

CLASIFICACIÓN ODAT. EJES I, II, III.

Eje I: Factores biológicos de riesgo.

1.a Prenatal.

1.a.a. Antecedentes familiares de trastornos auditivos, visuales, neurológicos o psiquiátricos de posible recurrencia.

1.a.b. Embarazos gemelares o embarazo múltiple de mayor orden.

1.a.c. Factores socio-biológicos de riesgo.

1.a.c.1. Teratógenos medioambientales.

1.a.c.2. Teratógenos socio-institucionales.

1.a.c.3. Administración de agentes tóxicos.

1.a.c.4. Contacto con drogas.

1.a.c.5. Teratógenos derivados de enfermedades de tipo biológico.

1.a.c.6. Teratógenos derivados de dependencias de tipo psico-social.

1.a.c.7. Infecciones intrauterinas por virus, bacterias o parásitos.

1.a.d. Síndromes malformativos somáticos y anomalías congénitas.

1.a.d.1. Malformaciones del S.N.C, hidrocefalia congénita,...

1.a.d.2. Malformaciones que afectan a otros órganos: cardiopatías congénitas, gastrointestinales, genitourinarias, disgenesias de extremidades,...

1.a.e. Embarazos complicados.

1.a.e.1. Retraso en el crecimiento uterino, CIR.

1.a.e.2. Aquellas situaciones que han provocado problemas durante el embarazo como sangrados, reposo prolongado, cerclajes, etc.

- 1.a.f. Factores genéticos.
 - 1.a.f.1. Génicos.
 - 1.a.f.2. Cromosómicos.
- 1.a.g. Factores nutricionales.
- 1.a.h. Factores físicos intrauterinos.
- 1.b. Perinatal.
 - 1.b.a. Recién nacido de bajo peso con retraso de crecimiento intrauterino, con peso < P 10 para su edad gestacional.
 - 1.b.a.1. Peso inferior a 2.500 gramos.
 - 1.b.a.2. Peso inferior a 1.500 gramos.
 - 1.b.b. Recién nacido pretérmino.
 - 1.b.b.1. Edad gestacional < 37 semanas.
 - 1.b.b.2. Edad gestacional < 32 semanas.
 - 1.b.b.3. Edad gestacional < 28 semanas.
 - 1.b.c. Recién nacido con Apgar < 3 al minuto ó < 7 a los 5'.
 - 1.b.d. Recién nacido con ventilación mecánica durante más de 24 horas.
 - 1.b.e. Recién nacido con distress y otras disfunciones respiratorias neonatales.
 - 1.b.f. Asfixia severa.
 - 1.b.g. RN con hiperbilirrubinemia que precise exanguinotransfusión.
 - 1.b.h. Convulsiones neonatales.
 - 1.b.i. Disfunción neurológica persistente (más de 7 días).
 - 1.b.j. Sepsis, meningitis o encefalitis neonatal.
 - 1.b.k. Distocias o problemas en el parto que requieren atención especial en las horas siguientes al parto.
- 1.c. Postnatal.
 - 1.c.a. Infecciones postnatales del SNC .

- 1.c.b. Accidentes y traumatismos con secuelas neurológicas, motrices o sensoriales.
- 1.c.c. Enfermedades crónicas de curso complicado que originan asistencia sanitaria y hospitalizaciones continuas.
- 1.c.d. Epilepsia.
- 1.c.e. SIDA.
- 1.c.f. Retraso pondoestatural.
- 1.c.g. Trastornos endocrinológicos y metabólicos crónicos.
- 1.c.h. Daño cerebral evidenciado por neuro-imagen.
- 1.c.i. Hipoacusia detectada en los programas de detección precoz (Otoemisiones acústicas o Potenciales Auditivos).
- 1.c.j. Alteraciones visuales.
- 1.d. Otros factores biológicos.
 - 1.d.a. Signos de alerta detectados en los Equipos de Pediatría de Atención Primaria o en los Centros de Educación Infantil.
 - 1.d.b. Signos de alerta detectados en niños en que se desconocen datos.
 - 1.d.c. Otros.

Eje II: Factores familiares de riesgo.

- 2.a. Características de los padres.
 - 2.a.a. Edad de los padres, inferior a 20 años o superior a 40.
 - 2.a.b. Padres drogodependientes.
 - 2.a.c. Padres con diagnóstico de enfermedad mental, trastornos sensoriales o deficiencia mental.
 - 2.a.d. Antecedentes de retiro de tutela, guardia o custodia de otros hijos.
 - 2.a.e. Enfermedades físicas, neurológicas o degenerativas invalidantes.
- 2.b. Características de la familia.
 - 2.b.a. Ruptura familiar y/o situaciones críticas.
 - 2.b.b. Ambientes familiares gravemente alterados.

- 2.b.c. Antecedentes y situaciones de maltrato físico o psicológico.
- 2.b.d. Familias excluidas socialmente.
- 2.b.e. Familia monoparental.
- 2.b.f. Presencia en el núcleo familiar de personas con patologías o trastornos severos.
- 2.b.g. Acogimiento familiar o adopción.
- 2.c. Estrés durante el embarazo.
 - 2.c.a. Participación en programas de reproducción asistida.
 - 2.c.b. Ruptura familiar y situaciones críticas.
 - 2.c.c. Embarazos no aceptados, accidentales y traumatizantes (violación).
 - 2.c.d. Embarazos múltiples.
 - 2.c.e. Información de malformaciones o lesiones en el feto (probables o confirmadas).
 - 2.c.f. Programas de reproducción asistida.
 - 2.c.g. Abortos o muerte de hijos anteriores.
 - 2.c.h. Embarazo complicado o de riesgo.
- 2.d. Estrés en el periodo neonatal.
 - 2.d.a. Parto múltiple.
 - 2.d.b. Diagnóstico perinatal de probable/posible discapacidad física o psíquica o malformación somática.
- 2.e. Periodo postnatal.
 - 2.e.a. Gemelos, trillizos o más.
 - 2.e.b. Diagnóstico postnatal de probable/posible discapacidad física o psíquica, enfermedad grave o malformación somática.
 - 2.e.c. Situaciones de maltrato físico o psicológico.
 - 2.e.d. Ruptura familiar y situaciones críticas.
 - 2.e.e. Depresión post-parto materna.
 - 2.e.f. Niños con hospitalizaciones frecuentes.

2.e.g. Cambios continuos de cuidadores.

2.e.h. Institucionalización.

2.e.i. Pérdida súbita de algún miembro de la familia primaria (abandono, separación, defunción).

Eje III: Factores ambientales de riesgo.

3.a. Exposición a entornos ambientales con factores de estrés.

3.a.a. Deficiencias en la vivienda, carencia de higiene y falta de adaptación a las necesidades del niño en la vivienda habitual o local de cuidado.

3.a.b. Permanencia y/o nacimiento en prisión.

3.a.c. Hospitalización prolongada o crónica.

3.a.d. Institucionalización.

3.a.e. Exposición frecuente a un exceso de estimulación perceptiva.

3.a.f. Exposición frecuente a deficiente estimulación perceptiva.

3.b. Exposición a entornos sociales con factores de estrés.

3.b.a. Dificultades del entorno para administrar/proveer la alimentación adecuada.

3.b.b. Dificultad del entorno para mantener rutinas de sueño.

3.b.c. Entorno inseguro y con dificultades para que el niño desarrolle la propia iniciativa.

3.b.d. Exposición a relaciones inestables /inadecuadas.

3.b.e. Dificultad para el acceso adecuado a los adultos cuidadores.

3.b.f. Pérdida de referente importante para el niño, por cualquier causa.

3.b.g. Exposición a escenas de violencia en el domicilio, las instituciones o la TV.

3.b.h. Exposición a prácticas y situaciones inadecuadas.

3.c. Exposición a factores de exclusión social de la familia.

3.c.a. Condiciones de vida que facilitan el aislamiento social en el propio entorno familiar y en relación a otros entornos sociales.

3.c.b. Familia con dificultades de acceso a los recursos sociales.

3.c.c. Nuevos modelos familiares.

LACTANCIA NATURAL

Todos los servicios de maternidad y atención a los recién nacidos deberán cumplir los siguientes diez pasos hacia una feliz lactancia natural:

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactación incluso si han de separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén medicamente indicados.
7. Facilitar la cohabitación de las madres y los niños durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia materna a demanda.
9. No dar a los niños alimentados al pecho tetinas o chupetes artificiales.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica .

Legislación

Decreto 101/95 BOJA nº 72, 17 de mayo. Derechos de los padres y los niños en el proceso del nacimiento. Junta de Andalucía 1995.

RESOLUCIÓN de 20 de diciembre 2007 (BOE núm. 18 Lunes 21 enero 2008), de la Secretaría General de Sanidad, por la que se publica el Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía para desarrollar las recomendaciones establecidas en la Estrategia de Atención al parto Normal en el Sistema Nacional de Salud.

INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DE LOS NIÑOS DE LA OMS Y UNICEF.

1. Disponer de un protocolo escrito relativo a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal.

El establecimiento de salud debería disponer de un protocolo sobre lactancia natural que incluya los 10 pasos y proteja la lactancia materna. El/la director/a de enfermería de la institución y/o supervisor/a de la maternidad debería tener localizada una copia del protocolo y describir cómo los demás miembros del personal tienen conocimiento de él.

El protocolo debería estar disponible para que todo el personal que presta atención a las madres y niños puedan manejarlos. La política sobre lactancia debería estar visible en todas las áreas del establecimiento de salud que prestan atención a madres, recién nacidos y/o niños, particularmente en la sala de maternidad, todas las áreas de atención al recién nacido, incluyendo la nursery (si existe), la unidad de cuidados especiales para recién nacidos, y los servicios prenatales. El protocolo debería estar escrito en el/los idioma/s más común/es entre los pacientes y el personal.

2. Capacitar a todo el personal de salud que deba aplicar ese protocolo.

La/el supervisora de enfermería debería lograr que todo el personal sanitario que tiene contacto con las madres, recién nacidos, y/o niños haya recibido capacitación en la puesta en práctica de los protocolos de lactancia materna y deberá poder describir cómo dicha capacitación se lleva a cabo.

Una copia del curriculum o del resumen del curso de formación en lactancia materna y el manejo de la lactancia para los distintos grupos de profesionales sanitarios debería estar disponible para su revisión, y debería haber también un programa de capacitación para los empleados nuevos. La capacitación debería durar un mínimo de 18 horas, incluyendo un mínimo de tres horas de experiencia clínica supervisada, y abarcar por lo menos ocho pasos.

La supervisora debería informar que todo el personal que presta atención a mujeres y recién nacidos ha participado en el curso lactancia materna. En el caso de personal recién incorporado, ha recibido orientación y ha sido programado para la formación en los primeros seis meses de trabajo. Por lo menos ocho de cada diez miembros del personal, seleccionados al azar, deberían confirmar que han recibido la formación arriba descrita o, si han trabajado en la sala de maternidad menos de seis meses, al menos deberían confirmar que han recibido unas normas de actuación. El 80 por ciento debería poder contestar cuatro de cada cinco preguntas sobre la forma adecuada de poner la lactancia materna en práctica.

3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios de lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.

Si el hospital cuenta con consultas externas a embarazadas o un servicio de control alto riesgo, el/la supervisor/a de enfermería encargado/a debería informar que se asesora en lactancia materna a la mayoría de las embarazadas que utilizan los servicios. Una descripción escrita del contenido mínimo de la educación prenatal debería estar disponible, o se debería solicitar al personal experimentado de enfermería que la preparasen. La discusión prenatal debería cubrir la importancia de la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida, los beneficios de la lactancia materna, y la forma básica de ponerla en práctica.

De 10 mujeres embarazadas en la de más de 32 semanas de gestación, que utilizan los servicios prenatales del hospital, por lo menos el 80 por ciento debería confirmar que ha conversado con el personal sobre los beneficios de la lactancia materna, y deberían poder mencionar por lo menos dos de los siguientes beneficios:

- Nutrición.
- Lazos psicológicos de unión.
- Protección anti-infecciosa, con el papel del calostro.
- Beneficios para la salud de la madre.

