



DIPUTACIÓN DE PALENCIA



Universidad de Valladolid

Escuela Universitaria de Enfermería de Palencia
"Dr. Dacio Crespo"

GRADO EN ENFERMERÍA
Curso académico (2022-23)

Trabajo Fin de Grado

**Cuidados de enfermería en la Unidad de
Cuidados Intensivos Neonatales: Cuidados
integrales de la unidad familiar.**

Revisión bibliográfica narrativa.

Estudiante: Gonzalo Bilbao Almeida

Tutor/a: Dr. José Ignacio Cuende Melero

Mayo, 2023

ÍNDICE

1. Glosario de abreviaturas	3
2. Resumen	4
3. Introducción	5
3.1. ¿Qué es la UCIN?	5
3.2. Evolución	5
3.3. Cuidados	6
3.3.1. Cuidados centrados en la familia	6
3.3.2. Método canguro	7
3.4. Actividades de la enfermería	7
3.5. Formación	8
3.5.1. Especialidad en pediatría, importancia del EIR	8
3.5.2. ¿Especialidad de Enfermería en Cuidados Intensivos?	8
3.6. Justificación y objetivos	9
3.6.1. Justificación	9
3.6.2. Objetivos	9
4. Material y métodos	10
4.1. Pregunta PICO	10
4.2. Síntesis de búsqueda	11
4.3. Criterios de inclusión y exclusión	11
4.4. Resultados de bases de datos	11
4.5. Diagrama de flujo	13
5. Resultados	14
Epígrafe 1	14
Epígrafe 2	15
Epígrafe 3	22
6. Discusión	32
7. Conclusiones	35
8. Bibliografía	36

1.GLOSARIO DE ABREVIATURAS

UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

NBNA: Neurological Behavior Neurologic Assessment (Evaluación neurológica del comportamiento neonatal).

KMC: Kangaroo Mother Care (Cuidado madre canguro).

OFC: Occipitofrontal Circumference (Circunferencia occipitofrontal).

SCRIP: Stability of the Cardio-Respiratory system In Premature (Determinación del nivel de estabilidad cardiorrespiratoria).

ANOVA: ANalysis Of VAriance (Análisis de la varianza).

ANCOVA: ANalysis Of COVAriance (Análisis de la covarianza).

FC: Frecuencia Cardíaca.

FR: Frecuencia Respiratoria.

SatO2: Saturación de Oxígeno

FCC: Family Centered Care (Cuidados centrados en la familia).

NIDCAP: Newborn Individualized Developmental Care And Assessment Program (Programa de evaluación y atención individualizada del desarrollo del recién nacido).

2. RESUMEN

Introducción: Las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales son unidades altamente sofisticadas tecnológicamente hablando y cuentan con un personal muy cualificado. Además de las actividades de enfermería llevadas a cabo en estas, las enfermeras también tienen la labor de favorecer la involucración de los padres en los cuidados, satisfaciendo también sus necesidades. Es muy importante una buena cualificación y por ello contamos hoy día con la especialidad de pediatría, gracias a la cual muchas enfermeras se forman en los cuidados pediátricos. Sin embargo, seguimos a la espera de la instauración de una especialidad en Cuidados Intensivos.

Objetivos: Valorar desde un enfoque integral los cuidados que reciben los recién nacidos ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos y sus padres.

Material y métodos: Se lleva a cabo una revisión bibliográfica con el fin de cumplir con los objetivos planteados. Se elabora una síntesis de búsqueda que se aplica en las bases de datos consultadas, obteniendo, de estas, 9 artículos que se llevan a estudio.

Resultados: Todos los artículos estudiados arrojaron resultados positivos a favor de los bebés y sus padres. El crecimiento de los recién nacidos y sus funciones fisiológicas se vieron favorecidas. Los padres también obtuvieron resultados positivos como la disminución del estrés o el aumento de la confianza.

Discusión: Aunque no se dieran resultados inesperados, algunos resultados no coincidían entre algunos estudios. Esto puede estar posiblemente motivado por las estrategias o diseños diferentes.

Conclusión: Los cuidados integrales de enfermería son imprescindibles para favorecer la participación en los cuidados enfermeros de los padres y la realización del método canguro. Estas prácticas obtienen resultados beneficiosos tanto para los padres como para los recién nacidos, pero se debe seguir investigando al respecto.

PALABRAS CLAVE: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Enfermería, Cuidado integral, método canguro, familia.

3. INTRODUCCIÓN

3.1. ¿Qué es la UCIN?

La atención médica especializada en neonatos ha avanzado significativamente en los últimos años, dando opción de supervivencia y cuidado a recién nacidos prematuros y enfermos. Esta unidad otorga un entorno especializado para los neonatos que requieran cuidados críticos durante los primeros días de sus vidas. Estas unidades se encuentran dentro de los hospitales y dispone de tecnología y personal sanitario altamente cualificado¹.

La UCIN se centra en el cuidado integral de recién nacidos, otorgando tratamientos especializados y apoyo vital para garantizar su supervivencia y bienestar. Estos pacientes pueden presentar varios problemas médicos, como respiratorios, inmadurez de órganos, infecciones, defectos congénitos o trastornos metabólicos, entre otros¹.

El 75% de las muertes neonatales ocurren durante la primera semana de vida siendo los partos prematuros, las complicaciones relacionadas con el parto, las infecciones y los defectos congénitos las primeras causas que provocan estas muertes. Desde 1990 ha habido un progreso considerable. En África Subsahariana, continúan teniendo las tasas más altas de muerte neonatal. Por el contrario, Europa y América del Norte tienen tasas más bajas².

