



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Facultad de Enfermería de Soria



Facultad de Enfermería de Soria

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

Propuesta de Intervención Educativa en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales basada en los Cuidados Centrados en el Desarrollo

Estudiante: Beatriz Valios Gimeno

Tutelado por: María Ángeles Ferrer Pascual

Soria, 11 de Junio de 2015.

INDICE

1. Introducción.	3
2. Marco Conceptual.	3
2.1. El bebé prematuro.	3
2.2. Cuidados Centrados en el Desarrollo.	4
2.2.1. Regulación de la luz ambiental en el niño prematuro.	5
2.2.2. Regulación del ruido en el niño prematuro.	6
2.2.3. Cuidado postural.	6
2.2.4. Manipulaciones en el Recién Nacido pretérmino.	7
2.2.5. Atención Centrada en la familia.	8
2.2.6. Medidas no farmacológicas frente al dolor.	11
2.3. Programa de Cuidados Individualizados y evaluación del desarrollo.	12
2.4. Educación para la Salud a padres con hijos prematuros.	14
3. Objetivos.	16
4. Material y Métodos.	16
5. Resultados y discusión.	17
5.1. Participación de los profesionales de enfermería en los Cuidados Centrados en el Desarrollo en España.	17
5.2. Beneficios que proporcionan los Cuidados Centrados en el Desarrollo.	19
5.3. Implicación de los profesionales de enfermería en la educación a padres.	20
6. Conclusión.	21
7. Programa de Educación para la Salud dirigido a padres con bebés prematuros en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales: “Cuidando con los cinco sentidos”.	22
7.1. Características del grupo al que se dirige el programa.	23
7.2. Objetivos del programa.	24
7.3. Cronograma.	24
7.4. Organigrama.	25
7.5. Evaluación del programa.	32
8. Bibliografía.	35
9. Anexos.	40

RESUMEN

Introducción: Los Cuidados Centrados en el Desarrollo (CCD) son una serie de intervenciones dirigidas a disminuir el estrés y el sufrimiento del niño, favorecer su desarrollo neurológico y emocional y facilitar la interacción de los padres. Las secuelas motoras, sensoriales o cognitivas como consecuencia de la prematuridad son un problema actual.

Objetivos: Para el desarrollo de este trabajo se marcan los siguientes objetivos: Identificar la participación de los profesionales de enfermería en los CCD en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) en España. Examinar los beneficios que se obtienen de la aplicación de los CCD y averiguar el grado de implicación de dichos profesionales en la educación a los padres. Para finalizar, se propone un programa de educación a padres con niños prematuros en UCIN sobre los CCD que necesitan sus hijos.

Resultados: Según se puede observar a través de la revisión bibliográfica realizada los profesionales de enfermería, son los encargados de llevar a cabo junto con la familia los cuidados al bebé prematuro. Las UCIN deben cuidar tanto el macroambiente, como el microambiente de las mismas. Existen numerosos beneficios de aplicar los CCD, estos disminuyen las complicaciones y acortan la estancia hospitalaria. En cuanto a la educación, no hay constancia de la implicación de los profesionales en la educación grupal a padres ya que no se han encontrado documentos que elaboren un programa de educación estructurado, en cambio sí que hay constancia de que el profesional participa de manera no formal en la educación de los padres.

Conclusiones: La implementación de los CCD en España ha mejorado en los últimos años, aunque todavía quedan muchas áreas de mejora por desarrollar. Una de ellas, es la ausencia de estudios que pongan de manifiesto los beneficios que dichos cuidados aportan así como programas de educación dirigido a padres.

1. INTRODUCCIÓN

Este trabajo surge de la experiencia que me ofreció mi paso por la planta de Pediatría y Neonatología en el Hospital Santa Bárbara en la cual pude observar la importancia de aplicar cuidados de calidad en ésta etapa del ciclo vital.

Para ello, en primer lugar, se describirán aquellos conceptos clave para entender qué es un bebé prematuro, qué necesidades tienen, cómo pueden abordarse dichas necesidades y qué pueden hacer los profesionales de enfermería respecto a esto.

Posteriormente, se realizará una revisión bibliográfica sobre la situación actual de los CCD, su eficacia, etc.

Para finalizar, se desarrollará un programa de educación dirigido a padres con niños prematuros en el ámbito hospitalario.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. El bebé prematuro

Se denomina nacimiento a término aquel comprendido entre la semana 37 y 42 de gestación, pretérmino o prematuro aquel que se produce antes de la semana 37 y postérmino o postmaduro después de las 42 semanas; debemos tener en cuenta, además, que el periodo neonatal comprende aquellos bebés recién nacidos de cuatro o menos semanas^{1,2}.

Dicho periodo, constituye un momento crítico en la vida de las personas por la alta mortalidad que en él se produce y por el elevado número de secuelas que pueden producirse. Por ello, la calidad de la asistencia y los cuidados realizados en éste periodo son fundamentales para la posterior calidad de vida del individuo³.

La tasa de mortalidad total en Recién Nacidos, según la Organización Mundial de la Salud, es del 41% del total de defunciones en menores de cinco años. La prematuridad, es la causa más frecuente de mortalidad neonatal con un 29%, a las que le siguen la asfixia (21%) y las infecciones graves (25%)⁴. Cada año en Europa, el 10% de los nacimientos se produce de manera

prematura. Un porcentaje que en España es del 6,14%, lo que supone 1 de cada 13 nacimientos. En los últimos 18 años el número de nacimientos prematuros ha aumentado un 36% según datos del Instituto Nacional de Estadística^{5,6}.

2.2. Cuidados Centrados en el Desarrollo

En un principio, únicamente importaba la supervivencia de los bebés prematuros, es decir, los profesionales sanitarios se centraban en las patologías médicas que presentaba el niño. Más tarde, en la década de los 70 en Estados Unidos, la Dra Heidelise Als, demostró la importancia de prestar cuidados dirigidos a favorecer el desarrollo emocional y neurológico de los bebés, a lo que se le denominó "*Cuidados Centrados en el Desarrollo (CCD)*"^{7,8}.

Los CCD se definen como "*cuidados que tienen por objeto favorecer el desarrollo neurosensorial y emocional del recién nacido*"⁹. Todos ellos están dirigidos a prestar un trato más humanizado, haciendo que el niño madure en las mejores condiciones posibles ya que debemos tener en cuenta, que en estos recién nacidos el Sistema Nervioso Central se encuentra en plena formación y pequeñas vivencias o estímulos inadecuados, pueden condicionar el desarrollo cerebral del niño.

Este tipo de cuidados están encaminados a reducir al máximo todas aquellas complicaciones derivadas de las prolongadas estancias de los bebés en la Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), como son; el estrés que expresan con cambios en la frecuencia cardíaca, la saturación de oxígeno o con respuestas conductuales como, dedos extendidos, extensión de las piernas, arqueamiento del tronco, ceño fruncido, emitir gemidos o llorar, así como apartar la vista de su cuidador^{6,8}. También están encaminadas a reducir el dolor asociado a procedimientos invasivos o pruebas diagnósticas y facilitar la interacción con los padres.

Los objetivos principales del cuidado del bebé prematuro son evitar los comportamientos estresantes, promover los estados de autorregulación, y adaptar el ambiente en el que él se encuentra con la finalidad de imitar la situación intraútero.

Esta adaptación implica aspectos como la posición, el ruido y la luz que se detallan a continuación.

2.2.1. Regulación de la luz ambiental en el niño prematuro

El bebé durante la gestación recibe muy poca estimulación luminosa y por tanto, los bebés prematuros no están preparados para recibir estímulos luminosos continuados^{9,10,11}.

La vista es el último sentido en desarrollarse, comienza a las 30 semanas de gestación pero, sin embargo, es el sentido más maduro al nacimiento en los niños a término. En el caso de los bebés prematuros, dicho sentido no ha terminado de desarrollarse de forma adecuada, a esto debemos sumarle que dichos bebés ingresarán en unidades de hospitalización con focos de luz muy agresivos.

Por ello, autores como Ginovart G.¹¹ y Melgar A., Bergón E.¹² recomiendan no superar los 60 lux en cuna o incubadora para cualquier bebé prematuro, excepto en los prematuros inferiores a 30 semanas en los cuales el sentido de la vista no ha comenzado a desarrollarse y en estos se recomienda no superar los 20 lux.

Siempre que sea posible, debe utilizarse luz natural. En el caso de emplear luz artificial, que sea regulable. Para proteger a los niños de estímulos luminosos inadecuados deben cubrirse las incubadoras, realizar una transición suave del sueño a la vigilia, tapar sus ojos si es necesario realizar una técnica con luz directa y siempre realizar el método canguro en zonas de penumbra⁸.

2.2.2. Regulación del ruido en el niño prematuro

En el caso del sentido del oído, este comienza a desarrollarse a partir de la 20 semana de gestación. Por ello, un nivel adecuado de ruido ayudará al correcto desarrollo del recién nacido. El feto intraútero recibe los sonidos atenuados por lo que debemos evitar los ruidos intensos.

En las UCIN es recomendable colocar sonómetros que ayuden a los profesionales y familias a controlar el ruido. Además, deben existir puertas con mecanismos de cierre silenciosos. Es importante no apoyar nada ni escribir sobre la incubadora, y abrir y cerrar las puertas de forma muy cuidadosa.

Con respecto a los profesionales de la unidad, éstos deben evitar el acumulo de gente, procurar tener conversaciones lejos del niño y en un tono suave, mantener los teléfonos móviles en silencio, siempre que sea posible, utilizar alarmas en los monitores luminosas e insonoras y apagar rápidamente las alarmas que estén sonando^{11,13}.

2.2.3. Cuidado postural

El objetivo principal es imitar la posición uterina, para ello debe tenerse en cuenta que el feto dentro del útero se encuentra limitado y contenido. La posición en flexión que el bebé mantiene intraútero, durante los meses de gestación, permite que sus extremidades estén hacia el centro de su cuerpo o, lo que es lo mismo, hacia su línea media. Esto facilita su auto consuelo y le permite llevar la mano a la boca o tocarse la cara.