Además, por lo menos el 80 por ciento de las mujeres deberían confirmar que no han recibido ninguna charla en grupo sobre la utilización de biberones de fórmula para bebés. Deberían poder describir por lo menos dos de los siguientes conceptos sobre la forma de poner la lactancia materna en práctica:

- La importancia de la cohabitación.
- Cómo tener suficiente leche materna.
- La importancia de alimentar al niño cuando lo pida.
- La situación y colocación del niño.

4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.

De 10 madres seleccionadas al azar en la sala de maternidad que hayan tenido parto vaginal normal, el 80 por ciento debería confirmar que recibió a su hijo en la media hora tras el parto para abrazarlo haciendo contacto con la piel, durante un mínimo de 30 minutos, y que un miembro del personal brindó ayuda para iniciar la lactancia materna.

Si es posible, observar diez partos normales en sala de partos confirmará esta práctica.

De cinco madres seleccionadas al azar que hayan tenido cesárea, por lo menos el 50 por ciento debería confirmar que tras volver en sí de la anestesia, recibió a su hijo antes de media hora para abrazarlo, haciendo contacto piel con la piel, que estuvo mínimo de 30 minutos y que un miembro del personal le brindó apoyo para iniciar la lactancia materna.

5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y como mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.

De 15 madres seleccionadas al azar después del parto (incluyendo partos por cesárea), por lo menos el 80 por ciento informa que el personal de enfermería brindó asistencia adicional para

la lactancia materna dentro de seis horas después del parto, que alguien les mostró cómo exprimir su leche, que recibieron información escrita sobre esto, y/o que recibieron información sobre donde obtener asistencia en caso de necesitarla. De este mismo grupo de madres, por lo menos el 80 por ciento de las que están amamantando debería poder mostrar la situación/colocación correcta con su hijo.

De cinco madres seleccionadas al azar con niños en cuidados especiales, por lo menos el 80 por ciento informa que ha recibido ayuda para iniciar y mantener la lactancia materna mediante extracción.

De diez miembros del personal de la sala de maternidad, seleccionados al azar, el 80 por ciento informa que enseña a la madre cómo situar/colocar al niño y cómo exprimir leche materna manualmente. El 80 por ciento debería poder describir una técnica aceptable para exprimir leche materna manualmente que enseñe a las madres.

6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.

Observar a las madres y niños en la sala de maternidad durante un mínimo de dos horas. Si hay niños recibiendo alimentos o bebidas, que no sean leche materna, preguntar a la madre si está amamantando.

Preguntar al personal por qué hay niños amamantados que también reciben otros alimentos o bebidas, si viene el caso. Debería haber razones médicas aceptables en por lo menos el 80 por ciento de los casos.

No debe existir ninguna propaganda de alimentos o bebidas para bebés, que no sean leche materna, visible en el centro ni tampoco se distribuya a las madres publicidad ya sea el personal o el establecimiento.

Observar al personal y los recién nacidos en las salas de niños sanos (si existe) durante un mínimo de una hora. Si hay niños sanos recibiendo alimentos o bebidas que no sean leche materna, solicitar al personal que indique por qué. En por lo menos el 80 por ciento de los casos deberían existir razones médicas aceptables, a menos que la madre específicamente rehúse amamantar por razones fuera del control del hospital.

Preguntar a 15 madres seleccionadas al azar en las salas de maternidad (incluyendo a cinco que dieron a luz por medio de una cesárea) si sus hijos han recibido alimentos o bebidas, que no sean leche materna, en el hospital. La enfermera encargada u otro miembro del personal debería poder proporcionar razones aceptables para los casos en que los niños amamantados recibieron otros alimentos o bebidas (ver Anexo).

7. Facilitar la cohabitación de las madres y los niños durante las 24 horas del día.

De 15 madres seleccionadas al azar con hijos normales (incluyendo a cinco madres que tuvieron cesárea), por lo menos el 80 por ciento informa que desde que llegaron a la habitación después del parto (o cuando pudieron responder a su hijo en caso de una cesárea) sus hijos han permanecido con ellas en la misma habitación día y noche, excepto por períodos de hasta una hora para procedimientos hospitalarios.

De diez madres con partos vaginales normales, el 80 por ciento informa que fueron separadas de sus hijos por menos de una hora antes de comenzar a compartir la misma habitación.

Todas las madres normales después del parto en la sala de maternidad deberían tener a sus hijos en la misma cama o en una camilla al lado de su cama, a menos que su hijo haya sido separado por un período corto para un procedimiento hospitalario o a menos que una separación sea indicada.

8. Fomentar la lactancia materna a demanda.

De 15 madres seleccionadas al azar con niños normales (incluyendo a cinco madres que tuvieron una cesárea) por lo menos el 80 por ciento de las que están amamantando informa que no hay restricción alguna sobre la duración o frecuencia de la lactancia. Además, de las 15 madres, por lo menos el 80 por ciento informa les han aconsejado a amamantar a su hijo cuando tenga hambre o con la frecuencia deseada por el niño, y que debería despertar a su hijo para darle de lactar si duerme demasiado o si los pechos de la madre están muy llenos.

El/la supervisor/a de la sala de maternidad confirma que no existe restricción alguna sobre la frecuencia o duración de la lactancia materna.

9. No dar a los niños alimentados al pecho tetinas o chupetes.

De 15 madres seleccionadas al azar (incluyendo a cinco que tuvieron cesárea), por lo menos un 80 por ciento de las que están dando de lactar informa que, según su conocimiento, sus hijos no han sido alimentados con biberones con tetillas (boquillas) artificiales ni se les ha permitido usar chupete.

El/la oficial de enfermería encargado/a de la sala de maternidad informa que los lactantes no reciben biberones con tetillas (boquillas) artificiales o chupetes. Luego de observar la sala de maternidad durante dos horas, se observa no más de dos lactantes utilizándolos. Luego de observar la sala de niños sanos (si existe dicha sala), se observa que ninguno de los lactantes los utiliza.

10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.

De 15 madres seleccionadas al azar (incluyendo a 5 que tuvieron cesárea), el 80 por ciento han de haber “tratado” el tema de la alimentación del niño tras el alta hospitalaria. Deberían poder describir una recomendación concreta de cómo contactar con un grupo de apoyo o información que el hospital les proporcionara un seguimiento y apoyo adecuado, si lo necesitan.

El/la supervisor/a de enfermería encargado/a de la sala de maternidad debería tener conocimiento de los grupos de apoyo a la lactancia materna en el área local y, si los hay, describir por lo menos una manera de referir a las madres a ellos (por ejemplo, a través de material escrito o consejo verbal). Por otro lado, debería poder describir un sistema de apoyo de seguimiento para todas las madres lactantes después de su salida del establecimiento (control post-natal temprano a clínicas de lactancia, visita domiciliaria, llamada telefónica).

ANEXO A LOS CRITERIOS GLOBALES

Razones médicas aceptables para la alimentación suplementaria

Hay algunas indicaciones médicas a nivel hospitalario que podrían requerir que se diera a algunos niños otros alimentos o bebidas, en lugar o junto a la lactancia materna.

Los recién nacidos severamente enfermos, que requieren de cirugía, y que tienen un muy bajo peso al nacer (menor a los 1.500 gramos) estarán en una unidad de cuidados intensivos. Las decisiones acerca de su alimentación se tomarán según el caso, en relación a los requerimientos nutricionales y capacidades funcionales particulares, se recomienda leche materna en lo posible. Entre este grupo encontramos:

- Recién nacidos pretérmino o con muy bajo peso al nacer, de menos de 1500 gr o nacidos antes de las 30 semanas de la gestación.
- Niños con una inmadurez severa, con riesgo de hipoglicemia potencial severa, o quienes requieren terapia para hipoglicemia, y quienes no mejoran a través de un incremento en la lactancia materna o al recibir leche materna.

Para los niños que están suficientemente bien que pueden estar con su madre en la sala de maternidad, existen muy pocas indicaciones para suplementos. Para evaluar si un establecimiento no está utilizando líquidos o suplementos de la leche materna de manera inadecuada, los niños que reciben suplementos adicionales deberían haber sido diagnosticados como:

- Niños cuyas madres padecen de enfermedad mental severa (por ejemplo, psicosis, eclampsia, o “shock”).
- Niños con deficiencias metabólicas (por ejemplo. galactosemia, fenilcetonuria, enfermedad de la orina “jarabe de arce”).
- Niños con una aguda pérdida de agua, por ejemplo durante la fototerapia para ictericia, cuando la lactancia materna incrementada no puede proveer suficiente hidratación.
- Niños cuyas madres están tomando medicamentos contraindicados con la lactancia materna (por ejemplo, medicamentos citotóxicos, medicamentos radioactivos y medicamentos que en sí afectan al niño).

En caso de tener que interrumpir o aplazar la lactancia materna temporalmente, se le debería ayudar a las madres a establecer o mantener la lactancia, extraer la leche manual o mecánicamente, en preparación para el momento cuando la lactancia materna pueda iniciarse o ser reestablecida.

APOYO EN LA FASE DE DUELO

De acuerdo con el modelo teórico de crisis, los padres suelen atravesar cuatro etapas diferentes (Grunwald y Hall, 1979), el tipo de intervención dependerá del momento en el que se encuentren:

- Fase de shock. La primera información sobre el trastorno del desarrollo o el riesgo de presentarlo difiere sustancialmente con sus expectativas y la realidad con la que se encuentran. Cada pareja reaccionará de forma diferente ante la comunicación del diagnóstico y esto dependerá de: sus experiencias, su personalidad, sus propios recursos, los servicios y apoyos de que dispongan, su escala de valores, lo que significa el niño para ellos y/o su experiencia con otros hijos. Sabiendo esto la mejor manera para comunicar esta noticia es:
 - Dar la información lo antes posible a los dos padres juntos y, si es posible, con el bebé delante.
 - Es importante evitar ser demasiado pesimista en el pronóstico de la evolución del bebé, ya que el desarrollo puede ser variable dependiendo de tanto factores internos como ambientales.
 - En un lugar adecuado y sin interrupciones.
 - Dar a los padres tiempo para reaccionar y hacer preguntas.
 - Necesitan apoyo moral e información detallada (no bombardear con datos, ser conciso), tanto médica como psicológica y social.
 - Usar palabras apropiadas y accesibles.
 - Proporcionar información sobre recursos existentes apropiados a sus necesidades y la derivación al Centro de Atención Infantil Temprana, asociaciones,...

En este momento es inevitable que, en muchos casos, surja una explosión de sentimientos, pero no se debe considerar negativo ya que tras esta situación, si está bien encauzada, puede producirse una evolución y fortalecimiento personal.

En esta fase es frecuente encontrar un mecanismo de protección que es negar la realidad, ésta se observa cuando están continuamente buscando otras opiniones o diferentes tratamientos (algunos controvertidos).

- Fase de reacción. Pasan a una situación de depresión, en este momento tiene mucha relevancia todas las ideas implícitas sobre la discapacidad o prematuridad. Puede dar lugar a ideas o prejuicios que pueden dificultar la interacción con su bebé. Suele prevalecer el sentimiento de discapacidad sobre el de ser hijo y aparecen sentimientos ambivalentes: no es el hijo que ellos esperaban, sentimiento de incapacidad para criarlo, pierden la confianza en sí mismos y en sus propios recursos y de rechazo. Aparece momentos en los que se culpabilizan sobre estos sentimientos y se sienten responsables de la situación por la que están pasando. Todo esto genera una gran ansiedad.

En esta fase empiezan a preocuparse sobre la evolución del niño y su futuro. Para adaptarnos mejor a las situaciones todos necesitamos entender el mundo y prever lo que va a ocurrir y suceder a nuestro alrededor, construimos mentalmente modelos de acontecimientos para predecir el futuro. En estos padres todas esas ideas y sentimientos sobre el futuro se desvanecen y la seguridad del nacimiento de un hijo “sano” desaparecerá o entrará en crisis.

- Fase de adaptación. Los sentimientos anteriores dejan paso a otros más gratificantes. Descubren lo positivo de su hijo y no lo ven tan diferente a otros niños. Muchas parejas consideran imprescindible la ayuda de los profesionales, pues aún no se sienten del todo seguros. Van considerando la necesidad de cambios significativos en la dinámica familiar.
- Fase de orientación. Los padres asumen toda la experiencia por la que han pasado y hacen frente al día a día de manera más constructiva y hacen frente mejor a las dificultades. También van observando y disfrutando de esa realidad que antes ignoraban y esto es lo que prevalece. Van descubriendo nuevas cualidades y particularidades que les hace pensar que no es algo tan negativo.