3.2. Evolución

La primera UCI para neonatos surgió en 1961 cuando Mildred Stahlman utilizó por primera vez un ventilador para asistir a un bebé con dificultades respiratorias^{3,5}.

En los siglos XVII y XVIII existían publicaciones académicas sobre bebés prematuros y con enfermedades. Pero no fue hasta 1920 cuando los hospitales comenzaron a separar a estos recién nacidos en una zona aparte, actualmente conocidas como UCIN^{4,5}.

No fue hasta el siglo XIX cuando el Dr. Stéphane Tarnier desarrolló la primera incubadora en París, donde demostró que el mantenimiento de un ambiente cálido ayudaba a estos pacientes prematuros^{5,6}.

Las primeras Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales se establecieron a finales del siglo XX⁴. A medida que avanzaban los años, las UCIN fueron mejorando significativamente y su mejora se ve reflejada en el descenso de la mortalidad neonatal de 5 millones en 1990 hasta 2,4 millones en 2019 en el mundo².

Su desarrollo fue rápido, desde las primeras salas de cuidados intensivos pediátricos, donde su desarrollo fue evolucionando hasta las actuales UCIN⁴. Gracias a la nueva tecnología médica, las UCIN disponen de dispositivos avanzados que han ayudado a esa evolución. En estas unidades también es de gran importancia la creación de un entorno lo más agradable posible, minimizando la luz y el ruido, fomentando el método canguro y la participación de los padres, entre otras. Todo esto ha favorecido la mejoría de estas unidades tanto a nivel asistencial como humano. El trabajo multidisciplinar ha sido de gran importancia para este desarrollo, aportando cada vez más profesionales y mejor preparados¹.

3.3. Cuidados

La atención personalizada en la UCIN es primordial, vigilar las constantes vitales, la administración de medicamentos, la asistencia respiratoria, la nutrición, el control del entorno, son de las tareas más importantes de las que el personal de enfermería es responsable. Además, no solo son responsables del cuidado de los pacientes, también desempeñan un papel fundamental en la educación y apoyo a los padres y familiares, fomentando la participación activa en el cuidado y toma de decisiones⁷.

3.3.1. Cuidados centrados en la familia

La comunicación con los padres es fundamental y tiene que ser clara y continua, otorgando toda la información posible de la situación del neonato. También es importante la participación de la familia para el cuidado del bebé, alimentación y contacto piel con piel^{7,8}.

El profesional de enfermería también se encargará de proporcionar a las familias toda la información y educación adecuada sobre funciones como alimentación del bebé, limpieza, forma de sostenerlo e identificar signos de alerta entre otros. Prepararlos

para la vida extrahospitalaria es importante, informándoles sobre los servicios y programas de seguimiento y atención continuada que se ofrecen^{7,8}.

El profesional también brindará apoyo emocional continuo a las familias⁷.

3.3.2. Método canguro

El método canguro es la atención que se brinda a un bebé prematuro manteniéndole en contacto piel con piel con su madre⁸.

Este método se originó en Colombia en la década de los 70 por los doctores Rey y Martínez como alternativa a los cuidados en incubadoras, al ser estas inadecuadas o insuficientes o no disponer de acceso a una⁸.

La técnica consiste en colocar al bebé desnudo (exceptuando el pañal) en el pecho de la madre o padre, esto equivaldría a la atención que respecta a la seguridad y protección térmica que ofrecería una incubadora. Este método también contribuye a la humanización de la atención neonatal potenciando los vínculos entre el hijo y su madre. La lactancia materna también se verá facilitada, incrementando el peso del recién nacido y su mejora digestiva^{8,9}.

La regulación de los patrones conductuales también se verá afectada, con menos tiempos de lloros y menor estrés, mejorando también el período de sueño^{8,9}.

Otro punto importante es este método es la participación familiar, al no ser solo la madre la única que puede realizarlo⁸.

3.4. Actividades de la enfermería.

Entre estas destacan: Control clínico, control de la monitorización, recogida de datos biológicos y clínicos, preparación y administración de tratamiento pautado, control de la gestión de la unidad, prevención de infecciones, apoyar al neonato y la familia o confección de protocolos para la unidad.

3.5. Formación

La formación es algo continuo que debe darse en todas las profesiones sanitarias, incluida la enfermería. El aporte de conocimientos y técnicas específicos para un mejor desempeño es fundamental y para ello es necesario ampliar las habilidades y competencias para aportar la mejor atención más especializada posible¹⁰.

3.5.1. Especialidad en pediatría, importancia del EIR.

Según el Real Decreto 450/2005 son reconocidas siete especialidades en enfermería¹¹:

- Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).
- Enfermería de Salud Mental.
- Enfermería del Trabajo.
- Enfermería Geriátrica.
- Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos.
- Enfermería Familiar y Comunitaria.
- Enfermería Pediátrica.

Hoy día existen plazas para formarse en todas ellas excepto en la de cuidados Médico-Quirúrgicos¹¹.

La especialidad de pediátrica tiene una duración de dos años de residencia, donde las enfermeras adquieren las habilidades y conocimientos necesarios para hacer frente a las necesidades de los niños desde su nacimiento hasta su adolescencia en todos los niveles de atención¹².

3.5.2. ¿Especialidad de Enfermería en Cuidados Intensivos?

