a su alrededor; brazos flexionados y rodillas en semiflexión, la cabeza en línea media o ligeramente ladeada

Contención decúbito supino



- Todos los cambios posturales han de ser paulatinos y suaves, se aconseja que no superen los 90°.
- El cambio de pañal debe ser realizado en decúbito lateral para no aumentar la presión intracraneal al elevar las piernas.
- Las manipulaciones se realizarán preferentemente entre dos personas.

5.2.3. Estimulación mínima

Es importante permitir el sueño tranquilo y el reposo de los neonatos, por lo que se aplican las siguientes medidas para favorecer su tranquilidad:

- Manipulación mínima del recién nacido
- Agrupar los procedimientos y exploraciones no urgentes en unas horas determinadas, por parte de enfermería, neonatólogos y especialistas.
- Tras el procedimiento es importante acompañar el sueño con las medidas de confort apropiadas.

5.2.4. Unidad familiar

- Entrada en la unidad las 24 horas del día.
- Preparar la primera visita de los padres y transmitir el mensaje de que son bien recibidos, no deben sentirse excluidos del grupo de cuidadores pues sus visitas y acompañamiento son muy útiles para el cuidado y desarrollo de los neonatos.
- Enseñar maniobras de consuelo y posicionamiento del niño (contención de manos, método canguro...)

- Si las condiciones médicas del niño lo permiten, enseñar a interactuar con su hijo.
- Respetar las diferencias culturales.
- Detectar situaciones familiares de riesgo.
- Charlas y reuniones con los padres o tutores para detectar y tratar el estrés parental.
- Asistencia prenatal a los padres en situaciones de riesgo y acompañamiento postnatal.
- Promover la lactancia materna y la aplicación del método canguro por los progenitores en la Unidad.

6. REGISTROS

- Valoración clínica, prescripción de tratamiento y cuidados. Hª Clínica/ hojas de registro de enfermería.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Gómez-Gómez M., Danglot-Banck C., Dolor en el niño recién nacido hospitalizado Revista mexicana de pediatría.Vol. 74, Núm 5,pp 222-229. Sep.-Oct. 2007
- Gemma Ginovart Galiana.Cuidados centrados en el desarrollo: un proyecto común.Aloma2010/ 26 /15-27.Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport. ISSN: 1138-3194
- Pérez Gaxiola G., Cuello García C.A. La sacarosa disminuye el llanto de neonatos durante procedimientos menores, aunque el electroencefalograma no se modifica. Evidencias en pediatría. 2010; 6:76.
- Perapoch López J, Pallás Alonso CR, Linde Sillo MA, Moral Pumarega MT, Benito Castro F, López Maestro M, Caserío Carbonero S, De la Cruz Bértolo J. Cuidados Centrados en el Desarrollo. Situación en las unidades de neonatología de España. An Pediatr(Barc) 2006; 64(2): 132-9.
- López Maestro M, et al. Cuidados centrados en el desarrollo. Situación en las unidades de neonatología de España. An Pediatr (Barc). 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.10.043>
- Sánchez Guisado M., Guedes Arbelo Ch.,Martos López, I.M. Cuidados del Neonato Prematuro Centrados en el Desarrollo y la Familia. Jornadas Internacionales de Investigación en Educación y Salud 2014.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Cuidados desde el nacimiento, recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas, 2010.
- Gómez Papí A, Pallás Alonso CR, Aguayo Maldonado J. El método de la madre canguro. Acta Pediatr Esp. 2007; 65(6): 286-291.
- Ruiz-López y cols. Cuidados neonatales centrados en el desarrollo.Bol. SPAO 2013; 7 (2).



- Gallegos Martínez J, Reyes Hernández J, Fernández Hernández VA, González González LA. Índice de ruido en la unidad neonatal. Su impacto en recién nacidos. Acta Pediatr Mex 2011;32(1):5-14.
- Schapira IT, Aspres N. Estrés en Recién Nacidos internados en Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN): Propuestas para minimizar sus efectos. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá 2004; 23(3):113-121.
- Ruiz Fernández, J. M. Jiménez Pérez. Cuidados centrados en el neurodesarrollo del recién nacido prematuro hospitalizado.
- Egan F, Quiroga A, Chattás G. Cuidado para el neurodesarrollo. Revista de enfermería neonatal. FUNDASAMIN. 2012;(14).
- Martínez JG, Fonseca LMM, Scochi CGS. Participación de madres/padres en el cuidado del niño prematuro en la unidad neonatal: significados atribuidos por el equipo de salud. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2007;15(2).
- Silvia Vicente Pérez. Cuidados posturales del recién nacido pretérmino en UCI neonatal de “Hospital de la Santa Creu i Sant Pau” Barcelona. <http://www.desenvolupa.net/Numero-33>.
- Gallegos J., Salazar M. (2010). Dolor en el neonato: humanización del cuidado neonatal. Enf Neurol (Mex); 9(1): 26-31 Recuperado en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2010/ene101h.pdf>
- Pallás Alonso CR, López Maestro M. NIDCAP, práctica clínica y metanálisis. Evid Pediatr. 2013;9:40.
- Laura Collados-Gómez, Belén Aragonés-Corral, Inmaculada Contreras-Olivares, Elena García-Feced, María Encarnación Vila-Piqueras. Impacto del cuidado canguro en el estrés del neonato prematuro. <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-sumario-vol-21-num-02-13010054>

8. AUTORES

Personal de Enfermería - Unidad de Neonatología:

- Raquel Prego Boente
- Rebeca Piñeiro López
- Margarita Turnes Paredes
- Mairer Muíños Blanco
- M^a del Carmen Fernández Tuñas,
- Irene Otero López
- Silvia Vilar García
- M^a Vaamonde Porto
- Luis Coucelo García
- M.C. Rodríguez López.