La duración de estas fases es variada y cada miembro de la pareja puede pasar por ellas de forma diferente y en distintos momentos.

ENCUESTAS OBSERVACIONALES

ENCUESTA OBSERVACIONAL DE RIESGO SOCIAL DE ENFERMERÍA. MATERNIDAD.



Apellidos y Nombre:
Fecha nacimiento:

(Poner pegatina de identificación)

Fecha de ingreso:
Fecha de alta:

VÍNCULO	SI	No	PREDECCIÓN AL ALTA	SI	No
Edad de la madre			< 20 años ó > 40 años		
Enfermedades en los Padres con riesgo para el niño			Padres diagnosticados de enfermedad mental; Trastornos sensoriales; Deficiencia mental		
Características de la Familia			Familia excluida socialmente; Monoparental; Ruptura familiar y/o situaciones críticas		
Hábitos o creencias de riesgo			Religión; Medicina convencional de riesgo; Vegetarianos extremos;		
Factores de riesgo especial			Naturistas con prácticas de riesgo; Otros Tabaco; Alcohol; Marihuana; Cocaína; Heroina; Asociación; Otros		
Otros factores de riesgo en los padres			Transmisión: Reclusión en instituciones penitenciarias; Grupos étnicos marginados; Otros		
Personalidad de los Padres			Ansiosa, insegura; Agresiva, rígida		
Relación con el personal del Servicio			Reservada, susceptible; Agresiva, autoritaria		
Nombre del niño			Pensado después del parto		
Excesivo interés por el alta hospitalaria					
Negativa a hablar con otros profesionales no sanitarios					
Informaciones contradictorias, incoherentes en entrevistas					
Episodios de conflictividad familiar durante su estancia en la Unidad					
Cuidados del R.N.			Familiares; Otros		

Fecha:
Profesional que rellena la encuesta:

Observaciones:

*Se realizará pasadas 24 horas del nacimiento del R.N.

ENCUESTA OBSERVACIONAL DE RIESGO SOCIAL DE ENFERMERÍA. NEONATOLOGÍA.



Servicio Andaluz de Salud

Apellidos y Nombre:
Fecha nacimiento:

(Poner pegatina de identificación)

Fecha de ingreso:
Fecha de alta:

FACTORES DE RIESGO	EJE I ODAT	EJE II ODAT	EJE III ODAT
TRASTORNOS	EJE IV ODAT	EJE V ODAT	EJE VI ODAT

VÍNCULO	Semana del						
	L	M	X	J	V	S	D
Frecuencia de visitas/llamadas	1						
Duración de la visita	2						
Relación afectiva/emocional	3						
Interés en información	4						
Afínidad ante el problema	Nunca						
Relación con el personal	Esporádicas						
Personalidad de los padres	Escaso tiempo						
Embarazo	Rechazo-Indiferencia						
Nombre del niño	Nunca pregunta espontáneamente						
PREDICCIÓN AL ALTA	Rechazo-Indiferencia-Pesimismo						
¿Necesita la familia apoyo después del alta?	Agressiva / Autoritaria						
¿Se adaptarán los padres a las necesidades del niño en casa?	Indiferente						
¿Se muestran apoyo mutuo en el cuidado del niño?	Agressiva / Rígida						
	Rechazado						
	Más de ocho días después						
	Hasta un mes después						
	2						
	SI						
	NO						
	SI						
	NO						
	SI						
	NO						

Fecha:
Profesional que rellena la encuesta:

Observaciones:

ENCUESTA OBSERVACIONAL DE RIESGO SOCIAL DE ENFERMERÍA. PEDIATRÍA.



Apellidos y Nombre:
Fecha nacimiento:

(Poner pegatina de identificación)

Fecha de ingreso:
Fecha de alta:

VÍNCULO		SI	No	PREDICCIÓN AL ALTA	
Enfermedades en los Padres con riesgo para el niño	Padres diagnosticados de enfermedad mental; Trastornos sensoriales; Deficiencia mental			¿Necesita la familia apoyo después del alta?	
Características de la Familia	Familia excluida socialmente; Monoparental; Ruptura familiar y/o situaciones críticas			¿Se adaptarán los padres a las necesidades del niño en casa?	
Hábitos o creencias de riesgo	Religión, Medicina convencional de riesgo; Vegetarianos extremos; Naturistas con prácticas de riesgo; Otros			¿Se muestran apoyo mutuo en el cuidado del niño?	
Factores de riesgo especial	Tabaco; Alcohol; Marihuana; Cocaina; Heroina; Asociación; Otros				
Otros factores de riesgo en los padres	Transeúntes; Recluidos en instituciones penitenciarias; Grupos étnicos marginados; Otros				
Personalidad de los Padres	Ansiosa, inseguro; Agresiva, rígida				
Relación afectiva-emocional con su hijo	Regular; Mala, rechazo indiferencia				
Relación con el personal del Servicio	Reservada, susceptible; Agresiva, autoritaria				
Escaso interés hacia el niño					
Interés en informarse sobre necesidades del niño	Interés excesivo; Nunca pregunta de forma espontánea; Rechazo, indiferencia ante las informaciones				
Actitud ante el problema del niño	Ambivalente; Inseguridad en el futuro; Rechazo, pesimismo				
Informaciones contradictorias, incoherentes en entrevistas					
Excesivo interés por el alta hospitalaria					
Negativa a hablar con otros profesionales no sanitarios					
Visita de otros familiares o amigos					
Episodios de conflictividad familiar durante su estancia en la Unidad					
Cuidados del niño	Familiares; Otros				

Fecha:

Profesional que rellena la encuesta:

Observaciones:

* SE RELLENARÁ A TODO MENOR DE 6 AÑOS A LAS 72 HORAS DE SU INGRESO

HISTORIA SOCIAL

1. Situación familiar:

- a. Procedencia,
- b. Tipo de familia, composición.
- c. Ciclo vital.
- d. Relaciones intra y extra-familiares.
- e. Identificación del cuidador/a principal y sobrecarga a la que se ve sometido/a.
- f. Dimensión de la red social.
- g. Apoyo social (real y percibido).
- h. Otras.

2. Situación sociolaboral:

- a. Nivel formativo.
- b. Profesión-ocupación de los adultos responsables del menor.
- c. Estabilidad laboral.
- d. Satisfacción-dificultades en el entorno laboral.
- e. Otras.

3. Situación socioeconómica:

- a. Recursos económicos regulares y extraordinarios.
- b. Proporción ingresos-gastos.
- c. Administración adecuada del presupuesto familiar.
- d. Otras.

4. Situación socio sanitaria:

- a. Problemas de salud.
- b. Actitud ante la enfermedad.
- c. Repercusiones familiares y en la comunidad.
- d. Capacidad adaptación a los cambios, para movilizar recursos etc.
- e. Otras.

5. Situación de la vivienda:

- a. Régimen de tenencia y uso.
- b. Distribución del espacio doméstico.
- c. Adecuación del entorno (limpieza, organización, enseres y mobiliario).
- d. Circunstancias relacionadas con traslados de domicilio o localidad de residencia.
- e. Análisis de las características del entorno más próximo en cuanto a:
 - Accesibilidad a los servicios y recursos sanitarios, sociales, educativos (C. de Salud, USMIJ, Atención Temprana, Hospitales, Centros de Ocio, Ludotecas, etc.).
 - Red de transportes públicos.
 - Movimientos asociativo y de Ayuda Mutua, etc.

6. Situación educativa del núcleo familiar y del niño:

- a. Comprobar si se ha realizado la evaluación psicopedagógica y / o dictamen de las necesidades educativas especiales.
- b. Nivel de cobertura de las necesidades educativas especiales.
- c. Proximidad al centro escolar.
- d. Relaciones de la familia con el centro educativo.
- e. Grado de integración en el aula.
- f. Actividad que realiza en el recreo.
- g. Conflicto entre iguales.
- h. Recursos disponibles.
- i. Disfunciones en el sistema educativo.
- j. Grado de conocimiento de las necesidades y dificultades del/la menor etc.

7. Área ocupacional de ocio y tiempo libre.

Conocer si realizan actividades que faciliten las relaciones interpersonales, y ayuden a ampliar la Red Social, fomenten la creatividad, autoestima, autonomía, etc.

APGAR FAMILIAR

Nombre
Unidad/Centro

Fecha
Nº Historia

PERCEPCIÓN DE LA FUNCIÓN FAMILIAR-CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario que puede ser autoadministrado o heteroadministrado y que consta de 5 ítems tipo likert para valorar la percepción de la persona sobre la función familiar. Los puntos de corte son los siguientes:

- Normofuncional: 7-10 puntos
- Disfuncional leve: 3-6 puntos
- Disfuncional grave: 0-2 puntos

Versión heteroadministrada: leer las preguntas del cuestionario y señalar la respuesta del paciente.

Versión autoadministrada: Recortar por la línea de puntos y entregar al paciente para su cumplimentación.

Nombre
Unidad/Centro

Fecha
Nº Historia

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Instrucciones: por favor, rodee con un círculo la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5. ¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2

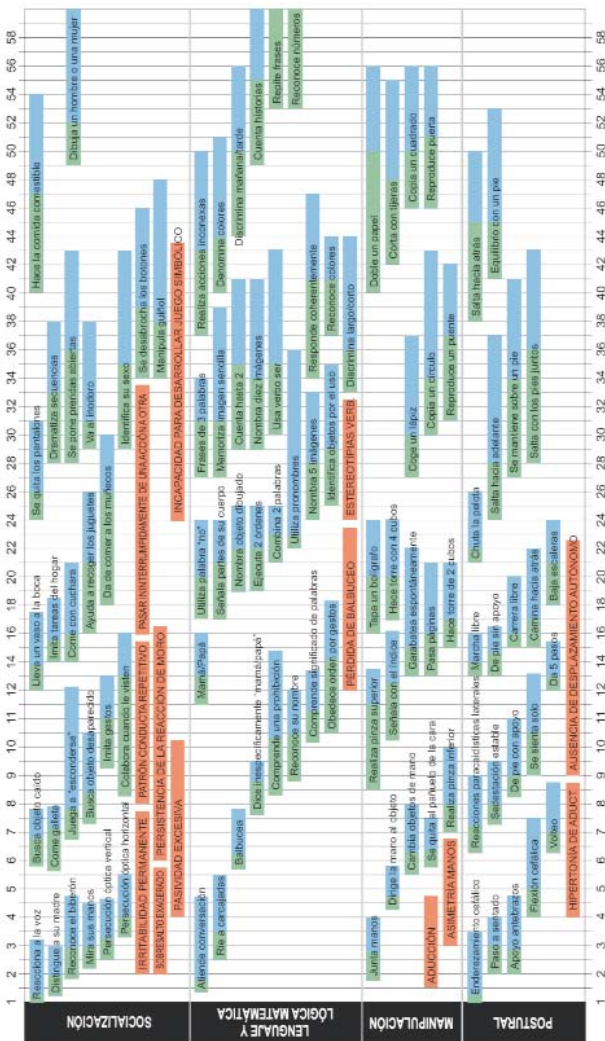
Bibliografía:

Smilkstein G. the family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. J.Fam Pract 1978;6: 123-29.

Bellón JA,Delgado A,Luna JD,Lardelli P:Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Aten Primaria 1996; 18(6):289-295.

Cuestionarios, tests e índices para la valoración del paciente. Edita: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

ESCALA DE HAIZEA- LLEVANT



©: Autoría intelectual: Consejería de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco
 ©: Diseño y producción: Ikastaritz S.A./Azpeitia 9,2º.A. 20010. Donostia. San Sebastián.