Dentro de la enfermería no existe una especialidad concreta de cuidados intensivos, especialidad que aún no se ha conseguido desarrollar y que la Sociedad Española de Enfermería en Cuidados Intensivos y Unidades Coronarias (SEEIUC) demanda. El Real Decreto 992/1987 llegaría a considerar una especialidad llamada “Cuidados Especiales”, la cual era imprecisa y nunca llegó a prosperar. Pasado los años, el Real

Decreto 450/2005 tampoco ordenó una especialidad de Enfermería en Cuidados Intensivos¹³.

3.6. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

3.6.1. Justificación

Es evidente que, gracias a los avances tecnológicos y a la mejor preparación de los profesionales, las complicaciones y tasas de mortalidad en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales han disminuido considerablemente^{1,2}.

La revisión bibliográfica de este Trabajo de Fin de Grado está justificada por la necesidad de demostrar la gran importancia de brindar los mejores cuidados posibles a los recién nacidos que se encuentran en un ambiente tan especial y único como es la UCIN, a la cual las familias no tienen libre acceso. Por lo tanto, se pretenderá evidenciar la necesidad de atender tanto a los bebés ingresados como a sus familias, valorando la posibilidad de permitir que estas formen parte del proceso de atención. De este modo, se busca cumplir con las necesidades de la unidad familiar al completo.

3.6.2. Objetivos

Para desarrollar el presente trabajo se plantearán los siguientes objetivos.

- Objetivo general:

Valorar desde un punto de vista integral los cuidados de los recién nacidos en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales y de sus padres.

- Objetivos específicos:

- Beneficios para el neonato de la participación de los padres en los cuidados enfermeros.
- Valorar la utilidad del método canguro en el bienestar de la madre y del recién nacido.
- Revisión de los cuidados integrales de enfermería en la unidad familiar.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

Para la elaboración de esta revisión bibliográfica, se han llevado a cabo una serie de búsquedas en 3 bases de datos reconocidas en el ámbito de las ciencias de la salud, en busca del logro de los objetivos planteados en el apartado anterior. Las bases de datos consultadas fueron las siguientes:

-Biblioteca Cochrane: Recoge revisiones sistemáticas y metaanálisis en ciencias de la salud, con el objetivo de tener disponible con la máxima evidencia las distintas actuaciones revisadas, pudiendo enlazar con otras bases de datos.

-CINAHL: Reconocida como la más importante de nuestra profesión, es imprescindible para la elaboración de un Trabajo de Fin de Grado de Enfermería.

-PubMed: Base de datos de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos de América. Especializada en las ciencias de la salud, recoge más de 19 millones de referencias bibliográficas publicadas en un gran número de países, siendo considerada como la mejor base de datos en ciencias de la salud.

4.1. Pregunta PICO

P	I	C	O
Paciente, problema o condición	Intervención	Comparación de la intervención	Resultado esperado
Neonatos ingresados en la UCIN	Cuidados integrales	Cuidado estándar	Beneficios para el neonato y la familia
¿Son los cuidados integrales de enfermería a los neonatos ingresados en la UCIN beneficiosos para estos y su familia?			

Tabla 1: Pregunta PICO

4.2. Síntesis de búsqueda

Se llevó a cabo la siguiente estrategia de búsqueda en las 3 bases de datos empleadas para “Título” y “Resumen”

-PubMed: (((NURS*[Title/Abstract] AND (PARENT*[Title/Abstract] OR FATHER[Title/Abstract] OR MOTHER[Title/Abstract] OR CAREGIVER*[Title/Abstract])) AND ("INTENSIVE CARE"[Title/Abstract] OR ICU[Title/Abstract] OR "CRITICAL CARE"[Title/Abstract])) AND (NEONAT*[Title/Abstract] OR PREMATURE[Title/Abstract] OR PRETERM[Title/Abstract] OR NEWBORN[Title/Abstract] OR INFANT[Title/Abstract])).

-CINAHL: (Intensive care unit OR icu OR critical care OR critical care unit) AND (Parents OR caregivers OR mother OR father OR parent) AND (Nurs OR nurses OR nursing) AND (Neonate OR neonatal OR premature OR preterm OR newborn OR infant).

-Cochrane: (Intensive care unit OR icu OR critical care OR critical care unit) AND (Parents OR caregivers OR mother OR father OR parent) AND (Nurs OR nurses OR nursing) AND (Neonate OR neonatal OR premature OR preterm OR newborn OR infant).

4.3. Criterios de inclusión y exclusión

-Criterios de inclusión: “Full text” en todas las bases de datos y los tipos de artículo “Clinical Trial”, “Meta-Analysis”, “Randomized Controlled Trial” y “Systematic review”, que en PubMed se han podido incluir como filtros.

-Criterios de exclusión: Los artículos que no atienden a los objetivos del trabajo tras la lectura de título, resumen y artículo.

4.4. Resultados de bases de datos

PubMed:

Se encuentran 114 artículos a revisar, tras la aplicación de los siguientes filtros:

-Text availability:

-Full text.

-Article type:

-Clinical Trial.

-Meta-Analysis.

-Randomized Controlled Trial.

-Systematic review.

Se descartan 89 artículos tras la lectura del título, 15 tras leer el resumen y 3 más tras una lectura objetiva. Por lo tanto, se seleccionan 7 artículos de esta base de datos.

CINAHL:

Se encuentran 194 artículos a revisar tras la aplicación de los siguientes filtros:

-Full text access.

Se descartan 156 artículos tras la lectura del título, 32 tras la lectura del resumen y 2 tras una lectura objetiva. Finalmente se seleccionan 4 artículos de esta base de datos.

Cochrane:

Se encuentran 10 revisiones sistemáticas. 5 son descartadas tras la lectura del título, 3 tras la lectura del resumen y 2 tras la lectura objetiva. No se seleccionan Revisiones Cochrane para el estudio.