La postura de elección será decúbito lateral ya que permite mantener los miembros alineados y en la línea media, facilita los movimientos mano-mano y mano-boca (movimientos de auto-consuelo) y mejora la flexión de tronco y pelvis.

Para lograr un óptimo cuidado postural, en las UCIN se utilizan materiales como nidos o rollos que ayuden a reducir el estrés, favorezcan una postura adecuada y mantengan el calor corporal. Éstos, son colocados de forma que el niño quede en flexión. Deben ser moldeables, suaves y de diferentes tamaños.

Estas medidas aparecen reflejadas en el protocolo elaborado por Cabrejas L. et all ¹³ en él, detallan que sólo así conseguimos una adecuada regulación del recién nacido mediante un descanso adecuado, creando noción de su cuerpo en el espacio, mejor digestión, capacidad de autorregulación y prevención del estrés. Además, según recomendaciones basadas en una revisión sistemática del Instituto Joanna Briggs (JBI)¹⁴ previene deformidades anatómicas y lesiones en la piel, fomenta la succión y favorece la interacción padre-hijo-cuidadores.

2.2.4. Manipulaciones en el Recién Nacido pretérmino

Uno de los puntos fundamentales en el cuidado al recién nacido prematuro debe ser el cuidado individualizado. De esta forma, los profesionales harán todo lo posible para adaptarse a la situación y necesidades de cada bebé y su familia.

Cuando se trata de bebés prematuros, toda manipulación debe realizarse, siempre que sea posible, entre dos personas. Así, una persona se encarga del bebé y la otra de la técnica a realizar. Antes de realizar cualquier técnica, se debe observar y pensar cómo hacerlo. Es decir, debemos tener todo preparado y pensar cómo vamos a realizar cada manipulación. De esta forma, realizaremos el trabajo de manera que el bebé sienta el menor estrés posible. Hay que tener en cuenta, que el cuidado de estos bebés comienza antes de realizar la técnica, para que ellos comiencen a sentirnos mediante caricias y acaba cuando el niño está tranquilo.

Es muy importante, movilizar poco a poco de manera que no se asuste. También es importante mantener la cabeza y el cuerpo en el mismo plano¹⁵.

Los profesionales de enfermería, expertos en el cuidado, deben hacer partícipe a los padres del cuidado de su hijo para que vayan adquiriendo responsabilidades en su cuidado. Para ello, una de las mejores formas posibles es mediante la Atención Centrada en la familia que se detalla a continuación.

2.2.5. Atención Centrada en la familia

En todo proceso de salud/enfermedad la Atención a la familia es un punto fundamental. El término familia según Friedman puede definirse como: *“Agrupación compuesta por personas (dos o más) emocionalmente implicadas entre sí y que viven en una estrecha proximidad geográfica, la implicación emocional se demuestra a través del afecto y del compromiso de un proyecto común”*¹⁶.

Algunas de las razones más importantes por las que, ante un proceso de salud o enfermedad, también debe tratarse a la familia son que dichos acontecimientos afectan de manera indiscutible al conjunto de la unidad, además, debemos tener en cuenta que la familia es considerada como generadora de hábitos de salud y que ante un proceso de dependencia, será la principal prestadora de cuidados. Sin olvidar, que el cuidador familiar también requiere de atención profesional ¹².

El nacimiento de un hijo es un momento de estrés en cualquier familia. Si a todo ello le sumamos que, en nuestro caso, trataremos familias que acaban de tener un hijo prematuro, dicha atención cobra mucha más importancia ya que en, muchos casos, la familia debe asumir que su hijo puede tener comprometida su vida.

La familia debe reconocerse como parte prioritaria de los cuidados del niño. Además, serán los profesionales de enfermería los encargados de ayudar a los padres, enseñar los cuidados que necesita su hijo, explicar el por qué de sus comportamientos evitando así los posibles sentimientos de incompetencia, culpabilidad, miedo... En definitiva, enseñarles las necesidades que tiene su bebé para convertirlos en los perfectos cuidadores. Debido a que los bebés prematuros tienen ciertas necesidades especiales, debemos instruir a la familia del niño para garantizar cuidados de calidad durante la hospitalización del niño y más tarde en el domicilio.

Los CCD, reconocen a la familia como referencia permanente en la vida del niño. Todos los miembros de la familia, deben implicarse en los cuidados del recién nacido. De esta forma, conseguiremos que formen parte de los cuidados al niño y puedan participar en las decisiones sobre su hijo. Por parte de los

profesionales, ésta práctica conlleva un proceso de adaptación como en el resto de los CCD, pero si éstos son conscientes de los beneficios y se llega a reconocer el papel de la familia como elemento esencial durante el ingreso del niño, conseguiremos favorecer la unión y la fuerza de la familia disminuyendo su grado de ansiedad y mejorando el vínculo con su hijo con prácticas como el método canguro. Esto permitirá ofrecer una atención individualizada tanto al niño como a su familia⁸.

Para la implicación de los padres en el cuidado de su hijo existen dos métodos fundamentales que corresponden al Método Madre Canguro y a la Lactancia Materna.

Método Madre Canguro

El Método Madre Canguro (MMC) se define como *“Atención a los niños prematuros manteniéndolos en contacto piel a piel con su madre. Se trata de un método eficaz y fácil de aplicar que fomenta la salud y el bienestar tanto de los recién nacidos prematuros como de los nacidos a término”*¹⁷.

Aunque en la definición nombra únicamente a la madre, esta técnica puede ser realizada tanto por la madre como por el padre ya que el propósito de esta posición es que el niño encuentre en los padres una fuente permanente de calor corporal y estimulación táctil, aumenta la confianza de los padres y disminuye la ansiedad que conlleva tener un hijo hospitalizado. En el caso de la madre éste método favorece la lactancia materna y acorta la estancia hospitalaria, favoreciendo el seguimiento ambulatorio. El contacto íntimo y prolongado entre la madre y el hijo busca establecer o reforzar el vínculo biológico y afectivo que debe existir entre todo recién nacido y su madre^{6,8,9,17,18}.

Para realizar el MMC el niño debe estar colocado en posición vertical sobre el pecho del padre o entre los senos de la madre y en decúbito ventral de forma que se mantenga la vía aérea libre y se mantenga el contacto visual entre la madre o el padre y el bebé. El contacto entre ambos debe ser directo piel con piel. Es recomendable que los padres eviten el uso de cadenas, colonias o cremas con olor, para que así, el bebé reconozca su olor y se sienta como en

el vientre materno, además debe indicarse a los padres que deben usar ropa cómoda y vestir al bebé con un gorro y pañal¹⁹.

Durante la realización del MMC debe monitorizarse al bebé y realizarse de forma continuada, el tiempo mínimo es una hora ya que la transferencia del niño desde la incubadora a la posición canguro supone estrés y por tanto debe estar el tiempo suficiente sobre el pecho de su madre o de su padre para que de alguna manera “compense”. No hay tiempo máximo, puede realizarse todo el tiempo que se desee siempre y cuando sea posible.

Lactancia materna en el bebé prematuro

La leche materna es el mejor alimento que una madre puede ofrecer a su hijo recién nacido y contiene todo lo que el niño necesita durante los primeros meses de la vida.

Se trata de un alimento ecológico con múltiples beneficios ya que disminuye la incidencia y/o gravedad de múltiples infecciones, de la muerte súbita del lactante durante el primer año de vida, reduce la incidencia de diabetes, obesidad y sobrepeso, además de favorecer el desarrollo intelectual. En cuanto a las madres, la lactancia materna también les ofrece múltiples beneficios como la disminución de sangrado en el puerperio, recuperación precoz del peso y disminución del riesgo de cáncer de mama²⁰. Además, la lactancia materna ofrece múltiples beneficios psicológicos para la madre, ya que les hace sentirse más seguras y reconfortadas cuando esta se realiza de manera correcta²¹ ..

Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Asociación Española de Pediatría (AEP), como los profesionales sanitarios recomiendan lactancia materna “exclusiva” durante los primeros seis meses, esto significa que se den tomas cada 4 o 6 horas sin ofrecer al bebé ninguna fórmula artificial^{22,23}. UNICEF elaboró en 2010 una estrategia de alimentación en lactantes, basada en la “Declaración de Innocenti” de 1990, en dicha estrategia se ofrecía evidencia científica de los múltiples beneficios de la lactancia materna exclusiva y se hablaba de la necesidad de crear políticas y realizar esfuerzos que promocionasen dicha práctica²¹.

La lactancia materna es el alimento perfecto para todo niño recién nacido, independientemente de su edad gestacional. En el caso de los bebés prematuros, además de recibir todos los beneficios que ofrece la lactancia, disminuye las sepsis tardías y mejora su desarrollo²⁰.

El amamantamiento es un arte innato en los seres humanos que, sin embargo, no está exento de unos conocimientos y actitudes que lo faciliten. Por ello, los profesionales de enfermería deben favorecer la instauración de la lactancia materna explicando a los padres las posibilidades que existen y los beneficios de la leche materna, intentando resolver todas las dudas que se planteen. Se explicará a la madre que, si lo desea y su estado de salud lo permite, puede dar de mamar a su bebé. Si no fuese posible, puede extraerse la leche y administrarla al bebé mediante sonda, jeringa o cuchara. En los casos en los que el bebé todavía no tiene el reflejo de succión es recomendable realizar el MMC para favorecer el vínculo entre ambos y estimular el reflejo de succión^{19,20,24}.

2.2.6. Medidas no farmacológicas frente al dolor

Como último aspecto a tener en cuenta en los CCD las medidas no farmacológicas tienden a reducir el dolor que, cómo se indicó anteriormente, sufren los bebés derivados de todos los procedimientos invasivos que deben sufrir.

Se denomina analgesia no farmacológica a *“una serie de medidas profilácticas y complementarias que tienen como objeto la reducción del dolor y que no conllevan la administración de medicación”*²⁵.