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO DE ENFERMERIA

El plan de cuidados estandarizado que a continuación se desarrolla está dirigido a recién nacido, niño y niña de 0 a 6 años, de Riesgo Neurológico. La gran variabilidad de patologías biológicas, psicosociales que pueden ocasionar un riesgo neurológico, eje I, II, III de la ODAT, dificulta la definición del binomio niño/a – familia tipo. Por otro lado, la edad del niño/a nos hace modificar nuestros diagnósticos y actividades adaptándola a la situación presente. En el neonato realizaremos una atención integral del RN con cualquier patología. En el lactante y niños/as de mayor edad realizaremos una atención integral del mismo promocionando el principio de autonomía. En ambos existe una constante que no debemos olvidar y promover como es la incorporación de la familia, como pilar fundamental, a estos cuidados desde la época neonatal. Nuestro objetivo primordial será una mejora de la calidad de vida del niño/a y la de su familia.

En general el niño de riesgo es aquel cuyos antecedentes pre, peri o postnatal puedan ocasionar alteraciones en su desarrollo (transitorias o permanentes) de tipo motor, sensorial, cognitivo o conductual. Estos niños/as presentan una especial fragilidad clínica, en su mayoría presentan patologías asociadas, con síntomas continuos y reagudizaciones frecuentes. Se caracterizan por la disminución de su autonomía y su capacidad funcional, lo que conlleva un aumento de sus necesidades de cuidados; con importantes repercusiones personales, familiares, sociales y económicas. Pilar importante en este plan es trabajar conjuntamente con las personas cuidadoras, mediante la identificación precoz de sus necesidades y la prestación de ayuda en el desempeño de su papel. Esto ha llevado a la elaboración de otro plan de cuidados dirigido también a su familia.

En este periodo el niño/a manifiesta signos y síntomas que pueden llegar a presentar patrones de salud alterados y en consecuencia producir una modificación en su demanda de cuidados. Ante esta situación desde la fragilidad hacia la dependencia, es importante el abordaje multidisciplinar e integral así como asegurar la continuidad y coherencia de los cuidados proporcionados en los distintos niveles asistenciales.

Se trata de un plan de cuidados estandarizado apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad por lo que habrá que personalizarlo a cada paciente y a su familia para su correcta aplicación.

El plan de cuidados estandarizado es una herramienta que intenta disminuir la variabilidad de las actuaciones de los/las profesionales para lograr un grado de homogeneidad razonable, mejorar la práctica asistencial y su calidad.

Este plan incluye:

- Valoración mínima específica según el modelo de necesidades de Virginia Henderson (Tabla I y II). Valoración sistemática e integral, orientada a recoger la información más relevante para po-

der formular unos problemas reales y/o potenciales y garantizar unos cuidados personalizados y empáticos. Abarca aspectos físicos, psíquicos, sociales, espirituales y del entorno y se complementa con la inclusión de cuestionarios, test e índices de uso multidisciplinar.

- Exposición de los principales problemas de enfermería que suelen aparecer, recogidos en etiquetas diagnósticas según la taxonomía de la NANDA, selección de los resultados esperados según la taxonomía NOC y de las intervenciones enfermeras necesarias para dar solución a estos problemas utilizando la clasificación NIC. (Tabla III y IV)
- Desarrollo de los resultados en indicadores y de las intervenciones en actividades enfermeras más concretas para cada uno de los diagnósticos enfermeros seleccionados.

Es importante la valoración continua del paciente, asegurando la continuidad y coherencia de los cuidados proporcionados en los distintos niveles asistenciales y en las distintas áreas del mismo nivel. El registro que toma vital importancia en este aspecto es el Informe de continuidad de cuidados, en el que quedarán reflejadas la evolución y evaluación del plan de cuidados. El plan de cuidados deberá quedar perfectamente plasmado en los formatos de registros enfermeros que cada institución sanitaria posea. En el caso de los problemas de colaboración cada institución elaborará los protocolos de actuación necesarios para abordarlos. Nuestro objetivo en estos problemas al no depender directamente de enfermería, irá encaminado a detectar signos y síntomas de las complicaciones, y prevenir dichas complicaciones.

En el caso de los problemas de autonomía los recién nacidos presentan una falta de autonomía total para satisfacer sus necesidades básicas. Nosotros como cuidadores, sólo podemos suplirla en la realización de actividades que puedan mantener sus necesidades básicas. No podemos, de momento, actuar sobre su conocimiento, fuerza o voluntad para mejorar su autocuidado, cosa que realizaremos gradualmente en función de su desarrollo y de las capacidades del niño/a para obtener el máximo de sus competencias.

Tabla I

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA DIRIGIDO AL NIÑO O A LA NIÑA CON RIESGO NEUROLÓGICO.

Valoración mínima específica de enfermería de la niña o del niño, estructurada por Necesidades Básicas Virginia Henderson

01 RESPIRACIÓN

Tensión arterial.
Frecuencia cardíaca.
Frecuencia respiratoria
Ritmo respiratorio.
Amplitud respiratoria.
Profunda / superficial / costal / diafragmática.
Dificultad para respirar.
Cianosis / aleteo nasal / quejido.
Exposición a ambiente contaminado (tabaco).

Tests e índices: test de Apgar y test de Silverman

02 ALIMENTACIÓN / HIDRATACIÓN

Peso / talla / IMC / PC.

Tipo de lactancia / materna / mixta / artificial.

Problemas en la lactancia materna.

Reflejo de succión y deglución normal.

Nº comidas / día / distribución.

Masticación normal.

Dentadura natural está en buen estado.

Total consumo líquido diario.

Dificultad para beber.

Dieta habitual.

Tests e índices: Diez pasos para una lactancia feliz OMS-UNICEF y Mini Nutricional Assessment “ MNA “

03 ELIMINACIÓN

Hábitos de eliminación intestinal:

- . Nº / frecuencia / características de deposiciones.
- . Incontinencia fecal.
- . Diarrea / estreñimiento / dolor al defecar.
- . Incapacidad uso W. C. por sí mismo/a
- . Uso de laxantes.

Hábitos de eliminación urinaria:

- . Frecuencia / cantidad aproximada / características.
- . Pañales.
- . Sonda vesical.

Otras pérdidas de líquidos: transpiración.

Tests e índices: test de incontinencia urinaria, escala de Norton (valoración úlceras por decúbito).

04 MOVILIZACIÓN

Tono muscular: hipotonía / hipertonía.

Convulsiones.

Movimientos excesivos de extremidades o cara.

Equilibrio: estable / inestable

Precisa inmovilización.

Falta o reducción de la energía para tolerar la actividad.

Transferencia cama / sillón.

Necesita ayuda para moverse.

Inestabilidad en la marcha

Deambulación, necesita ayuda.

Andador / silla de ruedas / otros.

Dolor.: tipo de dolor / localización / intensidad.

Actuaciones para aliviar los problemas:

- . Ejercicios / calor / masajes / medicación
- . Persona que realiza las actuaciones: familiar, un cuidador o una cuidadora, una enfer-

- mera, terapeutas.
- Resultados.

Actividad física habitual: tipo de ejercicio / frecuencia / nivel de actividad. Cambios recientes.

Tests e índices: tipo convulsiones y temblores, tabla de HAIZEA-LLEVANT, test de Denver, escala de Lawton y Brody (valoración AIVD) e índice de Barthel (autonomía AVD)

05 REPOSO / SUEÑO

Horas de sueño: día / noche / siesta / otras.

- Dificultad para conciliar el sueño.
- Para mantenerlo.
- Somnoliento.
- Cambios en el patrón del sueño.
- Estímulos ambientales nocivos.

Cómo lo resuelve.

- Medicamentos: Nombre / Dosis / Desde cuándo.
- Recetado por el medico.
- Conoce efectos.
- Ha intentado dormir sin medicamentos.
- Quiere probar otro método.

Tests e índices: escala de Finnegan modificado.

06. VESTIRSE / DESVESTIRSE

Requiere ayuda para ponerse / quitarse la ropa.

Ropa y calzado habitual cómodo y adecuado.

Es alérgico/a a ciertos tejidos

Tests e índices: tabla de HAIZEA-LLEVANT, test de Denver, escala de Lawton y Brody (valoración AIVD) e índice de Barthel (autonomía AVD.)

07. TEMPERATURA

Temperatura corporal.

Fluctuaciones de temperatura.

Sensibilidad al frío y calor: aumentada / disminuida.

Exposición habitual ambientes fríos / calientes.

Toma medicamentos que provocan vaso dilatación.

08. HIGIENE / PIEL

Estado de la piel: normal / alterada / deshidratada.

Valoración de la piel en zona inserción o fijación.

Mucosa: normal / alterada.

Lengua: rosada / enrojecida / edema / saburral.
Encías: normales / alteradas.
Dientes: blancos / alineados / completos / faltan piezas.
Hábitos higiénicos habituales: baño / ducha.
Higiene dental: cepillado dientes.
Problemas o limitaciones para realizar su higiene.
Realización de cuidados relacionados con higiene y piel correcta.

Tests e índices: tabla de HAIZEA-LLEVANT, test de Denver, escala de Lawton y Brody (valoración AIVD), índice de Barthel (autonomía AVD) y escala de Norton (valoración úlceras por decúbito).

09. SEGURIDAD

Nivel conciencia: despierto / somnoliento.
Nivel de orientación.
Dificultad auditiva.
Dificultad visual.
Vacunación correcta.
Alergias.
Revisiones periódicas.
Caídas (últimos 3 meses).
Quemaduras (últimos 3 meses).
Seguridad: prevención UPP, cambios posturales
Seguridad entorno:
Hospital/ domicilio / escuela / barrio.
Cumplimiento plan terapéutico: farmacológico / no farmacológico / otras terapias.
Dolor. Relación con descanso y movilización.
Tipo de dolor: crónico / agudo / localización.
Intensidad: débil / fuerte / muy fuerte.

Tests e índices: test de Pfeiffer, test de MEC, test del informador, escala de Norton (valoración de úlceras por decúbito), escalas de Dolor Infantil (Susan Givens Bell, CRIES Store (Crying, Requires Oxygen Saturation, Increased Vital Signs, Expression and Sleeplessness), PIPP (Premature Infant Pain Profile), NIPS (Neonatal Infants Pain Scale).

10. COMUNICACIÓN

Dificultades la comunicación.
Dificultad de hablar y entender el lenguaje.
Déficit sensorial.
Describa con quien comparte el hogar.
N ° de personas que forman la unidad familiar.
Relaciones con las personas de su entorno.
Identificara su cuidador/a principal.
Su cuidador/a proporciona apoyo, ayuda y estímulo suficiente y efectivo.

Tests e índices: tabla de HAIZEA-LLEVANT, test de Denver, test de Goldberg, test de Yesevage, test de Apgar familiar.

11. CREENCIAS Y VALORES

Capacidad para tomar decisiones libremente.
Contradicciones y dificultades en la toma de decisiones.
Auto apreciación negativa.
Opinión sobre su salud. Expectativas. Imagen.

Tests e índices: test de Goldberg, test de Yesevage

12. TRABAJAR / REALIZARSE

Niño/a deseado/a.
Tiene hermanos.
Relación entre ellos/as.

Tests e índices: test de Zarit, Duke Hung y de sobrecarga del cuidador/a.

13. ACTIVIDADES LÚDICAS / RECREATIVAS

Conciencia del padre y de la madre de la necesidad del juego para el aprendizaje y desarrollo del niño o de la niña.
Actividades recreativas habituales.
Problemas en relación con las actividades recreativas.
Especificar tipo de problema: tiempo, recursos económicos, espacios, situación de salud.
Su situación de salud ha cambiado sus actividades recreativas.
El tiempo de ocio lo pasa: solo / con la familia / con amigos.
Se aburre cuando no trabaja en su ocupación habitual.

14. APRENDER / SATISFACER LA CURIOSIDAD

Retraso o dificultad para llevar a cabo habilidades motoras / sociales / expresivas.
Presenta dificultad para el aprendizaje.
Especificar problemas actuales para el aprendizaje.
Actitudes relacionadas con el aprendizaje.
Nivel de escolarización.
Acude a centro o institución especializado.
Recibe educación/apoyo en domicilio.

Tests e índices: test de Denver, tabla de HAIZEA-LLEVANT y test de Pfeiffer.

Tabla II

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA DIRIGIDO A LA PERSONA CUIDADORA Y FAMILIA DEL NIÑO O A LA NIÑA CON RIESGO NEURÓLÓGICO.

Valoración mínima específica de enfermería de la persona cuidadora, estructurada por Necesidades Básicas Virginia Henderson

01. RESPIRACIÓN

Fumador/a.
Desea dejar de fumar.