4.5. Diagrama de flujo



Figura 1: Diagrama de flujo (elaboración propia)

5. RESULTADOS

Con el objetivo de establecer un orden para facilitar la comprensión de los resultados de los artículos llevados a estudio, se han agrupado estos en 3 epígrafes basados en los objetivos propuestos:

- Beneficios para el neonato de la participación de los padres en los cuidados enfermeros.
- Valorar la utilidad del método canguro en el bienestar de la madre y del recién nacido.
- Revisión de los cuidados integrales de enfermería en la unidad familiar.

Epígrafe 1: Beneficios para el neonato de la participación de los padres en los cuidados enfermeros.

En 2019, Jin Heo Y. y Oak Oh W.¹⁴ lleva a cabo un ensayo controlado aleatorizado que evalúa los efectos que su “Programa de Mejoramiento de la Participación de los padres en el cuidado neonatal” tiene sobre el aumento de peso de los prematuros ingresados en una UCIN, entre otros aspectos. Los resultados de este estudio arrojaron que no existió una diferencia estadísticamente significativa entre los pesos corporales de los prematuros (<37 semanas) del grupo control (32 bebés y 32 diadas madre-padre) y del grupo de intervención (30 bebés y 30 diadas madre-padre).

Outcome measures	Intervention (N = 30)			Control (N = 32)			t or Mann-Whitney U	p
	Pre Mean(SD)	Post Mean(SD)	Diff Mean(SD)	Pre Mean(SD)	Post Mean(SD)	Diff Mean(SD)		
Body weight(gm)	1633.0 (563.42)	2025.67 (599.10)	392.67 (68.93)	1708.44 (808.41)	2076.88 (813.35)	368.44 (60.17)	359.50 [†]	.09

Mann-Whitney U test conducted for comparison of body weight between intervention group and control group.

[†] Mann-Whitney U test, Diff = Difference.

Tabla 2: Comparación de las variables dependientes entre los dos grupos¹⁴

Latour JM et al.¹⁵ (2018) pretenden evaluar la seguridad y la eficacia de una intervención de atención centrada en la familia en una unidad de cuidados intensivos neonatales en China. Se lleva a cabo un ensayo controlado aleatorizado con

prematuros por debajo de las 37 semanas de gestación. Se establecen un grupo control (30 bebés y 48 padres) y un grupo de intervención (31 bebés y 62 padres). Ambos grupos reciben sesiones educativas, pero únicamente el segundo grupo visita al bebé y es motivado para formar parte de los cuidados.

Los resultados primarios abarcan los resultados clínicos de los bebés “peso al alta”, “tasas de reingreso a la semana tras el alta”, “tasas de reingreso al mes tras el alta” y “duración de la estancia”. El peso al alta fue mayor en el grupo de intervención (886 g vs 542 g; $p = 0,013$) y las tasas de reingreso pasada una semana y pasado un mes fueron menores en el citado grupo (41,9% vs 70,0%; $p = 0,045$ y 6,5% vs 50%; $p < 0,001$, respectivamente). Sin embargo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la duración de la estancia hospitalaria entre ambos grupos (43 vs 46 días; $p = 0,937$).

Por otro lado, se evaluaron unos resultados secundarios en base a la eficiencia y seguridad de esta intervención de atención centrada en la familia. Estos fueron las complicaciones clínicas del paciente (retinopatía de la prematuridad, enterocolitis necrotizante y displasia broncopulmonar) y los resultados neurológicos el día antes del alta.

En cuanto a la evaluación de los resultados neurológicos el día antes del alta, esta se midió por medio de la Neonatal Behavior Neurologic Assessment (NBNA) y ofreció unos mejores y significativos resultados en el grupo de intervención respecto del grupo control (33,71 vs 30,8; $p < 0,001$). Las complicaciones clínicas de los bebés dieron como resultado una tasa de aparición de retinopatía en la prematuridad menor en el grupo de intervención (3% vs 10%; $p = 0,04$) y una ausencia de diferencias significativas en las tasas de aparición de enterocolitis necrotizante y displasia broncopulmonar entre ambos grupos.

EPÍGRAFE 2: Valorar la utilidad del método canguro en el bienestar de la madre y del recién nacido.

En el estudio de Singh J et al.¹⁶ (2010) se propuso si la implementación del Método Madre Canguro (KMC) en niños de bajo peso al nacer mejoraría el crecimiento físico, la lactancia materna y su aceptabilidad. Se inicia un estudio controlado aleatorizado

en la UCIN, con dos grupos (intervención y control) de 50 prematuros que recibirían KMC al menos 6h al día o, de lo contrario, una atención estándar. Se llevó a cabo una monitorización de los prematuros para determinar el aumento de peso, la longitud y la circunferencia occipitofrontal (OFC).

La edad gestacional media ($35,48 \pm 1,20$ semanas en el grupo de intervención y $35,04 \pm 1,09$ semanas en el grupo control), las puntuaciones medias de Apgar al minuto ($7,26 \pm 0,44$ en el grupo de intervención y $7,30 \pm 0,46$ en el grupo control) y transcurridos 5 minutos ($8,76 \pm 0,43$ en el grupo de intervención y $8,84 \pm 0,37$ en el grupo control), el peso medio al nacer ($1,69 \pm 0,11$ kg en el grupo de intervención y $1,69 \pm 0,12$ kg en el grupo control), la longitud media al nacer ($42,03 \pm 0,52$ cm en el grupo de intervención y $41,95 \pm 0,47$ cm en el grupo control) y la circunferencia occipitofrontal al nacer ($31,19 \pm 0,65$ cm en el grupo de intervención y $31,21 \pm 0,47$ cm en el grupo control) fueron comparables entre ambos grupos.