Antes de actuar, debemos pensar en las consecuencias físicas (aumento de la frecuencia cardiaca, tensión arterial y frecuencia respiratoria...), hormonales (aumento de la renina, catecolaminas y cortisol...) y del comportamiento (llanto, expresión facial, cambio de tono...) que ciertas técnicas pueden causar en los bebés. Por ello, es necesario planificar nuestras actuaciones e intentar causar el mínimo estrés al neonato realizando medidas de analgesia no farmacológicas.

Algunas de estas medidas consisten en organizar el ambiente de manera que ante un procedimiento doloroso, técnica o manipulación haya una persona encargada del bebé y su contención; mediante una regulación adecuada de luz y ruido o favoreciendo los ciclos de sueño.

Otra de las medidas se realiza administrando sacarosa oral dos minutos antes del estímulo doloroso. Debe administrarse 0,2 c.c. de sacarosa oral al 24%. Pueden utilizarse monodosis, preparados de farmacia o usar 3 sobres de azúcar común (8gr.) en 100 c.c. de agua destilada¹⁸. Se conserva a temperatura ambiente y debe ser renovado en cada turno. La succión no nutritiva (de una tetina por ejemplo) junto a la administración de sacarosa ofrece muy buenos resultados.

2.3. Programa de Cuidados Individualizados y Evaluación del Desarrollo (NIDCAP)

El Programa de Cuidados Individualizados y Evaluación del Desarrollo del Recién Nacido denominado NIDCAP: (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) es el modelo de Cuidados Centrados en el Desarrollo más importante en la actualidad, fue ideado al igual que los CCD por la Doctora Als H. Este nace de la necesidad de desarrollar una atención más personalizada en cada caso y evaluar sus resultados.

La Dra Als creó la teoría sinactiva del desarrollo, la cual es la base del NIDCAP. Con ella, se evalúa el grado de maduración del Sistema Nervioso Central y ayuda a comprender cómo funcionan y cómo se organizan las distintas capacidades neuronales en el feto y en el recién nacido cuando no se encuentran maduras⁷.

Dicha teoría estructura al niño en cinco sistemas que se interrelacionan entre sí continuamente. Para que el niño se encuentre estable, dichos sistemas deben encontrarse en equilibrio. En el momento que uno de ellos se altera, produce un efecto dominó que altera el resto de sistemas.

Estos sistemas se clasifican en⁶:

1. Autonómico: Corresponde a los signos fisiológicos que muestra el bebé mediante la respiración, frecuencia cardiaca, color de la piel...

2. Motor: Refiere cómo es la actividad y posición general de las extremidades, tronco y gestos de la cara del bebé.
3. Estado de conciencia: Debe interpretarse mediante los estados de sueño o la expresión facial que presenta.
4. Atención/Interacción: Debe evaluarse cómo interacciona con su cuidador. Los bostezos o estornudos muestran un rechazo ante el cuidador, mientras que la mirada sostenida o la sonrisa son signos de regulación.
5. Autorregulación: capacidad de encontrar el equilibrio entre todos los sistemas anteriores.

El programa NIDCAP ha sido establecido para educar y entrenar de manera específica a los profesionales del cuidado de la salud. Este entrenamiento consiste en observar y valorar el desarrollo de los recién nacidos de alto riesgo y bebés prematuros así como de sus familias. Este programa de entrenamiento se lleva a cabo mediante documentos de lectura, presentaciones audiovisuales y entrenamiento en observación, forma a los profesionales de manera progresiva durante 5 años, supervisado por la Federación Internacional NIDCAP, la cual está encargada de la certificación de todos los niveles de entrenamiento. Una vez que se comienza a formar una unidad en centro NIDCAP, dicho centro debe cumplimentar 5 niveles de entrenamiento que consisten en:

1. NIVEL I: Entrenamiento en observación del comportamiento de los bebés prematuros.
2. NIVEL II: Planificación de los CCD: qué se llevará a cabo, en qué momento, cómo se estructurarán los cuidados...
3. NIVEL III: Adecuación de la UCIN para garantizar cuidados de calidad (colocación de sonómetros, insonorización de box...).
4. NIVEL IV: Reparto de responsabilidades en el equipo experto en CCD: en esta etapa se acordará quién es el responsable de cada cuidado.
5. NIVEL V: Implementación del cuidado en desarrollo.

La metodología sistemática de observación del comportamiento, denominada como “*observación NIDCAP*”, así como la estrategia de evaluación formal, llamada “*Evaluación del Comportamiento del Bebé Prematuro (APIB)*” son utilizadas por los expertos para valorar el comportamiento de los bebés prematuros o recién nacidos de alto riesgo, comprender su conducta a través del lenguaje corporal y proporcionar cuidados individualizados, además de servir a los entrenadores NIDCAP para evaluar si una unidad es apta para la acreditación una vez se terminen los cinco niveles de entrenamiento ²⁶.

Actualmente existen 20 centros de entrenamiento NIDCAP, de los cuales 11 se encuentran en Estados Unidos, 8 en Europa y 1 en América del Sur. De los ocho centros en Europa, dos están en España y corresponden al Hospital 12 de Octubre de Madrid y al hospital Vall D’Hebron de Barcelona. Ambos consiguieron el certificado en el año 2011 como Centros de Entrenamiento NIDCAP.

Como se indica anteriormente, en ésta cultura del cuidado al recién nacido prematuro, se reconoce a la familia como eje fundamental del cuidado del niño por lo que forman parte de los cuidados y son quienes deciden respecto a su hijo. Debemos tener en cuenta que son ellos, los padres, los cuidadores naturales del recién nacido y, por ello, es función enfermera prestarles toda la información y educación necesaria para que puedan hacerlo. La implicación precoz de la familia en los cuidados, mejora el pronóstico del bebé y aumenta la satisfacción de los padres y esto pueden conseguirlo los profesionales de enfermería durante la hospitalización del bebé si realizan intervenciones educativas a los padres.

2.4. Educación para la Salud a padres con hijos prematuros

La Organización Mundial de la Salud definió en 1986 la Educación para la Salud (EpS) como “*cualquier combinación de actividades informativas y educativas que llevan a una situación en la que la gente desee vivir sana, sepa cómo alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantenerse en salud y busque ayuda cuando la necesite*” ²⁷.

La principal finalidad de la EpS es promover y potenciar conductas que mejoren las condiciones de vida y la salud de los individuos. Nuestra función

enfermera supone ir más allá de dar información, se trata de una tarea sistemática y programada que pretende modificar conductas que posibiliten obtener salud y ayudar a los individuos a alcanzarla.

En nuestra tarea educativa debemos motivar y facilitar el desarrollo personal de los individuos para que puedan tomar decisiones sobre su propia salud de manera responsable, consciente y autónoma. Nuestro objetivo final es que las personas cuiden de sí mismas, de su familia o su comunidad, consigan modificar conductas y adquirir nuevos hábitos²⁸.

En la EpS, la transmisión del mensaje puede realizarse de formas diferentes:

- Información a la población en general.
- Educación a grupos.
- Asesoramiento individual.

En este caso, los profesionales deben realizar EpS a los padres con niños prematuros, en el ámbito hospitalario, ya que será durante el tiempo que su hijo permanezca ingresado cuando deban adquirir los conocimientos y las habilidades necesarias para prestar los cuidados óptimos a su hijo. Por ello, la educación debe ser tanto individual como grupal a todos los padres que tienen un hijo ingresado en una UCIN. La educación grupal les ayuda a ver que no están solos, que existen casos similares al suyo y les enseña a entender y a cuidar a su bebé. Sin duda, el profesional más cercano tanto a la familia como al bebé es el profesional de enfermería ya que, debido a las largas estancias de hospitalización, el equipo de enfermería será quien, junto a sus padres, estén en todo momento con él. Además, es experto en cuidados y puede aportar a la familia una visión humana y profesional en lo referente al cuidado de su hijo.

3. OBJETIVOS

Los objetivos marcados en este trabajo son:

- Identificar la participación de los profesionales de enfermería en los CCD en UCIN en España.
- Examinar los beneficios que se obtienen de la aplicación de los CCD.
- Averiguar el grado de implicación de dichos profesionales en la educación a padres.
- Proponer un programa de educación a padres con niños prematuros en UCIN sobre los CCD que necesitan sus hijos.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

Para dar respuesta a los objetivos planteados anteriormente se ha realizado una revisión bibliográfica con el objetivo de comparar diferentes prácticas y evidencias científicas. La búsqueda bibliográfica se realiza a través de las siguientes bases de datos: Biblioteca Cochrane Plus, IBECs, Pubmed y Cuiden. Las palabras clave utilizadas fueron: recién nacidos prematuros, cuidados centrados en el desarrollo, cuidado madre canguro, lactancia materna, programas de educación, NIDCAP, padres de hijos prematuros.

Además, se han localizado protocolos y otros documentos relevantes en las páginas web de: Asociación Española de Pediatría, Asociación Española de Neonatología, Hospital 12 de Octubre de Madrid, Hospital Vall D'Hebron de Barcelona, Ministerio de Sanidad y la Federación Internacional NIDCAP.

Los criterios de inclusión para la selección de los documentos son: artículos publicados entre 2005 y 2015, artículos originales, revisiones sistemáticas, estudios experimentales etc. que muestren la realidad de los CCD en España.

Como criterios de exclusión se descartaron todos aquellos artículos que hablaban de patologías en el recién nacido prematuro.

Una vez leídos los títulos y los resúmenes, se seleccionaron un total de 18 artículos que cumplían los criterios de inclusión (Anexo 1), los cuales han sido clasificados según el tipo de artículo (Anexo 2).

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. Participación de los profesionales de enfermería en los CCD en España

Tras el análisis de los artículos cabe destacar que todos los estudios coinciden en que los principales objetivos para instaurar los CCD es cuidar el macroambiente (luz y ruido) y el microambiente (postura, mínimas manipulaciones, contacto precoz con su familia, uso de analgesia farmacológica, cuidado madre canguro y lactancia materna) del bebé pretérmino.