Tests e índices: test de Silverman

02. ALIMENTACIÓN / HIDRATACIÓN

Peso / talla / IMC.

Nº comidas / día / distribución.

Hábitos alimentarios.

Total consumo líquido diario.

Dentadura natural está en buen estado.

Tests e índices: diez pasos para una lactancia feliz OMS-UNICEF y Mini Nutricional Assessment “MNA”

04. MOVILIZACIÓN

Problemas o limitaciones relacionados con la movilidad.

Tests e índices: tipo convulsiones y temblores, tabla de HAIZEA-LLEVANT, test de Denver, escala de Lawton y Brody (valoración AIVD) e índice de Barthel (autonomía AVD).

05. REPOSO / SUEÑO

Horas de sueño: día / noche / siesta.

Problemas relacionados con el sueño.

Cambios en el patrón del sueño.

Cómo lo resuelve:

- . Medicamentos.
- . Recetados por el medico.
- . Conoce efectos.
- . Ha intentado dormir sin medicamentos.
- . Quiere probar otro método.

Otros datos de interés:

- . Influencia de las emociones.
- . Importancia que da al dormir / descansar.

08. HIGIENE / PIEL

Estado de la piel: normal / alterada / deshidratada.

Problemas o limitaciones para realizar su higiene.

Percepción de uno/a mismo/a.

Significado de la higiene personal, condiciones de la casa.

Tests e índices: tabla de HAIZEA-LLEVANT, test de Denver, escala de Lawton y Brody (valoración AIVD, índice de Barthel (autonomía AVD) y escala de Norton (valoración úlceras por decúbito).

09. SEGURIDAD

Alcohol.

Tabaco.

Otras sustancias.
Sensación habitual de estrés.
Auto percepción / auto evaluación.
Cambios recientes: personales / físicos.
Seguridad del entorno.
Sentimientos habituales.
Relación consigo mismo / con los de demás.

Tests e índices: test de Pfeiffer, test de MEC, test del informador y escala de Norton (valoración de úlceras por decúbito).

10. COMUNICACIÓN

Describa con quien comparte el hogar.
Relaciones con las personas de su entorno.
Personas clave con quien compartir experiencias vitales.
Se relaciona con ellos/as en este momento.
Sentimiento de pertenencia y de integración.
Cambios en el entorno social.
Estado de ánimo, situación de salud.
Problemas en relación con la sexualidad.
Embarazos anteriores /Abortos.

Tests e índices: tabla de HAIZEA-LLEVANT, test de Denver, test de Goldberg, test de Yesevage, test de Apgar familiar.

11. CREENCIAS Y VALORES

Creencia religiosa.
Creencias no religiosas.
Conflicto con sus propias creencias y valores.
Sentido de la vida.
Significado experiencias cotidianas. Sentido del sufrimiento.
Jerarquía personal de valores.
Capacidad para tomar decisiones libremente.
Auto apreciación negativa.
Capacidad para tomar decisiones libremente.
Auto apreciación negativa.

Tests e índices: test de Goldberg, test de Yesevage

12. TRABAJAR / REALIZARSE

Situación laboral.
Tipo de trabajo / categoría profesional / horario.
Compagina trabajo doméstico con actividad laboral externa.
El resto de la familia colabora en tareas domésticas.
Tiene alguna persona a su cargo: hijos/as pequeños/as, personas de edad avanzada, con incapacidades.

Especificar grado de parentesco y problema de salud.
Percepción de utilidad y satisfacción personal.
Su situación actual ha comportado cambios en sus ocupaciones.
Cómo se vive este hecho.
Recursos inadecuados.
Dificultades para realizar actividades de cuidados.
Conoce los recursos disponibles de la comunidad.

Tests e índices: test de Zarit, de Duke Hung y de sobrecarga del cuidador.

13. ACTIVIDADES LÚDICAS

Significado que da la persona a las actividades recreativas.
Actividades recreativas habituales.
Su situación ha cambiado sus actividades recreativas.
El tiempo de ocio lo pasa: solo/a, con la familia, con amigos/as.
Se aburre cuando no trabaja en su ocupación habitual.

14. APRENDER

Nivel de estudios.
Actitudes relacionadas con el aprendizaje.
Especificar problemas actuales para el aprendizaje.
Forma habitual de utilizar los recursos sanitarios.
Desea mas información sobre....
Pertenece a alguna asociación.

Tests e índices: test de Denver, tabla de HAIZEA-LLEVANT y test de Pfeiffer

Tabla III: Resumen del Plan de Cuidados Enfermeros del Niño/a en el Subproceso de Trastorno del Recién Nacido de Riesgo Neurológico

DIAGNÓSTICOS:

00116 Conducta desorganizada del lactante.
00032 Patrón respiratorio ineficaz.
00105 Interrupción de la lactancia materna.
00002 Desequilibrio nutricional por defecto.
00047 Riesgo deterioro integridad cutánea.
00039 Riesgo de aspiración.

RESULTADOS:

0909 Estado neurológico.
0117 Adaptación del prematuro.
0802 Signos vitales.
0403 Estado respiratorio: ventilación.

1800 Conocimiento: lactancia materna.
1500 Lazos afectivos padre – hijo.
1008 Estado nutricional: ingesta alimentaria y de líquidos.
1612 Control de peso.
1006 Peso: masa corporal.
1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.
0204 Consecuencias de la inmovilización: fisiológicas.
1010 Estado de deglución.
1918 Prevención de la aspiración.

INTERVENCIONES:

2620 Monitorización neurológica.
6480 Manejo ambiental.
8250 Cuidados del desarrollo.
6840 Cuidados del niño prematuro.
6680 Monitorización signos vitales.
3350 Monitorización respiratoria.
5244 Asesoramiento en la lactancia.
1052 Alimentación por biberón.
6870 Supresión de la lactancia.
4130 Monitorización de líquidos.
1100 Manejo de la nutrición.
1160 Monitorización nutricional.
3590 Vigilancia de la piel.
3540 Prevención úlceras por presión.
3520 Cuidados de las úlceras por presión.
0410 Cuidados incontinencia intestinal.
0610 Cuidados de la incontinencia urinaria.
1120 Terapia nutricional.
3200 Precauciones para evitar la aspiración.
1570 Manejo del vómito.

Tabla IV: Resumen del Plan de Cuidados Enfermeros con relación a la persona cuidadora y familia en el Subproceso de Trastorno del Recién Nacido de Riesgo Neurológico

DIAGNÓSTICOS:

00074 Afrontamiento familiar comprometido.
00146 Ansiedad.
00126 Conocimientos deficientes: procedimientos / tratamiento (padres / cuidadores).
00062 Riesgo de cansancio del Rol de cuidador.

RESULTADOS:

2604 Normalización de la familia.
2605 Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional.
1211 Nivel de ansiedad.

1302 Afrontamiento de problemas.
1814 Conocimientos: procedimientos terapéuticos.
1803 Conocimientos: proceso de la enfermedad.
2506 Salud emocional del cuidador familiar.

INTERVENCIONES:

7140 Apoyo a la familia.
7110 Fomentar la implicación familiar.
7040 Apoyo al cuidador principal.
5820 Disminución de la ansiedad.
5230 Aumentar el afrontamiento.
8618 Enseñanza: procedimiento / tratamiento.
5602 Enseñanza: proceso de enfermedad.
7200 Fomento de la normalización familiar.

DESARROLLO (En niño/a Recién Nacido de Riesgo Neurológico)

00116.- CONDUCTA DESORGANIZADA DEL LACTANTE

r/c:

- Exposición a teratógenos.
- Prematuridad.
- Dolor.
- Sobreestimulación sensorial.
- Falta de conocimiento de la persona cuidadora.

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

0909.- Estado neurológico.

01. Función neurológica: conciencia.
12. Constantes vitales DLN.
13. Patrón del descanso-sueño.
14. Ausencia de actividad comicial.

0117.- Adaptación del prematuro.

01. Frecuencia cardiaca (120-160 LPM*).
03. Frecuencia respiratoria (30-60 LPM*).
04. Saturación de oxígeno > 85%.
05. Termorregulación.
08. Tono muscular relajado.

NIC (Intervenciones de enfermería):

2620.- Monitorización neurológica.

- Vigilar el nivel de conciencia.

- Vigilar los signos vitales: Temperatura, presión sanguínea, pulso y respiraciones.
- Observar si hay temblores.
- Observar la respuesta a los medicamentos.
- Espaciar las actividades de cuidados que aumenten la presión intracraneal.
- Notificar al médico de los cambios en el estado del paciente.

6480.- Manejo ambiental.

- Crear un ambiente seguro para el paciente.
- Disminuir los estímulos ambientales.
- Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, cuando sea posible.
- Controlar la iluminación para conseguir beneficios terapéuticos.
- Individualizar la rutina diaria de forma que se adapte a las necesidades del paciente.
- Educar a las visitas acerca de los cambios y precauciones, de forma que no interrumpan inadvertidamente el ambiente planificado.
- Proporcionar a la familia información sobre la composición de un ambiente hogareño seguro para el paciente.

8250.- Cuidados del desarrollo.

- Crear una relación terapéutica y de apoyo con los padres.
- Proporcionar un espacio para los padres en la unidad y al lado del bebé.
- Proporcionar información exacta y objetiva a los padres respecto al estado, tratamiento y necesidades del bebé.
- Enseñar a los padres a reconocer las conductas y los estados del bebé.
- Realizar un programa de desarrollo individualizado para cada bebé y actualizarlo con regularidad.
- Proporcionar estimulación utilizando grabaciones de música instrumental, móviles, masajes, balanceo y contacto.

6840.- Cuidados del niño prematuro.

- Explicar los cuidados de canguro y sus beneficios a los padres.
- Preparar un ambiente tranquilo, privado y libre de corrientes.
- Proporcionar a los padres un sillón reclinable o una mecedora.
- Conseguir que la madre lleve ropas cómodas abiertas por delante.
- aconsejar a los padres que dejen dormir al bebé durante los cuidados de canguro.
- aconsejar a los padres a que realicen los cuidados de canguro de 20' a 3 horas por vez de forma consistente.
- Colocar al bebé con pañales en posición recta prona sobre el pecho de los padres.
- Monitorizar la reacción emocional de los padres a los cuidados de canguro.
- Fomentar la alimentación de pecho durante los cuidados de canguro.
- Animar a la madre a que se centre en el bebé en vez de en los ajustes y equipos de tecnología avanzada.

00032.- PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ

r/c:

- Disminución de energía o fatiga.
- Deterioro musculoesquelético.

- Inmadurez neurológica.
- Fatiga de los músculos respiratorios.

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

0802.- Signos vitales.

01. Temperatura corporal.
02. Frecuencia del pulso apical.
03. Frecuencia del pulso radial.
04. Frecuencia respiratoria.

0403.- Estado respiratorio: ventilación.

01. Frecuencia respiratoria.
02. Ritmo respiratorio.
09. Utilización de los músculos accesorios.
16. Dificultad respiratoria.

NIC (Intervenciones de enfermería):

6680.- Monitorización signos vitales.

- Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio si procede.
- Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.
- Observar si hay relleno capilar normal.
- Identificar causas posibles de los cambios en los signos vitales.

3350.- Monitorización respiratoria.

- Vigilar frecuencia, ritmo profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
- Anotar el movimiento torácico mirando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares.
- Vigilar las secreciones respiratorias del paciente.
- Observar si hay disnea y sucesos que la mejoran y empeoran.
- Establecer esfuerzos de resucitación, si es necesario.

00105.- INTERRUPCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

r/c:

- Contraindicaciones para la lactancia materna.
- Prematuridad.
- Enfermedad de la madre o el niño.

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1800.- Conocimiento: lactancia materna.

01. Descripción de los beneficios de la lactancia materna.
16. Descripción del paso de sustancias ingeridas a la leche materna.

18. Descripción de cómo acceder al sistema de salud.

1500.- Lazos afectivos padre – hijo.

04. Los padres verbalizan sentimientos positivos hacia el lactante.

15. los padres responden a las señales del lactante.

16. Los padres consuelan / tranquilizan al lactante.

17. Los padres alimentan al lactante.

NIC (Intervenciones de enfermería):

5244.- Asesoramiento en la lactancia.