Con el transcurso del estudio, el aumento del peso medio en el grupo de intervención fue significativamente mayor que en el grupo control ($16,23 \pm 0,49$ g/día vs $14,10 \pm 0,52$ g/día; $P < 0,05$). El incremento de longitud media también ofreció diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($1,03 \pm 0,05$ cm/semana en el grupo de intervención vs $0,74 \pm 0,05$ cm/semana en el grupo control; $P < 0,05$). Por último, la ganancia de la OFC media también resultó ser significativamente mayor en el grupo de intervención respecto del grupo control ($0,59 \pm 0,04$ cm/semana vs $0,47 \pm 0,03$ cm/semana; $P < 0,05$).

También cabe destacar que la temperatura media registrada en el transcurso del método canguro llevado a cabo por el grupo de intervención fue significativamente mayor en relación con la atención habitual brindada al grupo control ($36,65 \pm 0,24$ °C vs $36,44 \pm 0,22$ °C).

La lactancia materna exclusiva fue mayor en el grupo de intervención al finalizar el estudio, pues 14 bebés del grupo control estaban tomando otra leche distinta a la materna por 6 bebés pertenecientes al grupo de intervención que estaban haciendo lo propio.

En general fue una práctica muy bien aceptada por las madres participantes en el grupo de intervención de este estudio. Todas estuvieron a gusto, el 94% (47 de 50) afirmó continuar el KMC en su casa y lo prefirieron antes que la incubadora, el 98% (49 de 50) lo recomendarían y el 88% (44 de 50) supusieron que el KMC no se entrometería con sus responsabilidades cotidianas. El 84% (42 de 50) y el 86% (43 de 50) se sentían confiadas en el manejo de sus hijos y en llevar a cabo unos cuidados adecuados en sus hogares, respectivamente.

Las enfermeras coincidieron en que el método canguro era una práctica útil en la atención que no causaba problemas ni interrupciones de su jornada laboral.

Lee J. Bang KS.¹⁷, en 2011 buscan valorar los efectos que el método canguro tuvo sobre las madres y sus bebés prematuros ingresados en una unidad de cuidados intensivos neonatales.

Se toman para el estudio dos grupos (intervención y control) de 17 prematuros y sus madres. Todos reciben el mismo trato, a excepción de la práctica del método canguro que llevarían a cabo las madres del grupo de intervención 30 minutos al día durante dos semanas.

Los parámetros fisiológicos a tener en cuenta en los prematuros fueron la temperatura corporal, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno y puntuación SCRIP (determinación del nivel de estabilidad cardiorrespiratoria). Durante la realización del método canguro los bebés se encontraban continuamente monitorizados y los datos que finalmente se acabarían registrando en el estudio se apuntaban cada 10 minutos. Por otro lado, la autoestima de las madres fue evaluada por medio de un inventario de autoinforme materno.

Tras comparar la homogeneidad entre ambos grupos y, por medio de una prueba ANOVA de medidas repetidas, examinar los efectos que fueron significativos de la intervención sobre las variables dependientes, se obtuvieron los resultados que se comentan a continuación.

En la autoestima materna, no se encontraron diferencias entre ambos grupos en la prueba inicial, pero sí tras el estudio, donde el grupo de intervención obtuvo unos resultados estadísticamente significativos respecto del control ($p = 0,008$).

El grupo de prematuros que recibió método canguro aumentó más de peso, pero no resultó ser significativo.

En cuanto a la estabilidad fisiológica, se apreciaron efectos de interacción significativos de grupo y tiempo en todos los parámetros. Se demuestran así los beneficios fisiológicos que el método canguro tiene sobre los prematuros.

Variables	Time	Experimental group (n=17)	Control group (n=17)	Source	F	p
		M±SD	M±SD			
Body temperature (°C)	Onset	36,34±0,21	36,38±0,16	Group Time Group*time	4,723 57,242 25,860	,037 <,001 <,001
	After 10 min	36,52±0,23	36,42±0,16			
	After 20 min	36,61±0,19	36,45±0,16			
	After 30 min	36,71±0,18	36,45±0,08			
Respiration rate (frequency/min)	Onset	55,38±6,16	49,13±6,56	Group Time Group*time	0,998 16,242 19,059	,325 <,001 <,001
	After 10 min	48,32±4,97	50,07±6,31			
	After 20 min	44,65±7,19	48,61±6,65			
	After 30 min	42,46±6,60	50,28±5,89			
Heart rate (frequency/min)	Onset	167,82±9,46	163,59±6,67	Group Time Group*time	0,000 23,796 5,369	,997 <,001 ,002
	After 10 min	160,39±8,33	161,66±9,46			
	After 20 min	159,10±8,14	160,38±9,06			
	After 30 min	158,36±8,68	160,00±10,94			
SpO ₂ (%)	Onset	92,70±3,15	91,53±2,41	Group Time Group*time	18,676 37,934 5,853	<,001 <,001 ,001
	After 10 min	96,17±1,84	93,65±1,95			
	After 20 min	96,83±1,76	92,70±2,89			
	After 30 min	97,20±1,60	94,20±1,68			
SCRIP score	Onset	4,61±0,28	4,76±0,31	Group Time Group*time	11,859 75,099 18,897	,002 <,001 <,001
	After 10 min	5,24±0,26	5,12±0,29			
	After 20 min	5,57±0,37	5,00±0,39			
	After 30 min	5,70±0,30	5,19±0,24			