Tras la revisión realizada, debemos remarcar que en España los únicos centros que poseen la acreditación NIDCAP son el Hospital 12 de Octubre en Madrid y el Hospital Vall D'Hebron en Barcelona, aunque existen dos hospitales más en España que son el Hospital Sant Joan de Deu, el cual tiene profesionales formados y el de Cruces de Barakaldo que tienen profesionales en proceso de formación NIDCAP. Al margen de estos centros especializados, el estudio realizado por López M. et al⁹, ha sido el único documento que se ha encontrado en el que se realiza una comparativa de todas aquellas unidades neonatales que atienden en España cada año a más de 50 bebés con peso inferior a 1500g. Se describen un total de 27 unidades distribuidas a lo largo de 17 comunidades autónomas del territorio español. El 91% de las unidades neonatales entrevistadas en el estudio⁹ utilizan doseles o cobertores para cubrir las incubadoras, de esta forma, consiguen crear ciclos de luz y penumbra que influyen en los ritmos circadianos de los bebés y favorece los periodos de sueño.

Todos los artículos consultados recomiendan un nivel de luz inferior a los 60 lux y sólo uno de ellos especifica que el nivel de luz durante el día y la noche debe ser diferente, por el día debería ser de 60 lux mientras que por la noche debería ser de 20 lux^{29,30,31}.

La disminución de la intensidad lumínica en las unidades favorece una disminución del ruido, además de mejorar los periodos de sueño del bebé. El estudio de López M. et al⁹ refleja que el 73% de las unidades entrevistadas

utiliza medidas para atenuar los ruidos, los cuales no han de sobrepasar los 45db y solamente el 45% miden el ruido de manera continuada³⁰.

Con respecto al cuidado del microambiente de los niños prematuros ingresados en UCIN, el estudio de López M. et al.⁹ refleja que el 73% tiene protocolos para el manejo del dolor, el 50% de las unidades utilizan sacarosa, y un 41% tienen un profesional sanitario encargado de asistir y confortar al bebé durante las manipulaciones dolorosas. En el resto de los artículos revisados se indica que el método canguro es el método más eficaz aunque no sea el más utilizado, por la dificultad que conlleva. En cambio, describen que las estrategias más utilizadas son: la contención del niño, la succión no nutritiva y la administración de sacarosa oral^{14, 29,30,32,33}.

El 82% de las unidades permite a los padres la entrada libre durante las 24h según el estudio de López M. et al.⁹, lo que supone un gran aumento con respecto a años anteriores en los que ese mismo estudio reflejaba que únicamente el 10% de las unidades permitía la entrada libre. Esto supone grandes ventajas con respecto a la realización del MMC y de la Lactancia Materna a demanda, las cuales también se realizan de manera mucho más frecuente, lo que tiene grandes beneficios para la madre y el bebé³⁰.

Durante los últimos años, se ha cuestionado mucho la utilización del chupete en recién nacidos por su interferencia en la instauración de la lactancia materna. Actualmente, según el Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría se recomienda no utilizarlo durante los primeros días de vida y no desaconsejarlo cuando la lactancia materna está bien establecida. En el caso de los bebés prematuros, el uso del chupete como estrategia no farmacológica es recomendable siempre y cuando no exista la posibilidad de realizar el MMC³⁴.

5.2. Beneficios que proporcionan los Cuidados Centrados en el Desarrollo

Como se ha indicado anteriormente en cuanto a los beneficios que supone aplicar los CCD, tras la revisión bibliográfica, puede concluirse que una de las prácticas más eficaces por las grandes ventajas que supone su implantación es el MMC, ya que se ha demostrado que el contacto piel con piel recuerda la vida intraútero del bebé y hace que mejore el ritmo cardiaco, el sistema inmunitario, la ganancia de peso, favorece los lazos afectivos, los periodos de reposo y disminuye el gasto térmico del recién nacido (nivel de evidencia 1)^{8, 35}. Por otro lado el MMC favorece la Lactancia Materna, incrementando su duración y la producción láctea de las madres (nivel de evidencia 1)^{8,34}. Con este método, los padres se convierten en los protagonistas que ofrecen cuidados al bebé y esto hace que disminuya su ansiedad o su sentimiento de impotencia^{6,8,29,30,34,36}. En cuanto a las medidas no farmacológicas, sólo uno de los artículos establece que dichas medidas no intervinieron en la respuesta inicial al dolor pero si en la rapidez con la que se calmó el bebé³⁰.

En cuanto a la literatura Española no se ha encontrado ningún estudio relevante en el que se evalúen los CCD de forma global y en concreto el NIDCAP. Sin embargo, en 2012 un grupo de investigadores italianos publicó un estudio en el que se mostraba cómo el grado de implicación de los CCD en las unidades neonatales se relacionaba con el neurocomportamiento de los niños a largo plazo. En dicho artículo, se concluía que los CCD ayudaban en la correcta maduración de los niños prematuros y que cuanto mayor es su implicación, mejores resultados se obtenían³⁷.

Por el contrario, en 2013 se publicó una revisión sistemática que concluye que no existe evidencia de que el NIDCAP disminuya la morbilidad de los bebés prematuros durante su ingreso ni que mejore el desarrollo neurológico a largo plazo pero la puesta en práctica de dichos cuidados se asocia a mayor ganancia de peso y a menor estancia hospitalaria³⁸.

5.3. *Implicación de los profesionales de enfermería en la educación a padres*

Tras la revisión de diferentes documentos, no se han encontrado estudios sobre la implicación de los profesionales en la educación a padres de forma formal y estructurada. Los protocolos y guías consultados sí hacen partícipes de todos los cuidados que se citan a los profesionales de enfermería, de hecho, en muchos casos, se establece que es el personal de elección para hacer frente a este tipo de cuidados^{9,11,22,26,39}. Únicamente, se ha encontrado un documento que pertenece a la Unidad de Neonatología del Hospital 12 de Octubre que refleja que se realizan reuniones por parte de los profesionales de enfermería a padres pero no existen programas de educación en el que se marquen objetivos, ni se especifiquen contenidos, metodología...

Dada la poca documentación a cerca de la educación a padres de niños prematuros en UCIN, me puse en contacto con los responsables NIDCAP del hospital Vall D'Hebron y 12 de Octubre, vía e-mail. Únicamente obtuve respuesta por parte de Josep Perapoch, responsable NIDCAP de la UCIN del hospital Vall D'Hebron el cual me dijo que, actualmente, no existía ningún programa estructurado pero que tienen un proyecto para crearlo que muy pronto comenzará a llevarse a cabo.

6. CONCLUSIÓN

Por todo ello y tras realizar esta revisión cabe concluir que en todas las Unidades debería cuidarse tanto el macroambiente como el microambiente en el recién nacido pretérmino ya que esto ofrece grandes beneficios al bebé, tomando especial importancia aquellas prácticas con las cuales podemos hacer partícipe del cuidado a la familia como son el MMC y la lactancia materna.

Los CCD son un fenómeno que ha comenzado a surgir hace relativamente poco tiempo en España por lo que se necesita tiempo y formación dirigida a los profesionales para que estos cuidados puedan llevarse a cabo, así como estudios relevantes que pongan de manifiesto los grandes beneficios que supone su aplicación. Por otra parte, la propuesta de intervención educativa trata una necesidad que existe hoy en día en las UCIN por lo que debe crearse y llevarse a cabo. Esto ayudará sin duda a la difusión de los CCD, lo cual será un importante avance en la enfermería especialista en cuidados neonatales que trata de manera cotidiana con bebés prematuros. En el presente trabajo se ha elaborado una propuesta de intervención educativa a padres con hijos prematuros en UCIN.

7. PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD DIRIGIDO A PADRES CON BEBÉS PREMATUROS EN UCIN: “Cuidando con los cinco sentidos”

Esta segunda parte del trabajo plantea una propuesta de intervención educativa mediante la elaboración de un programa de educación dirigido a padres de niños prematuros que se llevará a cabo durante su estancia en las UCIN. Dicha propuesta supone una herramienta de trabajo con la que los profesionales de enfermería pueden desarrollar su función docente y con la cual brindar apoyo, orientación e información a los padres.

La educación en este tipo de intervenciones puede realizarse de manera individual o grupal, el programa que se presenta a continuación se plantea para realizarlo de manera grupal ya que los padres van a convivir con la misma realidad y dificultades durante el ingreso del bebe el cual oscila en muchos casos de 20 a 30 días como mínimo. Esto favorecerá las relaciones interpersonales, conocerán la experiencia de otras personas que se encuentran en su misma situación y que por lo tanto tienen objetivos comunes a ellos, lo que les hará reconocerse integrantes del grupo. De todos modos, no debemos descartar por completo la educación individual ya que según la situación se individualizara la atención con el fin de prestar los mejores cuidados posibles.

El objetivo final del programa es crear un espacio en el que los padres puedan expresar sus dudas y adquieran capacidades, habilidades y conocimientos sobre los cuidados que necesiten sus hijos facilitando así su participación en ellos. En él, se educarán a los padres sobre las necesidades especiales de su bebé prematuro para que participen en el cuidado durante el ingreso y se sientan seguros para proporcionar unos cuidados adecuados en el momento del alta.

Los encargados de llevar a cabo el programa serán los profesionales de enfermería de la UCIN. Previo a la puesta en marcha del programa, se realizará un contacto individual en el que los profesionales puedan valorar la situación de cada familia de forma individualizada y excluyendo de la participación en el programa a aquellos padres con bebés en situación muy

crítica o con gran dificultad por parte de los padres para llevar a cabo la educación grupal.

Este programa se realiza como una propuesta estandarizada que posteriormente habría que adaptar a cada centro o unidad y a las características de los participantes.

El programa está dirigido a los padres con hijos prematuros ingresados en una UCIN y que cumplan los criterios de inclusión, con el fin de evitar complicaciones derivadas de la situación de prematuridad. El desarrollo del programa se realizará durante la hospitalización del bebé prematuro en la UCIN ya que es en estas unidades en las que los bebés prematuros pasan periodos de tiempo prolongados y en las cuales sufren mucho estrés. Además, al realizar la educación en este periodo los padres adquieren los conocimientos y habilidades necesarias para que puedan participar en los cuidados del niño durante la estancia hospitalaria y puedan realizar unos cuidados de calidad en el domicilio una vez dados de alta.