- Determinar el conocimiento de la alimentación de pecho.
- Proporcionar información acerca de las ventajas y desventajas de la alimentación de pecho.
- Corregir conceptos equivocados, mala información e imprecisiones acerca de la alimentación de pecho.
- Determinar el deseo y la motivación de la madre para dar de mamar.
- Monitorizar la habilidad materna al acercar al bebé al pezón.
- Evaluar la forma de succión / deglución del recién nacido.
- Fomentar que la madre utilice ambos pechos en cada toma.
- Demostrar el masaje de los pechos y comentar sus ventajas para aumentar el suministro de leche.
- Recomendar el cuidado de los pezones, si es necesario.

1052.- Alimentación por biberón.

- Coger al bebé durante la alimentación.
- Colocar al bebé en una posición semi-Fowler durante la alimentación.
- Colocar la tetina en la punta de la lengua.
- Hacer eructar al bebé en medio de la toma y después de la alimentación.
- Instruir a la madre/padre o cuidador en las técnicas de esterilización del equipo de alimentación.
- Instruir a la madre/padre o cuidador acerca de la dilución correcta de la fórmula concentrada.
- Instruir a la madre/padre o cuidador sobre el almacenamiento correcto de la fórmula.

6870.- Supresión de la lactancia.

- Informar a la paciente del retorno precoz de la ovulación.
- Administrar por prescripción médica el fármaco para el cese de la lactación, si corresponde.
- Instruir a la paciente acerca de medidas anticonceptivas adecuadas.
- Informar a la paciente de la posible ingurgitación después del alta.
- Vigilar la congestión y las molestias de los pechos.

00002.- DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO

r/c:

- Incapacidad para digerir o absorber los nutrientes debido a factores biológicos, psicológicos.

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1008.- Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos.

01. Ingestión alimentaria oral.
02. Ingestión alimentaria por sonda.
04. Administración de líquidos i.v.
05. Administración de líquidos Nutrición Parenteral Total.

1612.- Control de peso.

02. Mantiene una ingesta calórica diaria óptima.
06. Come en respuesta al hambre.
07. Mantiene un patrón alimentario recomendado.
08. Retiene las comidas ingeridas.

1006.- Peso: masa corporal.

01. Peso
08. Percentil de la talla (niños).
09. Percentil del peso (niños).

NIC (Intervenciones de enfermería):

1052.- Alimentación por biberón.

- Coger al bebé durante la alimentación.
- Colocar al bebé en una posición semi-Fowler durante la alimentación.
- Colocar la tetina en la punta de la lengua.
- Hacer eructar al bebé en medio de la toma y después de la alimentación.
- Instruir a la madre/padre o cuidador en las técnicas de esterilización del equipo de alimentación.
- Instruir a la madre/padre o cuidador acerca de la dilución correcta de la fórmula concentrada.
- Instruir a la madre/padre o cuidador sobre el almacenamiento correcto de la fórmula.

4130.- Monitorización de líquidos.

- Identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos.
- Vigilar el peso.
- Vigilar ingresos y egresos.
- Observar las mucosas, la turgencia de la piel y la sed.
- Vigilar la presión sanguínea, frecuencia cardíaca y estado de la respiración.

1100.- Manejo de la nutrición.

- Preguntar al paciente si tiene alergia a algún medicamento.
- Determinar las preferencias de comidas del paciente.
- Realizar una selección de comidas.
- Comprobar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional y calórico.

- Pesar al paciente a intervalos adecuados.
- Proporcionar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse fácilmente, si procede.

1160.- Monitorización nutricional.

- Pesar al paciente a los intervalos establecidos.
- Observar las interacciones padres/niño durante la alimentación, si procede.
- Observar si se producen náuseas y vómitos.
- Controlar la ingesta calórica y nutricional.
- Controlar la turgencia de la piel, si procede.

00047.- RIESGO DETERIORO INTEGRIDAD CUTÁNEA

r/c:

- Humedad.
- Hipotermia o hipertermia.
- Inmovilización física.
- Excreciones o secreciones.
- Prominencias óseas.
- Alteración del estado nutricional.
- Alteración del turgor (elasticidad)
- Alteración del estado metabólico.
- Factores inmunológicos.

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1101.- Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

- 10. Ausencia de lesión tisular.
- 11. Perfusión tisular.
- 15. Lesiones cutáneas.
- 21. Eritema.

0204.- Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas.

- 01. Úlceras por presión.
- 09. Fiebre.
- 12. Tono muscular.
- 14. Movimiento articular.

NIC (Intervenciones de enfermería):

3590.- Vigilancia de la piel.

- Observar si hay enrojecimiento y pérdida de integridad de la piel.
- Observar si hay zonas de presión y fricción.
- Observar si hay excesiva sequedad o humedad de la piel.
- Instaurar medidas para evitar mayor deterioro, si es necesario.

- Instruir al miembro de la familia/cuidador acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel, si procede.

3540.- Prevención úlceras por presión.

- Utilizar una herramienta de valoración e riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del paciente (escala de Braden).
- Registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario.
- Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria.
- Aplicar protectores para los codos y los talones sí procede.
- Evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos.
- Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad, sí procede.

0410.- Cuidados incontinencia intestinal.

- Lavar la zona perianal con jabón neutro y agua y secarla bien después de cada deposición.
- Colocar pañales de incontinencia si es necesario.

0610.- Cuidados de la incontinencia urinaria.

- Ayudar a seleccionar las prendas adecuadas.
- Higiene adecuada de la zona dérmica genital.
- Limitar la ingesta de líquidos irritantes para la vejiga (café, colas, té, chocolate).

1120.- Terapia nutricional.

- Determinar las calorías y el tipo de nutrientes sólidos y líquidos (incluir alimentos ricos en fibra para evitar estreñimiento) necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación.
- Enseñar elaboración de la dieta y dar por escrito a la familia.

00039.- RIESGO DE ASPIRACIÓN

r/c:

- Alimentación por sonda.
- Reducción del nivel de conciencia.
- Deterioro de la deglución.
- Disminución de la motilidad gastrointestinal.
- Aumento del volumen gástrico residual.

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1010.- Estado de deglución.

10. Momento del reflejo de deglución.
12. Ausencia de atragantamiento, tos o náuseas.
13. Esfuerzo deglutorio normal.
14. Mantiene el contenido gástrico en el estómago.

1918.- Prevención de la aspiración.

01. Identifica factores de riesgo.
02. Evita factores de riesgo.
03. Se incorpora para comer y beber.

NIC (Intervenciones de enfermería):

3200.- Precauciones para evitar la aspiración.

- Vigilar el nivel de conciencia, reflejo de tos, reflejo de gases y capacidad deglutiiva.
- Controlar el estado pulmonar.
- Mantener el equipo de aspiración disponible.
- Colocación vertical a 90° o lo más incorporado posible.
- Mantener una vía aérea.
- Mantener el cabecero de la cama elevado durante 30 a 45 minutos después de la alimentación.
- Alimentación en pequeñas cantidades.
- Ofrecer alimentos y líquidos que puedan formar un bolo antes de la deglución.
- Comprobar la colocación de la sonda nasogástrica o de gastrostomía antes de la alimentación.
- Trocear los alimentos en porciones pequeñas.
- Comprobar los residuos nasogástricos o de gastrostomía antes de la alimentación.

1570.- Manejo del vómito.

- Valorar el color, la consistencia, la presencia de sangre, la duración y el alcance de la emesis.
- Medir o estimar el volumen de la emesis.
- Identificar factores que puedan causar o contribuir al vómito.
- Colocar al paciente de forma adecuada para prevenir la aspiración.
- Mantener las vías aéreas abiertas.
- Proporcionar apoyo físico durante el vómito.
- Limpiar después del episodio del vómito poniendo especial atención en eliminar el olor.
- Fomentar el uso de técnicas no farmacológicas junto con otras medidas de control del vómito.
- Ayudar al paciente y a la familia a solicitar y proporcionar ayuda.

00035.- RIESGO DE LESIÓN

r/c:

- Etapa de desarrollo.
- Hipoxia tisular.
- Perfil sanguíneo anormal.
- Físicos (solución de continuidad de la piel, alteración de la movilidad).
- Factores cognitivos, afectivos y psicomotores.

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1902.- Control del riesgo.

01. Reconoce factores de riesgo.
04. Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas.
09. Evita exponerse a las amenazas para la salud.
10. Participa en la identificación sistemática de problemas, ausencia de actividad comicial.

1801.- Conocimiento: seguridad física infantil.

01. Descripción de actividades apropiadas para el nivel de desarrollo del niño.
02. Descripción de métodos para prevenir caídas.

NIC (Intervenciones de enfermería):

6480.- Manejo ambiental.

- Disminuir los estímulos ambientales.
- Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, cuando sea posible.
- Controlar la iluminación para conseguir beneficios terapéuticos.
- Individualizar la rutina diaria de forma que se adapte a las necesidades del paciente.
- Permitir que la familia se quede con el paciente.
- Proporcionar una habitación individual, si está indicado.

4010.- Precauciones con hemorragias.

- Vigilar de cerca al paciente por si se produce hemorragia.
- Evitar tomar temperaturas rectales.
- Observar sí hay signos y síntomas de hemorragia persistente.
- Proteger al paciente de traumas que puedan ocasionar la hemorragia.

6610.- Identificación de riesgos.

- Instaurar una valoración rutinaria de riesgos mediante instrumentos fiables y válidos.
- Identificar al paciente que precisa cuidados continuos.
- Identificar las estrategias habituales de resolución de problemas de las personas y grupos.
- Determinar la presencia / ausencia de necesidades vitales básicas.
- Determinar el cumplimiento con los tratamientos médicos y de cuidados.
- Proceder a derivar a otro personal de cuidados y / o instituciones, según corresponda.

DESARROLLO (En persona cuidadora y familia del niño/a Recién Nacido de Riesgo Neurológico)

00074.- AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO

r/c:

- La persona de referencia está temporalmente preocupado por conflictos emocionales y es incapaz de percibir o actuar de forma efectiva respecto a las necesidades de la persona.
- La persona de referencia tiene comprensión o información inadecuada.
- Desorganización familiar y cambio temporal de roles.

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

2604.- Normalización de la familia.

01. Reconocimiento de la existencia de alteraciones y sus posibilidades de alterar las rutinas de la familia.
04. Altera el régimen prescrito ajustado a las rutinas y valores.
11. Mantiene las expectativas habituales los padres para el niño afectado.
15. Utilizan los recursos sanitarios, sociales cuando es necesario.

2605.- Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional.

01. Participan en la planificación asistencial.
03. Proporcionan información importante.
04. Obtiene información importante.
06. Colaboran en la determinación del tratamiento.

NIC (Intervenciones de enfermería):

7140.- Apoyo a la familia.

- Asegurar a la familia que al paciente se le brindan los mejores cuidados posibles.
- Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia.
- Favorecer una relación de confianza con la familia.
- Aceptar los valores familiares sin emitir juicios.
- Informar a la familia como puede ponerse en contacto con el cuidador.

7110.- Fomentar la implicación familiar.

- Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente.
- Animar a los miembros de la familia y al paciente a ayudar a desarrollar un plan de cuidados, incluyendo resultados esperados e implantación del plan de cuidados.
- Observar la implicación de los miembros de la familia en el cuidado del paciente.
- Facilitar la comprensión de aspectos médicos del estado del paciente a los miembros de la familia.
- Reconocer y respetar los mecanismos para enfrentarse con los problemas utilizados por la familia.
- Comentar las opciones existentes según el tipo de cuidados necesarios en casa, como vida en grupo, cuidados de residencia y cuidados intermitentes, si procede.
- Informar a los miembros de la familia a mantener relaciones familiares, según cada caso.

7040.- Apoyo al cuidador principal.

- Proporcionar información sobre el estado de salud del paciente de acuerdo con las preferencias del paciente.
- Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.
- Determinar la aceptación del cuidador de su papel.
- Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles.
- Informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.

- Observar si hay indicios de estrés.
- Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés.

00146.- ANSIEDAD

r/c:

- Estrés.
- Amenaza de cambio en el rol.
- Amenaza de cambio en las funciones del rol.

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1211.- Nivel de ansiedad.