Tabla 3: Comparaciones de las mediciones fisiológicas entre el grupo experimental y el grupo control por medio de ANOVA¹⁷

Cho ES. et al.¹⁸ realizan en 2016 un estudio cuasi-experimental con el fin de identificar los efectos que el método canguro tiene sobre las funciones fisiológicas de los bebés prematuros, el apego materno-infantil y el estrés materno. 40 prematuros con edades corregidas de ≥ 33 semanas y sus madres fueron repartidos en dos grupos (intervención y control). Las madres del grupo de intervención llevan a cabo KMC 3

veces por semana. Las funciones fisiológicas a estudio fueron el peso, la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno y la temperatura corporal. Por otro lado, el apego madre-bebé y el estrés materno se midieron por medio de un cuestionario de medición de apego y la escala de estrés parental. (Escala en anexos)

Se analiza la prueba de homogeneidad y se observan diferencias estadísticamente significativas en las funciones fisiológicas de ambos grupos al inicio del estudio en el peso, FC, FR, apego madre-bebé y estrés materno (significancia estadística de $p=0.001$, $p=0,001$, $p=0,031$, $p=0,028$ y $p=0,065$, respectivamente). Debido a esta situación, se emplea el análisis de varianza de medidas repetidas (ANOVA) para analizar las diferencias en el peso entre ambos grupos y el análisis de covarianza (ANCOVA) para los análisis de FC, FR, apego madre-bebé y estrés materno. Las funciones fisiológicas mencionadas, el apego madre-bebé y el “estrés materno” pasan a considerarse covariables ANCOVA, obteniendo una homogeneidad entre los grupos de intervención y control. En las funciones fisiológicas SatO₂ y temperatura corporal no existe significación estadística ($p=0,081$ y $p=0,220$, respectivamente) entre ambos grupos al inicio del estudio, siendo consideradas estas dos como homogéneas.

Demographics	EG (n=20)	CG (n=20)	t	p
	Mean±SD	Mean±SD		
Weight (g)	1660.00±225.20	1442.00±128.00	-3.76	.001
Heart rate	159.30±9.17	149.10±8.00	-3.75	.001
Respiratory rate	54.00±11.30	46.90±8.58	-2.24	.031
Oxygen saturation	96.45±2.39	95.05±2.54	-1.79	.081
Temperature of skin	36.41±0.36	36.53±0.21	1.25	.220
Maternal-Infant Attachment	4.48±0.39	4.24±0.27	-2.29	.028
Maternal Stress	4.67±0.30	4.49±0.30	-1.90	.065

Note. EG=Experimental group; CG=Control group.

^aFisher's Exact Test.

Tabla 4: Homogeneidad entre los grupos (N=40)¹⁸

Una vez concluido el estudio se observa que existe una diferencia estadísticamente significativa en el factor fisiológico FR (45.40 ± 5.44 vs 47.65 ± 9.20 en los grupos de intervención y control, respectivamente; $p=0,020$). En las demás funciones sí se observan diferencias a favor del método canguro, pero no son significativas.

Variables	Group	Pre	Post	F/t	p
		Mean \pm SD	Mean \pm SD		
Body weight (g)	EG	1660.00 \pm 225.20	2164.00 \pm 243.25		
	CG	1,442.00 \pm 128.00	1779.00 \pm 146.89		
			Group	1.1 ^a	.301
			Time	145.25 ^a	<.001
			Group*Time	2.89 ^a	.098
Heart rates	EG	159.30 \pm 9.17	149.55 \pm 10.52	3.82 ^b	.055
	CG	149.10 \pm 8.00	146.30 \pm 11.42		
Respiration rates	EG	54.00 \pm 11.30	45.40 \pm 5.44	5.70 ^b	.020
	CG	46.90 \pm 8.58	47.65 \pm 9.20		
O2 Saturation	EG	96.45 \pm 2.39	98.50 \pm 1.40	-1.14 ^c	.261
	CG	95.05 \pm 2.54	97.85 \pm 2.13		
Body temperature	EG	36.41 \pm 0.36	36.63 \pm 0.17	-1.49 ^c	.144
	CG	36.53 \pm 0.21	36.53 \pm 0.23		

Note. EG=Experimental group (n=20); CG=Control group (n=20).

a
Repeated Measured ANOVA (covariate: pre-test score).

b
ANCOVA (covariate: pre-test score).

c
t-test (post-test score difference of two groups).

Tabla 5: Efectos del método canguro sobre las funciones fisiológicas¹⁸

Controlado el apego madre-bebé por medio de ANCOVA, se demuestra que tras el estudio existió una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos a favor del grupo de intervención (4.74 ± 0.28 vs 4.48 ± 0.39 en los grupos de intervención y control, respectivamente; $p < 0,001$). Los mismos resultados son obtenidos en el estrés materno, demostrándose la reducción significativa de este en las madres tras realizar el método canguro (3.76 ± 0.23 vs 4.40 ± 0.33 en los grupos de intervención y control, respectivamente; $p < 0,001$).

Yang SH et al.¹⁹ publican en 2019 una revisión sistemática cualitativa en la que, tras un proceso de selección de estudios, incluyen 9 de ellos para recoger las experiencias de los padres que han llevado a cabo el método canguro con sus neonatos en la UCIN. Establecen 5 temas sobre los que basarán los resultados, que se van a comentar a continuación.