7.1. CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO AL QUE SE DIRIGE EL PROGRAMA

Algunas de las características que deben tenerse en cuenta son: Características sociales, demográficas y culturales ya que será el profesional de enfermería quién valore en cada caso de forma individual, de manera que pueda adecuar la información según las características educativas, sociales y culturales de cada padre; características en relación con el parto (tipo de parto, cómo fue el parto: esperado o inesperado); características socio-culturales (número de hijos, relación con la pareja, entorno social, cultura, nivel de estudios); características psicológicas (experiencias previas en casos similares, capacidad de adaptarse).

Se agruparán a las familias de forma que el comienzo del programa sea como máximo 2-3 días después del parto, debe tenerse en cuenta la recuperación de la madre después del parto.

Los grupos se estructurarán de forma que como mínimo pueda haber tres parejas y como máximo seis, no conviene hacer grupos excesivamente

grandes ya que los talleres y otras técnicas requieren atención más detallada y con grupos muy numerosos no se puede realizar.

La duración del programa será de 15 días durante los días de ingreso ya que debe ser un periodo que ayude a los padres a adaptarse sin crear estrés pero no muy largo, para que puedan aplicar los cuidados cuanto antes. Además, este periodo coincide con el tiempo que los padres disponen de baja en el trabajo y esto les facilitará la asistencia al programa.

7.2. OBJETIVOS DEL PROGRAMA

- ✓ Los padres de los bebés prematuros:
 - Aplicarán adecuadamente los Cuidados Centrados en el Desarrollo a sus bebés durante la estancia hospitalaria. **(Objetivo Aptitudinal)**
 - Manifestarán interés en continuar con la aplicación de los cuidados tras el alta hospitalaria. **(Objetivo Actitudinal)**
- ✓ Los bebés prematuros no presentarán complicaciones derivadas de los cuidados durante su estancia hospitalaria. **(Objetivo de Salud).**

7.3. CRONOGRAMA (Anexo 3)

El programa se desarrollará en seis sesiones que se realizan en días alternos como por ejemplo: Lunes, Miércoles y Viernes durante un periodo de 15 días, en una sala del Hospital que esté acondicionada para poder proyectar diapositivas y en la que haya suficientes mesas y sillas para los participantes.

Únicamente una de las sesiones se desarrollará en el Lactario con el fin de poder utilizar maquetas, posters y material relacionado con la Lactancia Materna que nos ayude a desarrollar la sesión de forma óptima.

Se adaptarán los horarios de forma que puedan adecuarse a los participantes y a los turnos de las enfermeras que imparten el programa. Las sesiones tendrán una duración aproximada de una hora.

7.4. ORGANIGRAMA

UNIDAD I: Introducción a los Cuidados Centrados en el Desarrollo

PRIMERA SESIÓN: ¿Quiénes somos?

Duración: 1 hora

Objetivos:

- ❖ Los padres de los bebés prematuros durante la sesión:
 - Expresarán sus preocupaciones en relación con la situación de prematuridad de su hijo. **(Objetivo Actitudinal)**
 - Mostrarán una actitud positiva en la participación y aprendizaje de los cuidados de su hijo. **(Objetivo Actitudinal)**

Contenidos:

- Presentación del educador y educandos al grupo.
- Presentación de los contenidos y estructura del programa de educación.

Metodología:

Para esta primera sesión, en primer lugar, se utilizará una **dinámica de presentación (método directo y bidireccional)** cuya duración será de 20 minutos aproximadamente.

Las mesas se colocarán en forma de círculo para que exista un contacto visual más directo, tanto entre ellos como con el educador, y se sientan de esta forma más cercanos unos de otros.

Antes de empezar la actividad el educador y los usuarios se presentarán al resto para favorecer la integración de los participantes.

Cada pareja se presentará individualmente y a su bebé describiendo su situación y en qué box se encuentra.

Una vez presentados, el educador dará a cada pareja un **díptico** (Anexo 4), en el que aparecen todos los contenidos que se tratarán en el programa.

A continuación, se realizará un **intercambio de ideas (método directo y bidireccional)** en el que los padres exponen al resto de participantes las preocupaciones que les perturban. La duración de esta metodología será de 40 minutos aproximadamente.

El profesional favorecerá el respeto entre los miembros escucha activa y la participación.

Consideramos esencial trabajar con nuestros usuarios en esta primera sesión sus preocupaciones, sentimientos y experiencias para conocer en profundidad de qué punto partimos y poder así satisfacer sus necesidades durante la realización del programa.

SEGUNDA SESIÓN: ¿Qué son los Cuidados Centrados en el Desarrollo?

Duración: 1 hora 15 minutos

Objetivos:

- ❖ Los padres de los bebés prematuros identificarán su papel dentro de los CCD al finalizar la sesión. **(Objetivo cognitivo)**

Contenidos:

La enfermera expondrá de forma generalizada qué son los Cuidados Centrados en el Desarrollo:

- Importancia de macroambiente (luz, ruido) y del microambiente (posición, manipulaciones).
- Lactancia Materna en bebés prematuros.
- Método Madre Canguro.
- Importancia de la Atención Centrada en la Familia.

Metodología:

Después del intercambio de experiencias que se produjo en la anterior sesión, la enfermera durante el desarrollo de la segunda sesión expondrá mediante una **charla (método directo y unidireccional)** que son los Cuidados Centrados en el Desarrollo de forma generalizada para ello se apoyará en una **presentación power point (método indirecto, mixto)**. El propósito de la

sesión es que los padres sepan porqué sus hijos necesitan estos cuidados y la importante función que tienen ellos para que así puedan adquirir el compromiso de realizarlos. Esta metodología tendrá una duración de 45 minutos.

Tras la exposición, se abrirá un tiempo para realizar un **intercambio de ideas** en el que cada pareja podrá realizar todas aquellas preguntas que hayan surgido durante la charla y en el que cada participante exprese sus sentimientos y emociones. **(Técnica grupal, directa y bidireccional)**. La enfermera será la encargada de moderar la intervención de los participantes así como asignar el turno de palabra favoreciendo un clima de respeto.

El propósito de esta metodología es comprobar si han entendido los conceptos explicados en la charla y facilitar la expresión de sus sentimientos. Esta metodología tendrá una duración de 30 minutos.

Unidad II: ¿Cómo llevar a cabo los Cuidados Centrados en el Desarrollo?

PRIMERA SESIÓN: El Método Mamá Canguro

Duración: 1 hora

Objetivos:

- ❖ Los padres de los bebés prematuros al finalizar la sesión:
 - Realizarán correctamente el Método Madre Canguro con una maqueta. **(Objetivo Aptitudinal)**
 - Enumerará los signos de alarma durante la posición canguro. **(Objetivo Cognitivo)**
 - Manifestará satisfacción con las medidas de relajación explicadas durante la sesión. **(Objetivo Actitudinal)**

Contenidos:

Durante la sesión se explicará:

- Cómo realizar el Método Madre Canguro.
- Beneficios que aporta al bebé prematuro.
- Signos de alarma que deben identificar los padres durante su realización.
- Ejercicios o técnicas de relajación.

Metodología:

Para comenzar, se realizará **un taller (método directo y Bidireccional)**, apoyándose en un **cartel (método indirecto)**. La educadora demostrará al grupo cómo es la posición correcta para realizar el MMC, qué ropa debe utilizarse, cómo debe ser el ambiente en el que se realice, la duración del mismo y los signos de alarma que deben identificarse apoyándose en maquetas que simulen bebés prematuros para que cada pareja pueda practicar posteriormente. En el cartel estarán reflejados los aspectos más importantes que los padres deben recordar del MMC y que han sido explicados durante la sesión. Dicho cartel se colgará en la entrada a la Unidad. Esta metodología tendrá una duración de 45 minutos.

Los últimos 15 minutos se realizarán unos ejercicios de relajación con ayuda de un **CD de técnicas de relajación (método indirecto sonoro)**. En ocasiones, la realización del MMC durante los primeros días puede causar estrés en los padres. El objetivo de esta metodología es enseñar a cada pareja diferentes técnicas de relajación que pueden practicarse durante la posición canguro. Para ello, se colocarán las sillas en círculo y se indicará a los participantes que deben seguir las instrucciones que se indican en el CD que van a escuchar.

SEGUNDA SESIÓN: Lactancia materna, el mejor alimento para mi bebé

Duración: 1 hora 30 minutos

Objetivos:

- ❖ Los padres de los bebés prematuros al finalizar la sesión:
 - Enumerarán las peculiaridades que supone dar de lactar a un bebé prematuro. **(Objetivo cognitivo)**
 - Realizarán correctamente las técnicas que sustituyan a la lactancia materna. **(Objetivo Aptitudinal)**
- ❖ Las madres de los bebés prematuros durante la hospitalización:
 - Demostrarán habilidad para dar de mamar a sus hijos. **(Objetivo aptitudinal)**

Contenido:

En esta sesión se abordarán conceptos exclusivamente sobre Lactancia Materna y otras técnicas sustitutivas:

- Peculiaridades que supone dar de lactar a un bebé prematuro.
- Otras técnicas: sonda y cuchara

Metodología:

Esta sesión se desarrollará en la Sala de Lactancia o Lactario del Centro.

Para comenzar la sesión, colocaremos todos los sillones que se encuentran en la sala en círculo. La enfermera propondrá una **tormenta de ideas (método directo bidireccional)** para que cada pareja proponga al grupo técnicas, remedios caseros o “trucos” que les han explicado sus madres, abuelas etc. para aliviar las molestias, la ingurgitación... de los senos. De esta forma, la enfermera verá qué ideas o mitos conocen los participantes y conocerá qué conocimientos tienen a cerca del tema que se tratará. Todas las ideas que de aquí se saquen, se escribirán en post-it y se pegarán en una cartulina haciendo así un mural que también se colgará en el Lactario. Esta metodología durará 30 minutos aproximadamente.