- 05. Inquietud.
- 08. Irritabilidad.
- 10. Explosiones de ira.
- 17. Ansiedad verbalizada.
- 29. trastornos de los patrones de sueño.

1302.- Afrontamiento de problemas.

- 03. Verbaliza sensación de control.
- 04. Refiere disminución de estrés.
- 05. Verbaliza aceptación de la situación.
- 06. Busca información sobre la enfermedad y su tratamiento.

NIC (Intervenciones de enfermería):

5820.- Disminución de la ansiedad.

- Utilizar un enfoque sereno que dé tranquilidad.
- Tratar de comprender las perspectivas del paciente sobre una situación estresante.
- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
- Escuchar con atención.
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.

5230.- Aumentar el afrontamiento.

- Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.
- Ayudar al paciente a identificar la información que más le interese obtener.
- Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.
- Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones.
- Animar al paciente a desarrollar relaciones.
- Alentar la aceptación de las limitaciones de los demás.
- Reconocer la experiencia espiritual / cultural del paciente.
- Presentar al paciente personas (o grupos) que hayan pasado por la misma experiencia con éxito.
- Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Animar la implicación familiar, si procede.

00126.- CONOCIMIENTOS DEFICIENTES: PROCEDIMIENTOS/TRATAMIENTO (PADRES / CUIDADORES)

r/c:

- Falta de exposición.
- Falta de memoria.
- Mala interpretación de la información.
- Limitación cognitiva.
- Falta de interés en el aprendizaje.
- Poca familiaridad con los recursos para obtener la información.

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1814.- Conocimiento: procedimientos terapéuticos.

01. Descripción del procedimiento terapéutico.
02. Explicación del propósito del procedimiento.
07. Descripción de los cuidados adecuados del equipamiento.
09. Descripción de las acciones apropiadas durante las complicaciones.

1803.- Conocimientos: proceso de la enfermedad.

02. Descripción del proceso de la enfermedad.
05. Descripción de los efectos de la enfermedad.
07. Descripción del curso habitual de la enfermedad.
09. Descripción de las complicaciones.

NIC (Intervenciones de enfermería):

5618.- Enseñanza: procedimiento / tratamiento.

- Explicar el procedimiento / tratamiento.
- Informar al paciente sobre la forma en que puede ayudar en la recuperación.
- Proporcionar distracción al niño para que desvíe su atención del procedimiento.
- Reforzar la confianza del paciente en el personal involucrado, si es el caso.
- Proporcionar información sobre cuando y dónde estarán disponibles los resultados y la persona que los explicará.
- Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.
- Incluir a la familia / ser querido, si resulta oportuno.

5602.- Enseñanza: proceso de enfermedad.

- Describir el proceso de la enfermedad, si procede.
- Proporcionar información a la familia / ser querido acerca de los progresos del paciente, según proceda.
- Proporcionar información acerca de las medidas de diagnósticos disponibles, según resulte adecuado.
- Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/ o controlar el proceso de la enfermedad.

- Explorar recursos / apoyo posibles, según cada caso.
- Proporcionar el número de teléfono al que llamar si surgen complicaciones.

00062.- RIESGO DE CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR

r/c:

- Falta de descanso y distracción del cuidador.
- Curso imprevisible de la enfermedad o inestabilidad de la salud del receptor de los cuidados.
- Nacimiento prematuro o defecto congénito.
- Duración de la necesidad de los cuidados.

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

2506.- Salud emocional del cuidador principal.

- 01. Satisfacción con la vida.
- 03. Autoestima.
- 04. Temor.
- 14. Idoneidad de los recursos percibida.

NIC (Intervenciones de enfermería):

7040.- Apoyo al cuidador principal.

- Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.
- Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para sostener la propia salud física y mental.
- Enseñar al cuidador estrategias para acceder y sacar el máximo provecho de los recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.
- Actuar en lugar del cuidador si se hace evidente una sobrecarga de trabajo.
- Aceptar las expresiones de emoción negativa.
- Enseñar al cuidador la terapia del paciente de acuerdo con las preferencias del paciente.

7200.- Fomento de la normalización familiar.

- Fomentar el desarrollo de la integración del niño en el sistema familiar sin que el niño se convierta en el centro de la familia.
- Ayudar a la familia a que vea al niño afectado primero como a un niño, en lugar de cómo a una persona enferma crónica o discapacitada.
- Fomentar la interacción con otros niños normales.
- Ayudar a la familia a solicitar un sistema escolar que asegure el acceso a programas educativos adecuados.
- Animar a los padres a que pasen tiempo con todos los niños de la familia.
- Implicar a los hermanos en los cuidados y actividades del niño, si es posible.
- Animar a los padres a que dispongan de tiempo para el cuidado de sus necesidades personales.

ESCALAS DE VALORACIÓN DEL DOLOR EN EL NEONATO

La valoración del dolor debe ser incorporada al protocolo del cuidado habitual de los recién nacidos, siendo en ello crucial el papel que desempeña el personal de enfermería. Debe emplearse una escala con la que el personal esté familiarizado. Es recomendable evaluar y documentar el dolor del Recién Nacido cada 4 – 6 horas o según indicación de la escala del dolor o la condición clínica del neonato para poder proporcionar un tratamiento adecuado cuando lo precise en función de la intensidad del dolor. La evaluación del dolor debe ser multidimensional, debe incluir indicadores del comportamiento y fisiológicos realizándose después de cada procedimiento potencialmente doloroso. Estas escalas no son de ayuda si el paciente está paralizado o presenta sobredosificación de analgésicos.

- **Escala de Susan Givens Bell.**

Esta escala valora la intensidad del dolor a través de cambios en 6 parámetros conductuales y 4 parámetros fisiológicos. Permite evidenciar de manera objetiva y cuantificable la aparición e intensidad del dolor tras realizar procedimientos considerados dolorosos. Es una escala práctica, de fácil aplicación, objetiva que valora de forma rápida la intensidad del dolor. Se puede encontrar en la carpeta de test y escalas del Servicio Andaluz de Salud.

(http://www.sas.junta-andalucia.es/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT6_EsValDolorNeonato.pdf)

Signos conductuales	0	1	2
Duerme durante la hora precedente	Duerme más de 10 minutos	Duerme entre 5 – 10 minutos	Ninguno
Expresión facial de dolor	Calma, relajado	Menos marcado intermitente	Marcado constante
Actividad motora espontánea	Normal	Agitación moderada o la actividad disminuida	Agitación incesante o ninguna actividad
Tono global	Normal	Hipertonicidad moderada o hipotonicidad moderada	Hipertonicidad, fuerte o hipotonicidad, flácido
Consuelo	Consuelo dentro de 1 minuto	Consuelo después de 1 minuto de esfuerzo	Ninguno después de 2 minutos
Llanto	No llora ni se queja	Quejido	Llanto vigoroso

Signos fisiológicos	0	1	2
Frecuencia cardiaca	Dentro de la normalidad	10 - 20% aumento	> 20% aumento
Presión arterial (sistólica)	Dentro de la normalidad	10 mm. Hg. de aumento	> 10 mm. Hg. de aumento
Frecuencia respiratoria y cualidades	Dentro de la normalidad	Pausas de apnea	Apnea o taquipnea
Saturación O ₂	Ningún aumento en FiO ₂	≤ al 10% de aumento de FiO ₂	> 10% de aumento de FiO ₂

	< 5	5-8	>9
Interpretación	No dolor	Dolor moderado	Dolor intenso

- **CRIES Store (Crying, Requires Oxygen Saturation, Increased Vital Signs, Expression and Sleeplessness).**

La escala CRIES valora cinco parámetros fisiológico y de comportamiento siendo válida para medir el dolor postoperatorio. Debe ser aplicada cada 2 – 4 horas en las primeras 48 horas.

Puntuación CRIES del dolor postoperatorio en el Recién Nacido (Krechel SW 1995).

Parámetro	0	1	2
Llanto*	No llora, tranquilo	Lloriqueo consolable	Llanto intenso no consolable
Fi O ₂ para Sat > 95%	0,21	≤ 0,3	> 0,3
FC y TA sistólica	≤ basal	Aumento ≤ 20% basal	Aumento > 20% basal
Expresión	Cara descansada, expresión neutra	Ceño y surco nasolabial fruncidos, boca abierta (mueca de dolor)	Mueca de dolor y gemido
Periodos de sueño	Normales	Se despierta muy frecuentemente	Constantemente despierto

* El llanto de un RN intubado puede puntuarse por sus movimientos faciales y bucales.

	< 3	4 – 6	> 6
Interpretación	No dolor	Dolor moderado	Dolor intenso

• **PIPP (Premature Infant Pain Profile).**

La escala PIPP es una media multidimensional que se compone de siete parámetros valorados de 0 a 3, entre los que se incluye la edad gestacional motivo por el cual es muy bien aceptada. Esta escala presenta gran sensibilidad y especificidad, es un instrumento válido, de fácil aplicación en el diagnóstico y tratamiento del dolor en los neonatos.

Indicador (tiempo de observación)	0	1	2	2
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 – 12 lpm.	15 – 24 lpm.	≥ 25 lpm.
Disminución Sat O2# (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.

* Comparar comportamiento basal y 15 segundos después del procedimiento doloroso.

Comparar situación basal y 30 segundos después del procedimiento doloroso.

	< 6	7-12	>12
Interpretación:	Dolor leve o no dolor	Dolor moderado	Dolor intenso

• **NIPS (Neonatal Infants Pain Scale).**

Esta escala está compuesta de 6 indicadores de dolor: 5 conductuales y uno fisiológico. Las evaluaciones se realizan un minuto antes y un minuto después del estímulo doloroso. Es una escala práctica, versátil y fácilmente reproducible. No requiere de entrenamiento previo del personal que

lo utiliza. Esta escala no debe utilizarse de forma aislada, debe tenerse en cuenta el estado global del niño y su ambiente.

Puntuación NIPS (Neonatal Infants Pain Scale).

Parámetro	0	1	2
Expresión Facial	Relajada	Contraída	
Llanto	Ausente	Débil	Vigoroso
Respiración	Regular	Diferente de la basal	
Brazos	Relajados	Flexionados / extendidos	
Piernas	Relajadas	Flexionadas / extendidas	
Estado de conciencia	Dormido / tranquilo	Inquieto / irritable	

	< 4	> 4
Interpretación:	No dolor	Dolor

CUIDADOS DE MÍNIMA MANIPULACIÓN

MÍNIMA MANIPULACIÓN EN RECIÉN NACIDOS MENORES DE 1500 GRAMOS, SOSPECHA DE ASFIXIA PERINATAL O VENTILACIÓN MECÁNICA AGRESIVA.

- A. Justificación. Muchos procedimientos y tratamientos de rutina en las Unidades neonatales se asocian a fluctuaciones de las presiones vasculares cerebrales, de la presión arterial y de la presión venosa central, con el riesgo de producir hemorragia intraventricular en los grandes inmaduros o Recién Nacidos inestables.

El protocolo de mínima manipulación se ha institucionalizado, ya que a medida que disminuye el número de estimulación, tratamientos, intervenciones, flebotomía, etc. disminuye también la incidencia de HIV.

- B. Objetivos.

- I. Disminuir riesgo de hemorragia intraventricular, edema cerebral.

- C. Programa mínima manipulación, cuidados máximos.

- Se aplicará a todos los Recién Nacidos menores de 1500 gramos, sospecha de asfixia perinatal o ventilación mecánica agresiva.
- Se aplicará al menos durante la primera semana de vida. Después se valorará su continuidad dependiendo del estado del neonato.
- Se seguirán normas de asepsia estrictas durante las manipulaciones.
- Monitorización máxima. Incluye TA invasiva mediante canalización de arteria umbilical.
- Máxima atención con el fin de evitar las pérdidas de vías arterio-venosas o del tubo endotraqueal.
- Se realizarán un máximo de 6 manipulaciones programadas al día.
- El tiempo máximo en cada manipulación no superará los 20 minutos.
- Toda manipulación se realizará a través de las ventanas de la incubadora. Se realizarán todos los procedimientos y estudios no urgentes así como los programados. Para procedimientos mayores se abrirá la incubadora y se aplicará fuente de calor.
- Toda manipulación “entre horas” se reservará a situaciones de urgencia y/o compromiso vital.