Tema 1: Sensación de vacío del rol de los padres:

Ante un parto prematuro los padres experimentan sentimientos de tristeza, miedo e incluso culpa (Blomqvist et al., [2012](#) ; Johnson, [2007](#)). Estos sentimientos pueden persistir ya que, aún con la instrucción de las enfermeras sobre el método canguro, los padres se muestran preocupados por llevarlo a cabo (Norén et al., [2018](#)).

Tema 2: Barreras en la traducción de los roles parentales en el método canguro:

Los padres tienen miedo de establecer un contacto con sus bebés y hacerles algún daño, desconfiando de sus habilidades (Maastrup et al., [2018](#); Reddy & McInerney, [2007](#)). Además, el entorno de la UCIN no favorece la relación y la comodidad (Blomqvist et al., [2012](#); Norén et al., [2018](#) ; Olsson et al., [2017](#)). Las madres pueden llegar a referir agotamiento mental, emocional y físico (Tarus & Tjale, [2015](#)).

Tema 3: La preparación mejora las expectativas del rol de los padres:

La preparación de los padres para llevar a cabo el método canguro corre a cargo de las enfermeras y este papel es muy importante (Gula et al. [2017](#)). Se debe instruir a los padres de tal modo que comprendan y acepten el método canguro, siendo apoyados por este para el desempeño sus roles. También es importante cuidar y

preparar un ambiente lo más tranquilo posible (Johnson, 2007; Maastrup et al., 2018; Norén et al., 2018); Olsson et al., 2017; Reddy y McInerney, 2007; Tarus & Tjale, 2015)

Tema 4: El método canguro mejora la competencia de los padres:

Las enfermeras deben formar a los padres, con el objetivo de que estos satisfagan tanto sus necesidades como las de sus hijos prematuros (Blomqvist et al., 2012; Helth & Jarden, 2013; Johnson, 2007; Olsson et al., 2017). Además, las enfermeras también son responsables de transmitir a los padres seguridad y confianza en sus capacidades, lo que disminuirá el estrés de estos (Reddy & McInerney, 2007). Esto mejorará la identidad de rol de unos padres que sentirán alivio y un vínculo con su hijo, satisfacción, disminución del miedo a lo desconocido y un fortalecimiento de sus sentimientos de paternidad (Johnson, 2007; Maastrup et al., 2018; Norén et al., 2018). El método canguro reduce el llanto, estabiliza los signos vitales y favorece el crecimiento del bebé (Reddy & McInerney, 2007). Los padres también desarrollan una comprensión de los comportamientos y reacciones del niño, favoreciendo y aumentando su colaboración en los cuidados ((Blomqvist et al., 2012 ; Maastrup et al., 2018 ; Norén et al., 2018)

Tema 5: Ánimo y apoyo de familiares y amigos:

El aliento de la familia es muy importante (Reddy & McInerney, 2007) y la implementación del método canguro entre ambos progenitores favorece su descanso y la cooperación conjunta (Blomqvist et al., 2012; Johnson, 2007; Maastrup et al., 2018; Norén et al., 2018; Olsson et al., 2017). Además, cabe destacar que el apoyo de otros padres que hayan vivido la prematuridad de sus hijos o de padres que estén pasando también por ello favorece la confianza y la disminución de la ansiedad de todos ellos (Reddy & McInerney, 2007)

EPÍGRAFE 3: Revisión de los cuidados integrales de enfermería en la unidad familiar.

En 2010, Kearvell H. Grant J.²⁰ llevan a cabo una revisión sistemática con el objetivo de conocer las barreras que impiden una adecuada diada madre-bebé dentro de una UCIN y cómo pueden las enfermeras ofrecer apoyo en el apego. Se revisan 15

artículos (13 estudios cualitativos y dos de métodos mixtos) y se identifican dos temas principales.

Tema 1: Interacción madre-bebé.

El contacto temprano es esencial para la relación entre ambos y las enfermeras tienen la importante tarea de facilitar el apego y la interacción madre-bebé (Hunt, 2008, p. 48; Chia y Sellick, 2005, p. 20). La enfermera puede fomentar la interacción madre-bebé de las siguientes maneras:

-Cuidado canguro: Siete estudios demostraron que el método canguro favoreció el apego y el desarrollo temprano. Las madres lo expresaron como una oportunidad mutua para conocerse profundamente (Wigert et al., 2006, pp. 215-16; Roller, 2005, p. 215). El método canguro permitía el acercamiento y el fortalecimiento del apego en un entorno que no era propicio para ello (Flacking et al., 2006, pp. 74-5; Wigert et al., 2006, p. 216; Roller, 2005, p. 216) y la conexión establecida transmitía a las madres el sentimiento de estar cuidando a su prematuro (Neu, 1999, p. 161; Johnson, 2007, p. 570). La reciprocidad diádica es mayor en las madres que proporcionan método canguro (Feldman et al., 2002, p. 21). Además, la mayor parte de las enfermeras coincidían en la opinión de que el cuidado canguro ofrecía beneficios para madres e hijos, aunque expresaron preocupaciones debido a las circunstancias que dificultaban su práctica (espacio, falta de personal, falta de tiempo para educar a las madres, ...) (Chia y Sellick, 2005, p. 23).

-Lactancia materna: Fundamental para la instauración del apego, la comodidad y la cercanía, además de para la alimentación (Chia y Sellick, 2005, p. 23-25).

-Participación en la atención de rutina: Se halló que las enfermeras son las responsables de facilitar el apego en la UCIN, promoviendo el contacto madre-prematuro (Bialoskurski et al., 1999, p. 74). Cuanto más temprano sea el contacto, mayores serán las probabilidades de que se dé un apego inmediato (Bialoskurski et al., 1999, p. 72). Se ha descubierto que las enfermeras que promovían el cuidado y contacto de las madres con sus bebés son fundamentales en el apego (Johnson, 2007, p. 571) y su disposición positiva y compartida es crucial para fomentar la participación de las madres en la atención de sus bebés (Fenwick et al., 2008, p. 76).