A continuación, el profesional realizará una **charla (método directo bidireccional)** usando **posters** que tratan sobre el tema (**método indirecto**). De esta forma, las parejas recibirán la información de una manera más visual y dinámica. Además, dichos posters se encontrarán siempre colgados en esta sala por lo que podrán acceder siempre que lo deseen a dicha información. Esta metodología durará 20 minutos aproximadamente.

Una vez finalizada la charla, la educadora realizará una **Simulación (método directo bidireccional)** sobre unas maquetas en las que pueda observarse cómo puede combinarse el método canguro y la Lactancia Materna. Para ello, colocará el material sobre una mesa en el centro del círculo y lo irá pasando para que así, todos los participantes tengan acceso a las maquetas y puedan manejarlas una vez hayan visto la demostración de la enfermera. Se explicará cómo realizar la alimentación por sonda ya que es frecuente que los

bebés prematuros en los primeros días de vida no hayan adquirido el reflejo de succión, por lo que una práctica que pueden realizar los padres es alimentarlos colocando el extremo de una sonda en la boca para que puedan tomar la leche materna. También se explicará la extracción de leche ayudándose del masaje o del sacaleches y se propondrán técnicas que alivien las molestias en los senos de la mujer a causa de ingurgitación u otros motivos. Para terminar, la enfermera dará el turno de palabra a cada participante de forma que cada uno deberá decir una peculiaridad que ha aprendido para dar de lactar a un bebé prematuro. Esta metodología durará 40 minutos.

TERCERA SESIÓN: MEDIDAS DE CONTENCION: “Necesito estar tranquilo”

Duración: 1 hora

Objetivos:

- ❖ Los padres de los bebés prematuros al finalizar la sesión.
 - Elaborarán correctamente un churro de contención para su bebé. **(Objetivo aptitudinal)**
 - Explicarán qué técnica utilizar para calmar a su bebé. **(Objetivo cognitivo)**

Contenidos:

En esta sesión se trabajarán:

- Medidas para controlar el estrés:
 - Medidas de contención.
 - Método Madre Canguro.
 - Succión nutritiva y no nutritiva.

Metodología:

La enfermera en la primera parte de la sesión, mediante una **charla (método directo bidireccional)** usando una **presentación Power Point (método indirecto mixto)** explicará cómo realizar la contención al bebé así como otros medios para calmar su estrés como son la succión nutritiva (lactancia materna o administración de leche materna con cuchara o sonda), succión no nutritiva con chupetes y el método canguro. Esta metodología durará aproximadamente 30 minutos.

A continuación, se presentará una nueva metodología que consistirá en la **resolución de un caso (método directo bidireccional)** (Anexo 5), se entregarán unos folios en el que aparece el hipotético caso en el que ellos están con su bebé en el box cuando ocurre un ingreso de urgencia, el nivel de ruido en la unidad sube y su bebé comienza a llorar. Ellos deberán escribir cómo actuarían frente a una situación así y qué medidas de control del estrés aplicarían (Anexo 4).

Para terminar, la enfermera guiará un **taller (método directo bidireccional)** este comenzará con la explicación de cómo fabricar un churro de contención utilizando materiales sencillos. Se distribuirán los materiales necesarios a cada pareja y mientras el educador fabrica un churro todas las parejas le seguirán paso a paso.

Al finalizar cada pareja mostrará su churro al grupo y lo llevarán a la Unidad para que sus bebés puedan utilizarlo.

Unidad III: Terminamos el programa

UNICA SESIÓN: Testimonio Real

Duración: 1 hora

Objetivos:

- ❖ Los padres de los bebés prematuros tras finalizar esta sesión:
 - Manifestarán interés por aplicar las diferentes técnicas y habilidades explicadas durante el programa. **(Objetivo actitudinal)**

Contenido:

En esta sesión se trabajará la motivación de los usuarios para poner en práctica y participar en los cuidados de su bebé.

Metodología:

Durante la sesión se realizará una dinámica que ayude a nuestros usuarios a motivarse frente a la situación que están viviendo. Se trata de un **testimonio (método directo bidireccional)** los padres de un bebé prematuro que vivió la misma experiencia explicarán sus vivencias y cómo afrontaron la situación. Siempre procurando que sea desde un refuerzo positivo.

Esto les ayudará a verse reflejados, a ver expectativas pero sobre todo a coger fuerzas para seguir cuidando de sus hijos. Podrán presentarle sus dudas, inquietudes, opiniones etc. y esto enriquecerá su formación frente a los Cuidados Centrados en el Desarrollo. Esta metodología durará aproximadamente 1 hora.

Tras la exposición del testimonio, se indicará a los participantes que en días posteriores se realizarán **entrevistas (método directo bidireccional)** de forma individualizada que tienen como fin conocer la opinión, sentimientos y fortalezas adquiridas de cada pareja una vez terminado el programa, describirán cómo ven su evolución y verbalizarán las fortalezas que han adquirido frente al cuidado de sus hijos, esto servirá al educador como cierre del programa. De esta forma, el profesional de enfermería tendrá la oportunidad de hablar con aquellas parejas que necesiten refuerzo individual en algún aspecto y concretar cómo y cuándo se hará.

Para la realización de todas las sesiones dispondremos de recursos humanos y materiales (Anexo 6).

7.5. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

En este apartado, se describirán cada uno de los elementos que se pueden utilizar para evaluar los objetivos marcados, tanto para el programa en general, como para cada sesión en particular, pues sin dicha evaluación, el programa, carecería de sentido ya que no sabríamos si nuestras actuaciones han logrado aquello que esperábamos de ellas.

- **Evaluación del proceso:** Esta evaluación es de tipo formativa, se realizará de forma continuada en cada una de las sesiones y nos ayudará a evaluar los objetivos específicos de cada sesión.
 - Esta evaluación se realizará en todas las sesiones con instrumentos cualitativos ya que carece de sentido medir su progresión de manera cuantitativa. Más bien debemos observar las cualidades adquiridas tanto en conocimientos, habilidades, como con la actitud que muestran. Por ello la evaluación se realiza mediante **observación**, recogiendo los datos obtenidos a través de **block de notas o rúbricas**.

Estos instrumentos serán utilizados en las siguientes sesiones:

- Primera y segunda sesión de la Unidad I.
 - Tercera sesión de la Unidad II.
- En la primera sesión de la Unidad II, para evaluar el objetivo: Enumerará los signos de alarma durante la posición canguro **(Objetivo Cognitivo)**, se utilizará como instrumento **una lista** que elaborarán los padres en la que enumerarán los signos de alarma que deben identificar en su bebé durante la posición canguro además de la **observación**. Los datos serán recogidos mediante una **parrilla de evaluación** (Anexo 7) por los profesionales. La evaluación de la técnica de relajación se realizará mediante la **observación** para comprobar si lo ponen en práctica durante el MMC, recogiendo anotaciones en un **block de notas**.
- En la segunda sesión de la Unidad II, para evaluar el objetivo: Enumerarán las peculiaridades que supone dar de lactar a un bebé prematuro **(Objetivo cognitivo)**, se tomarán **notas** en un **block** para evaluar la ronda que se realiza al terminar la sesión sobre las peculiaridades de la lactancia en prematuros, anotando todas aquellas que se digan.
- En la tercera sesión de la Unidad II, se utilizará la **observación** para evaluar el objetivo: Elaborarán correctamente un chorro de contención para su bebé **(Objetivo aptitudinal)**, y para evaluar el objetivo: Explicarán qué técnica utilizar para calmar a su bebé **(Objetivo cognitivo)** se recogerán datos mediante una **parrilla de evaluación** (Anexo 7).
- En la primera sesión de la Unidad III, para evaluar el objetivo: Manifestarán interés por aplicar las diferentes técnicas y habilidades explicadas durante el programa **(Objetivo actitudinal)** se realizará una **entrevista (instrumento de evaluación cualitativo)** (Anexo 8), ésta se realizará de forma individual a cada pareja aprovechando que es un grupo reducido. El motivo de realizarla de forma individual es para que no influyan las respuestas de unos en las de los otros.

- **Evaluación de los resultados:** Se realizará al terminar el programa permitiéndonos evaluar los objetivos generales.
 - Para evaluar el objetivo de salud: Los bebés prematuros no presentarán complicaciones derivadas de los cuidados durante su estancia hospitalaria, se utilizará como instrumento la escala “Neonatal Facial Coding System” (NFCS) (**Método de evaluación cuantitativo**): Con esta escala se mide el grado de estrés en el bebé prematuro, nos servirá para medir el objetivo de salud.. Los profesionales de enfermería pasarán esta escala a todos los bebés cuyos padres hayan asistido al programa y que por lo tanto, han recibido Cuidados Centrados en el Desarrollo no solo en la Unidad si no también tras el alta hospitalaria (Anexo 9).
 - Para los otros dos objetivos generales: Los padres de los bebés prematuros aplicarán adecuadamente los Cuidados Centrados en el Desarrollo a sus bebés durante la estancia hospitalaria. (**Objetivo Aptitudinal**) y manifestarán interés en continuar con la aplicación de los cuidados tras el alta hospitalaria. (**Objetivo Actitudinal**), se evaluarán mediante la observación y recogida de datos en la **parrilla de evaluación** (Anexo 8).
- **Evaluación de la estructura:** Esta evaluación nos ayudará a evaluar si el programa ha sido eficaz y adecuado. En ella evaluaremos los recursos humanos y materiales, la organización y la cantidad y calidad de los contenidos.
 - **Encuesta: (Método de evaluación cuantitativo).** Los profesionales de enfermería mediante esta encuesta comprobarán si el contenido, la metodología y los objetivos propuestos son eficaces y se han cumplido de forma satisfactoria (Anexo 10).