- La exploración física del neonato así como las analíticas, mínimas indispensables, se realizarán dentro de las horas de manipulación.
- Se mantendrá un ambiente terapéutico neutro con temperatura óptima de 36'6 – 36'8 ° C y humedad alta 60 – 85%.
- Cuando el Recién Nacido pese menos de 800 gramos debe de usarse humidificación caliente extra.
- Se desarrollaran cuidados centrados en el desarrollo para disminuir el estrés neonatal. Estímulos táctiles, auditivos y visuales deben ser lo más suave posible. Teniendo especial relevancia la prevención (escalas del dolor) y tratamiento del dolor.
- En los cuidados respiratorios:
 - Se aspirará SOLO sí se observan secreciones, se moviliza menos el tórax o el respirador indica "tubo obstruido".
 - No se aspirará ni se realizaran lavados bronquiales de forma rutinaria.
 - No se aspirará de forma rutinaria la boca, nariz y parte posterior de faringe.
 - Se valorará el poner analgesia previa a la técnica.
 - Entre aspiraciones el RN debe recuperar la FC y SatO2 conectándose al respirador.
 - No se realizará percusión y vibración del tórax.
 - Evitar la bolsa autoinflable, salvo riesgo vital.
 - La presión máxima del aspirador no superará los 100 mm Hg.
- En la higiene y cuidados de la piel del neonato:
 - No se utilizará jabón, solo agua tibia y una gasa o compresa.
 - Se lavará los pliegues cutáneos, la ingle, los ojos y el cordón umbilical.
 - No se utilizará esparadrapo o tiritas.
 - Se realizará un tratamiento precoz e intensivo de cualquier escoriación de la piel del neonato.
- Cabeza incorporada un poco (20°) para disminuir la Presión Intracraneal y el estasis venoso cerebral.
- Se utilizará siempre bombas de infusión por vía intravenosa periférica o central y sobre todo si es un medicamento que tengan acción hipertensora o sea hiperosmolar. Una simple inyección IV lleva consigo cambios en la presión arterial. No poner calcio o bicarbonato directo.
- Se utilizará sensor de temperatura central. Se rotará, al menos cada 12 horas, los lugares de colocación de los sensores.
- Se informará a los padres por parte de los profesionales mediante una comunicación abierta y honesta que incluya aspectos médicos, éticos y legales.

FACTORES DE RIESGO DE PARTO PRETÉRMINO

FACTORES DE RIESGO MATERNOS ANTES DEL EMBARAZO

- Paridad: primípara o múltipara.
- Mujer con bajo peso relacionado con la talla.
- Alteraciones genito-urinarias.
- Diabetes.
- Hipertensión crónica.
- Ausencia de inmunización a infecciones como rubéola.
- Antecedentes de prematuros.
- Antecedentes de abortos espontáneos.

FACTORES DE RIESGO MATERNOS DURANTE EL EMBARAZO

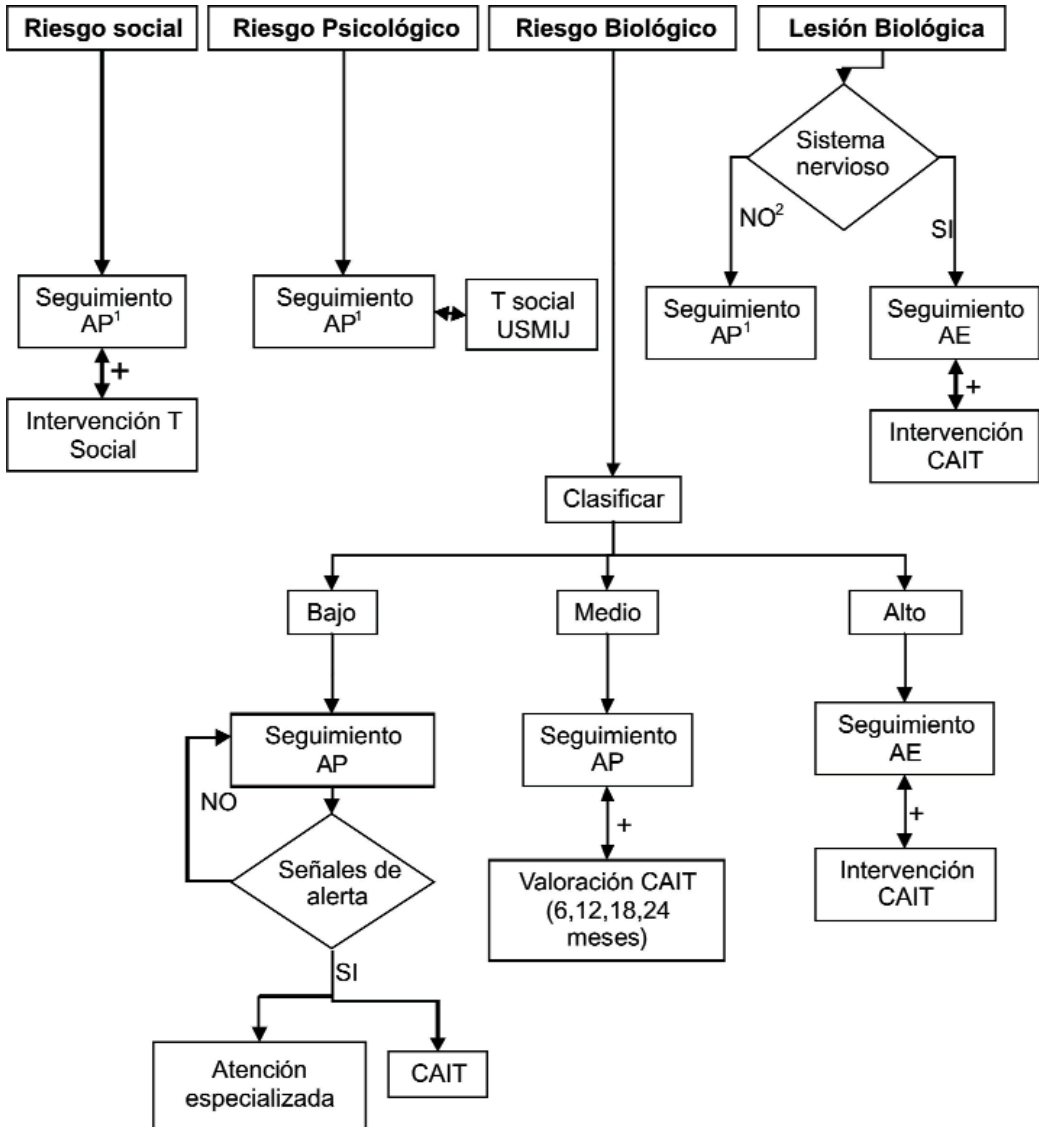
- Ausencia de consulta prenatal.
- Embarazo múltiple.
- Ganancia de peso escasa.
- Intervalo entre los embarazos corto.
- Hipotensión.
- Hipertensión, preeclampsia, toxemia.
- Bacteriuria asintomática.
- Infección por rubéola o citomegalovirus.
- Sangrado en el 1º o 2º trimestre de embarazo.
- Alteración en la implantación placentaria. Placenta previa.
- Abruption placentae.
- Hiperemesis.
- Oligoamnios, polihidramnios.
- Anemia.
- Isoinmunización.
- Feto con malformaciones.
- Incompetencia istmico-cervical.
- Rotura espontánea y prematura de membranas.
- Prematuridad yatrógena.

OTROS FACTORES DE RIESGO

- Tabaco.
- Alcohol.
- Otras drogas: cocaína, heroína.
- Exposición a sustancias tóxicas, medicación, radiaciones.

- Déficit nutricional.
- Altitud elevada.
- Edad materna.
- Factores socio-económicos.
- Raza.
- Educación y estrés.
- Reproducción asistida.

ALGORITMO DEL PLAN DE SEGUIMIENTO



¹Según evolución, hallazgos patológicos o señales de alerta valorar derivar a Cait y/o Atención especializada.

²Lesiones biológica que no afecten al SNC y además no sean graves o complejas.

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO BIOLÓGICO Y/O NEUROSENSORIAL.

I. BAJO RIESGO

- RN con peso < P10 para su edad gestacional.
- Test de APGAR < 3 al minuto o < 7 a los 5 minutos, o constatación de pérdida de bienestar fetal.
- RN con ventilación mecánica durante más de 24 horas.
- Hiperbilirrubinemia que precise exanguinotransfusión.
- Sepsis neonatal.
- Policitemia-síndrome de hiperviscosidad (especialmente si sintomático).
- RN con hermano con patología neurológica no aclarada o con riesgo de recurrencia.
- Gemelo, si el hermano presenta riesgo neurológico.
- Uso de fármacos Ototóxicos, principalmente Aminoglucósidos durante un periodo prolongado o con niveles plasmáticos elevados.
- Radiaciones.
- Antecedentes familiares de trastornos auditivos, visuales, neurológicos o psiquiátricos de posible recurrencia.
- Insuficiencia placentaria.
- Síndrome malformativo somático con riesgo de trastorno del desarrollo neuro-psico-sensorial.

II. MEDIO RIESGO

- Convulsiones neonatales.
- Hijo de madre con patología mental.
- Infecciones que puedan afectar al feto.
- Administración de drogas durante el embarazo que puedan afectar al feto.
- Patología craneal.
- Edad gestacional <32 semanas.

III. ALTO RIESGO

- Asfixia severa.
- Peso < a 1500 g.
- Infecciones del SNC (meningitis, encefalitis o ventriculitis).
- Disfunción neurológica persistente (más de siete días).
- Daño cerebral evidenciado por neuroimagen.
- Malformaciones del SNC.
- Neurometabopatías.
- Cromosopatías y otros síndromes dismórficos.

PRUEBAS DE DESARROLLO Y ESPECÍFICAS

PRUEBAS DE DESARROLLO GENERALES

- NBAS (Evaluación del Comportamiento Neonatal) (1995); Brazelton y Nugent (0-1 mes).
- Currículum Carolina (1994); Jonson-Martín, N.M., Jens, K.G., Attermeier, S.M., Hacker, B.J. (0-24 meses).
- Escalas Bayley de desarrollo infantil (1993); Bayley, N. (0-30 meses).
- Escala para medir el desarrollo psicomotor de la primera infancia-revisada (1997); Brunet, O y Lezine, I. (0-30 meses).
- Escala Observacional del Desarrollo (1992); Secadas, F. (0-6años).
- Inventario de desarrollo Battelle (1996); Newborg, J., Stock, J.R. y Wnek, L. (0-8 años).
- Guía Portage de Educación Preescolar; Susan M. Bluma, Marsha S. Shearer Alma H. Frohman, Jean M. Hilliard. (0-6 años).
- Cuestionario de madurez neuropsicológica infantil (CUMANÍN) (1999); Portellano, J. A., Mateos, R., Martínez, R. Granados, M.J. y Tapia, A. (3-6 años).
- Escalas de aptitudes y psicomotricidad para niños (1972) McCarthy (2,5-8,5 años).
- Escala Manipulativa Internacional Leitter (2-18 años).

PRUEBAS ESPECÍFICAS

- Test de Illinois de aptitudes psicolingüísticas (1994) ; Kirk, S.A., McCarthy, J.J. y Kirt, W.D. (2,6-10,6 años).
- Test de Vocabulario en Imágenes Peabody (1986) ; Dunn, LI.M. (2,6-18 años) .
- Prueba de lenguaje oral de Navarra, PLON (1989); Aguinaga, G., Armentia, M.L., Fraile, A., Olangua, P. Y Uriz, N. (4-6 años).
- Registro Fonológico Inducido de Monfort y Juarez, 1989.
- ACACIA (1994); Tamarit J. (3-18 años).
- Inventario de Espectro Autista, IDEA (1997); Rivière.

Evaluación a la familia:

- Parenting Stress Index (PSI); (1995); Abidin (1 mes- 12 años).
- Escala HOME (1984); Caldwell y Bradley (0-3 años y 3-6 años).
- Escala BABEL de calidad del maternaje, J.C Belda.

Evaluación del entorno:

- ECERS-R Early Childhood Environment Rating Scale – Revised; Thelma Harms, Richard M. Clifford, and Debby Cryer (2,6-5 años).