8. BIBLIOGRAFIA

- ¹ Martínez MR, Chaure I. El recién nacido. En: Ruiz MD, Martínez MR, González P. Enfermería del niño y del adolescente. 2ª ed. Madrid: DAE; 2009. p.60-85.
- ² Rellán S, García C, Aragón M.P. Recién nacido prematuro. Protocolos diagnósticos y terapéuticos de la Asociación Española de Pediatría: neonatología . Asociación Española de Pediatría [acceso 4 de Enero de 2015]. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf
- ³ Martínez MR, Chaure I. Problemas de salud en el periodo neonatal. En: Ruiz MD, Martínez MR, González P. Enfermería del niño y del adolescente. 2ª ed. Madrid: DAE; 2009.p.108-133
- ⁴ Oestergaard MZ, Inoue M, Yoshida S, Mahanani WR, Gore FM, et al. Neonatal Mortality Levels for 193 Countries in 2009 with Trends since 1990: A Systematic Analysis of Progress, Projections, and Priorities. PLoS Med[revista en internet] 2011 [acceso 9 de Febrero de 2015]; 8(8): Disponible en: <http://www.plosmedicine.org/article/fetchObject.action?uri=info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001080&representation=PDF>
- ⁵ Instituto Nacional de Estadística[sede Web]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; Febrero 2011 [acceso 4 de Enero de 2015]. Movimiento Natural de la Población[5]. Disponible en: [www.INEbase/Demografía y Población/Movimiento natural de la población](http://www.INEbase/Demografía_y_Población/Movimiento_natural_de_la_población)
- ⁶ Cuidados Centrados en el Desarrollo, Método NIDCAP. Hospital 12 de Octubre. Servicio de Neonatología. Grupo NIDCAP.Madrid.2008 [acceso 28 de Diciembre de 2014].Disponible en: <http://www.abap.cat/documentos/Metodo%20Nidcap.pdf>
- ⁷ Als H. Et al. "Early experience alters brain function and structure". Pediatrics; 113(4). 2004; 846-857.
- ⁸ Cuidados desde el nacimiento, Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Ministerio de Sanidad y Política Social. Sanidad. Madrid. 2010 [acceso 28 de Diciembre 2014]. Disponible en: <http://www.pediatría-12deoctubre.com/servicios/neonatologia/pdf/02.cuidadosDesdeNacimiento.pdf>
- ⁹ López M, et al. Cuidados centrados en el desarrollo. Situación en las unidades de neonatología de España. Anales de Pediatría [revista en Internet]

2013 [acceso 12 de Diciembre de 2014]; 64 (2):9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.10.043>

¹⁰ Sanchez M, Guedes C, Martos I. Cuidados del neonato prematuro centrados en el desarrollo y la familia.. En: Jornadas Internacionales de Investigación en Educación y Salud 2014. Almería. Universidad de Almería; 2014 [acceso 10 de Enero de 2015]. Disponible en: <http://www.ual.es/Congresos/JORNADASINTERNACIONALESDEINVESTIGACIONEDUCACIONYSALUD/Cuidados%20del%20neonato.pdf>

¹¹ Ginovart G. Cuidados Centrados en el desarrollo: un proyecto común. Aloma: Revista de psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport [revista en internet] 2010 [acceso 28 de enero de 2015]; 26. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/Aloma/article/viewFile/196127/262943>

¹² Melgar A, Bergón E. Protocolo de luz y ruido. Hospital 12 de Octubre. Servicio de Neonatología. Madrid. 2011 [acceso 28 de Diciembre de 2014]. Disponible en: <http://www.pediatría-12deoctubre.com/servicios/neonatologia/pdf/14.PROTOCOLO-LUZ-RUIDO-LOGO.pdf>

¹³ Cabrejas L. et all. Protocolo de posicionamiento. Hospital 12 de Octubre. Servicio de neonatología. Madrid. 2011 [acceso 28 de Diciembre de 2014]. Disponible en: <http://www.pediatría-12deoctubre.com/servicios/neonatologia/pdf/14.POSICI%C3%93N.pdf>

¹⁴ Instituto Joanna Briggs. Posturas de los bebés prematuros para un desarrollo fisiológico óptimo. Best practice. 2010; 14(18).

¹⁵ García L, Acuña J, López M. Protocolo de manipulaciones. Hospital 12 de Octubre. Grupo NIDCAP. Servicio de Neonatología. Madrid. 2011 [acceso 28 de Diciembre de 2014]. Disponible en: <http://www.pediatría-12deoctubre.com/servicios/neonatologia/pdf/15.MANIPULACIONES.pdf>

¹⁶ Friedman, M. Family nursing. Theory and assessment. Introduction to the family, The United States of America, Appleton Century Crofts. 1981; 338.

¹⁷ Método Madre Canguro. Guía Práctica. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 2004 [acceso 10 de Enero de 2015]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9243590359.pdf?ua=1>

¹⁸ Collados L., Aragonés B., Contreras I., García E. y Vila M.E. Impacto del cuidado canguro en el estrés del neonato prematuro. *Enferm Clín.* 2011; 21(2):69-74.

¹⁹ Ruiz J, Charpak N. Guías de práctica clínica basadas en evidencia para la óptima utilización del método madre canguro en el recién nacido pretérmino y/o de bajo peso al nacer. Fundación canguro y departamento de epidemiología clínica y bioestadística. Bogotá. 2007 [acceso 10 de Enero de 2015]. Disponible en: <http://www.sergas.es/Docs/muller/4MetodoMadreCanguro.pdf>

²⁰ Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia. Ministerio de Sanidad y Política Social. Sanidad. Madrid. 2011[acceso 10 de Enero de 2015]. Disponible en: <http://www.ihan.es/cd/documentos/IHAN.pdf>

²¹ Guía de Lactancia Materna para profesionales de la Salud. Consejería de salud de la Rioja. 2010 [acceso 12 de Enero de 2015]. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/8-guia_prof_la_rioja.pdf

²² Guía de Actuación en el Nacimiento y la Lactancia Materna para Profesionales Sanitarios Comité de LM Hal 12 de Octubre y CS de AP. Servicio Madrileño de Salud. Madrid 2011[acceso 28 de Diciembre de 2014]. Disponible en: http://www.pediatria-12deoctubre.com/servicios/neonatalogia/pdf/04.Guia_LM_h12o_2011.pdf

²³ Manual Básico para la Humanización del Nacimiento y la lactancia. Hospital 12 de Octubre de Madrid. Madrid 2010 [acceso 28 de Diciembre de 2014]. Disponible en: <http://www.pediatria-12deoctubre.com/servicios/neonatalogia/pdf/03.Humanizaci%C3%B3n.pdf>

²⁴ Borrero M.P., Olombrada A.E., Martínez M.I. Papel de la enfermería en el desarrollo de la lactancia materna en un recién nacido pretérmino. *Enferm clin.* 2010; 20(2): 119-125.

²⁵ Moral MT, Herrador E. Protocolo de analgesia no farmacológica/ Estrategias de reducción de estrés. Hospital 12 de Octubre. Servicio de Neonatología. Madrid. 2011 [acceso 28 de Diciembre de 2014]. Disponible en: <http://www.pediatria-12deoctubre.com/servicios/neonatalogia/pdf/12.ANALGESIA%20NO%20FARM.%20LOGO.pdf>

²⁶ Als H. Programa de Evaluación y Cuidado del Desarrollo Individualizado del Recién Nacido(NIDCAP);Una Educación y Programa de Entrenamiento para Profesionales del Cuidado de la Salud. Boston: NIDCAP Federación Internacional; 2010 [acceso 15 de Enero de 2015]. Disponible en: <http://nidcap.org/wp-content/uploads/2013/11/Guia-del-programa-both-parts-rev15Jun12-sk.pdf>

²⁷ Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad [Sede Web]. Madrid: Glosario de promoción de la salud OMS 1999[acceso 25 de Enero de 2015]. Disponible en :

<https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>

²⁸ Cofiño R., Álvarez B., Fernandez S., Hernandez R. Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿realmente funcionan los programas de salud comunitarios? Aten Primaria. 2005; 35(9): 478-83.

²⁹ Morag I, Ohlsson A. Cycled light in the intensive care unit for preterm and low birth weight infants. Cochrane Database of Systematic Reviews [revista en Internet] 2013 [acceso 13 de Diciembre de 2014]; 4(8). Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/PDF/CD006982.pdf>

³⁰ Serrano L.,Muñoz E. Importancia de la aplicación de los Cuidados Centrados en el Desarrollo en las unidades neonatales y su repercusión en el bienestar de la familia. Paraninfo Digital [revista en internet] 2011 [acceso 13 de Enero de 2015];(14). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n14/155d.php>

³¹ Rodríguez González, Laura; De la Mata Alcoba, Inés. Procedimiento de control ambiental en Neonatología. Biblioteca Lascasas [revista en Internet] 2013 [acceso 20 de Diciembre de 2014]; 9(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0687.pdf>

³² Pillai Riddell RR, Racine NM, Turcotte K, Uman LS, Horton RE, Din Osmun L, Ahola Kohut S, Hillgrove Stuart J, Stevens B, Gerwitz-Stern A. Non-pharmacological management of infant and young child procedural pain. Cochrane Database of Systematic Reviews [revista en Internet] 2011 [acceso 13 de Diciembre de 2014]; 2 (10) .Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/PDF/CD006275.pdf>

³³ Velo Higuera M. Neonatología: análisis ético desde la perspectiva de los cuidados centrados en el desarrollo. *Metas de Enferm.* 2011; 14(6): 18-21.

³⁴ Lozano M.J., Pallás C.R., Hernández M.T., Aguayo J., Arena J., Ares S. Uso del chupete y lactancia materna. *Anales de Pediatría [revista en internet]* 2011 [acceso 13 de Diciembre de 2014]; 74 (4) :[271.e1—271.e5]. Disponible en: file:///C:/Documents%20and%20Settings/Subdir/Mis%20documentos/Downloads/S1695403310004777_S300_es.pdf

³⁵ Valle M., Sierra P., Palacios I., García R., Moro M. Atención temprana al recién nacido de riesgo. *An Pediatr Contin.* 2014; 12(3):119-23.

³⁶ López Mirón JA. Calidad percibida de los Cuidados Centrados en el Desarrollo de padres de niños prematuros en una unidad neonatal. *NURE Inv [Internet]*. Nov-Dic 2014 [acceso 4 de Enero de 2015]; 11(73):11. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROYECTO/NURE73_proyecto_calidad.pdf

³⁷ Montirosso R, Del Prete A, Bellù R, Tronick E, Borgatti R; Neonatal Adequate Care for Quality of Life (NEO-ACQUA) Study Group. Level of NICU quality of developmental care and neurobehavioral performance in very preterm infants. *Pediatrics [revista en Internet]* 2012 [acceso 12 de Diciembre de 2014] ; 129(5): e1129–e1137. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4074610/pdf/peds.2011-0813.pdf>

³⁸ Ohlsson A, Jacobs SE. NIDCAP: a systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials. *Pediatrics [revista en Internet]* 2013 [acceso 12 de Diciembre de 2014]; 131: e881-93. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/131/3/e881.full.pdf+html>

³⁹ Bazo L., Jiménez M., Perapoch J., Cano MJ. Evolución de la implantación de los Cuidados Centrados en el Desarrollo en la unidad de neonatología del hospital materno infantil Vall d'Hebron, Barcelona. *Parainfo Digital [revista en Internet]* 2011 [acceso 20 de Diciembre de 2014]; 5(12). Disponiible en: <http://www.index-f.com/para/n11-12/084d.php>

9. ANEXOS

Propuesta de Intervención Educativa en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales basada en los Cuidados Centrados en el Desarrollo.

Anexo 1: Tabla de Material y Métodos.

Bases de datos Palabras Clave	Biblioteca Cochrane Plus		IBECS		Pubmed		Cuiden		TOTAL
	Encontrados	Utilizados	Encontrados	Utilizados	Encontrados	Utilizados	Encontrados	Utilizados	
Cuidados AND Centrados AND Desarrollo Development AND Centered AND care	13	1	16	0	NO VALORABLE	-	21	2	3
Familia AND neonato AND enfermería Parents AND preterm infant AND nursing	4	0	7	1	NO VALORABLE	-	86	2	3
Prematuro AND cuidados AND neurodesarrollo Premature AND care AND growth	37	1	9	1	NO VALORABLE	-	3	1	3
Programa AND educación AND neonatos Program AND education AND preterm infant	25	0	3	0	106	0	4	1	1
Enfermería AND cuidados AND neonatales Nursing AND care AND preterm infant	17	1	11	1	NO VALORABLE	-	135	0	2
“Cuidados Centrados en el Desarrollo” OR nidcap OR prematuro AND enfermería “Development Centered Care” OR NIDCAP OR preterm infant AND nursing	84	1	NO VALORABLE	-	44	1	24	0	2
“Cuidados Centrados en el Desarrollo” OR “Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales” AND familia AND educación “Development Centered Care” OR “Neonatal Intensive Care Unit” AND parents education	20	1	0	0	7	1	23	0	2
NIDCAP AND ruido OR luz AND prematuro NIDCAP AND noise OR light AND prematuro	55	1	NO VALORABLE	-	73	0	1	1	2 18

Propuesta de Intervención Educativa en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales basada en los Cuidados Centrados en el Desarrollo.

Anexo 2: Clasificación de los artículos elegidos para la revisión.

TIPO DE ARTICULO	NÚMERO DE ARTÍCULOS
Revisión bibliográfica	12
Revisión sistemática con metaanálisis	2
Artículos de investigación	3
Artículo que define conceptos	1

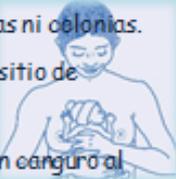
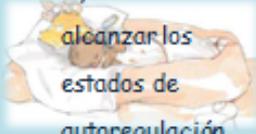
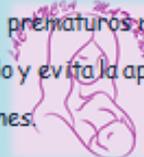
Propuesta de Intervención Educativa en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales basada en los Cuidados Centrados en el Desarrollo.

Anexo 3: Ejemplo de Cronograma.

FECHAS				ACTIVIDADES	
MES	DIA	AULA	HORA	SESIÓN	NOMBRE DE LA SESIÓN
PRIMERA QUINCENA DE MES	L	Sala de formación	12:30 a 13:30	Unidad I: 1ºsesión:	¿Quién somos?
	MX		12:30 a 13:45	Unidad I: 2ºsesión:	¿Qué son los CCD?
	V		12:30 a 13:30	Unidad II: 1ºsesión:	El método mamá canguro.
	L	Lactario	12:30 a 14:00	UNIDAD II: 2º sesión	Lactancia Materna: El mejor alimento para mi bebé.
	MX	Sala de formación	12:30 a 13:30	UNIDAD II: 3ºsesión:	Medidas de contención:“necesito estar tranquilo.”
	V	Sala de formación	12:30 a 13:30	UNIDAD III 1º sesión	Testimonio Real.

Anexo 4: Ejemplo de díptico

<p>¿Quién? </p> <p>El programa lo impartiremos profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.</p> <p>¿Cuándo? </p> <p>El programa será Lunes, Miércoles y Viernes.</p> <p>¿Dónde? </p> <p>En la Sala de Formación del hospital y el Lactario de la Unidad.</p>	<h2>“Cuidando con los cinco sentidos”</h2> 
---	---

Si mi bebé nació prematuro...	¿Qué tengo que hacer?
<p>Método Madre Canguro, "Piel con piel"</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar con ropa cómoda. ✓ No aplicar cremas ni colonias. ✓ Realizarlo en un sitio de penumbra. ✓ Estar en posición canguro al menos una hora.  <p>"Necesito estar tranquilo"</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ayudar al bebé a alcanzar los estados de autoregulación. 	<p>Lactancia Materna, "El mejor alimento para nuestro bebé."</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La Lactancia Materna es el mejor alimento para todos los bebés. ✓ En bebés prematuros mejora su desarrollo y evita la aparición de infecciones. ✓ Puede administrarse la leche materna con otras fórmulas. ✓ El método canguro favorece la lactancia materna. 

Anexo 5: Unidad II: Tercera sesión. Resolución de un caso.

NOMBRE: _____

Os encontráis un día en la UCIN con vuestros bebés cuando de repente, surge un ingreso de urgencia por lo que todo el personal debe ir a atenderlo. Vuestro bebé, que se encuentra en la incubadora o cuna térmica comienza a llorar, con el ceño fruncido y los brazos y piernas extendidos debido al ruido que comienza a oír. ¿Qué haríais para calmarlo?. Indiquen por pasos qué harían.

1º PASO:

2º PASO:

3ºPASO:

4ºPASO:

¿Qué no deberían hacer en ningún caso?

Anexo 6: Recursos Humanos y Materiales utilizados en el programa:

RECURSOS	
MATERIALES	HUMANOS
Mesas	Educando, padres de los bebés prematuros de la UCIN.
Sillas	Persona para dar el testimonio
Pizarra Digital	
Proyector	
Ordenador	
Sala Multiusos	
Unidad I:	-Díptico
Primera sesión:	
UNIDAD II:	-Maqueta de bebé
Primera Sesión.	prematuro
	-Esterilla
	-CD de relajación
	-Cartel
	-Parrilla de evaluación
UNIDAD II:	-Pósters
Segunda Sesión.	-Lactario
	-Maquetas para Lactancia Materna
	-Sacaleches
	-Sonda de alimentación
	-Cuchara
	-Post-it
	-Cartulina
UNIDAD II:	-Malla de Tubilast
Tercera Sesión.	-Algodón
	-Esparadrapo
	-Caso

Anexo 7: Parrilla de evaluación (Instrumento de evaluación).

UNIDAD:	SESIÓN:			
FECHA:	EVALUADOR:			
PARRILLA DE EVALUACIÓN				
NOMBRE DE LOS PARTICIPANTES	NIVELES DE LOGRO			
	1	2	3	4

Anexo 8: Unidad III: Primera sesión. Entrevista (Instrumento de evaluación).

- Una vez terminado el programa, ¿Cómo se sienten frente al cuidado de su hijo?
- ¿Qué fortalezas reconocen a la hora de prestarle cuidados en el día a día?
- ¿Consideran que necesitan más apoyo en algún aspecto?
- De los cuidados aprendidos en el programa, ¿Cuál de ellos creen que les ha sido de más ayuda?
- ¿Creen que hacer el programa de forma grupal les ha ayudado?

Propuesta de Intervención Educativa en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales basada en los Cuidados Centrados en el Desarrollo.

Anexo 9²⁵: Escala Neonatal Facial Coding System (NFCS) (Instrumento de evaluación).

NFCS (Neonatal Facial Coding System):

Accciones Faciales	0	1
Frente levantada, fruncida	Ausente	Presente
Ojos cerrados y apretados	Ausente	Presente
Hundimiento del surco nasolabial	Ausente	Presente
Apertura de labios	Ausente	Presente
Estiramiento de la boca (horizontal o en vertical)	Ausente	Presente
Lengua tirante-tensa	Ausente	Presente
Protusión de la lengua	Ausente	Presente
Mejillas marcadas	Ausente	Presente

Interpretación: Puntuación máxima 8 puntos, se considera dolor si ≥ 3 puntos.

Anexo 10: Encuesta (Instrumento de evaluación).

✘ ¿Qué le ha parecido el programa?

Nada útil

Poco útil

Útil

Muy útil

✘ ¿Cree que los contenidos y la información está adaptada y es suficiente?

Si

No

✘ ¿Qué le han parecido los materiales utilizados durante las diferentes sesiones?

Nada adecuados

Poco adecuados

Adecuados

Muy adecuados

✘ ¿Cree que el horario en el que se ha realizado el programa es adecuado?

Si

No

Propuesta de Intervención Educativa en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales basada en los Cuidados Centrados en el Desarrollo.

✘ ¿Cree que va a poder llevar a cabo lo aprendido en el programa?

Si

No

✘ Califique a los profesionales que han impartido el programa

1 (Nada cualificado)

2 (Poco cualificado)

3 (Cualificado)

4 (Muy cualificado)

✘ ¿Qué aspectos cambiaría o modificaría del programa?