Unas madres instruidas y participativas sentían confianza y conexión (Fenwick et al., 2008, p. 75). Además, Martínez et al. (2007, p. 241) presentaron que el trabajo de las enfermeras es indispensable de cara a la educación de los padres sobre métodos de cuidado.

Tema 2: La interacción madre-enfermera.

La relación y el cuidado de la enfermera a las madres es muy importante para apoyarlas y conectarlas con su bebé (Wigert et al., 2006, p. 39). Las enfermeras que atienden las necesidades de las madres fortalecen el vínculo de la diada madre-hijo (Karl et al., 2006, p. 258). Se divide este tema en los siguientes subtemas:

-Apoyo psicosocial: La situación en la que se ven las madres con un bebé ingresado en la UCIN se traduce como un “caos emocional”, como consecuencia del medio en el que se encuentran, la ansiedad o aprensión generadas. (Flacking et al., 2006, p. 73). Seis estudios reflejaron que el apoyo psicosocial de las enfermeras favorece el apego madre-bebé. Las enfermeras que proporcionaron cuidados a las madres aliviaron su ansiedad (Johnson, 2007, p. 572; Neu, 1999, p. 163) y las transmitieron confianza y satisfacción (Johnson, 2007, p. 571; Mok y Leung, 2006, p. 730). Estos cuidados se tradujeron en conocimientos y fortaleza para las madres de cara a su estrés y al cuidado de sus bebés (Mok y Leung, 2006, p. 733).

Un estudio llevado a cabo en Suecia con 25 madres con bebés ingresados en la UCIN evidenció que había enfermeras que “alentaban y empoderaban” a las madres, mientras que otras las transmitían lo contrario (Flacking et al., 2006). La autoestima de las madres era dependiente de las relaciones de confianza que establecieran con las enfermeras. Se destacó en este estudio que las enfermeras cuentan con la capacidad de involucrar a las madres en los cuidados de sus bebés, siendo imprescindibles de cara a la involucración de la madre y el desarrollo del vínculo entre esta y su bebé. El nivel de intimidad logrado entre madre y bebé es dependiente del ambiente emocional y social y del apoyo recibido por parte de la enfermera (Fenwick et al., 2008, p. 80).

-Comunicación: Tres estudios transmitieron la importancia de la comunicación madre-enfermera. Las enfermeras que informaban a las madres sobre el estado actualizado de sus bebés favorecían la comprensión de las necesidades de salud de estas,

disminuyendo la ansiedad (Orapiriyakul et al., 2007, p. 259; Mok y Leung, 2006, p. 730; Fenwick et al., 2001, p. 586). Las madres valoraron la comunicación muy positivamente, pues esta favoreció su relajación y la confianza, además de un sentimiento de control de la situación y unión con su bebé (Fenwick et al., 2001, p. 586).

En el año 2022, Vaismoradi M. et al.²¹ llevaron a cabo una revisión sistemática y metaanálisis enfocada en el estudio de las estrategias de enfermería empleadas para brindar apoyo emocional y práctico a las madres que tienen a sus hijos prematuros ingresado en la UCIN. Tras el análisis de los artículos llevados finalmente a estudio, se establecen 3 categorías que recogen las estrategias de enfermería que se emplearon para brindar el apoyo a las madres.

Estrategias de enfermería relacionadas con las emociones de las madres y el apego madre-bebé			
AUTORES	ESTRATEGIAS	PROCEDIMIENTO	RESULTADOS
Alemdar et al.	Cuidado espiritual.	Oraciones.	Reducción del estrés.
Cho et al.	Método Canguro.	KC 3 veces por semana.	Reduce estrés y mejora apego.
Jafarzadeh ZA, Maghsoudi J, Barekattain B, et al.	Programa de formación utilizando teleenfermería.	Conocimientos sobre las características del prematuro, KC, lactancia, masajes.	Reducción del estrés y mejora del apego.
Månsson C, Sivberg B, Selander B, et al.	Programa individualizado de FCC.	Satisfacción de necesidades del prematuro, interacción, respuestas de los padres.	Reducción del estrés.

Pouyan F, Kamrani MA, Rahimzadeh M, et al.	Madres que recibieron psicoterapia interpersonal.	Capacitación, roles maternos, afrontamiento, habilidades de comunicación infantil.	Reducción del estrés.
Al-Mahaireh et al.	Programa de capacitación en apoyo emocional.	Entorno, características de los prematuros, procedimientos, ...	Reducción del estrés.
Beheshtipour N, Baharlu SM, Montaseri S, et al.	Programa de capacitación.	Familiarización con el entorno, información clínica, ...	Reducción del estrés.
Weis J, Zoffmann V, Greisen G, et al.	Programa de FCC.	Comunicación enfermera-padres.	No efecto sobre el estrés.
Samra HA, Dutcher J, McGrath JM, et al.	Método canguro.	50 minutos 3 veces por semana.	No efecto sobre el estrés.
Buil A, Caeymaex L, Mero S, et al.	Método canguro.	Flexión diagonal vs posición vertical habitual.	No efecto sobre el estrés.
Heo y Oh	Programa participación de los padres.	Participación en los cuidados.	Mejora del apego y disminución del estrés.
Wataker H, Meberg A, Nestaas E.	Programa Family Care.	Estancia especial.	Aumento de la confianza.

Buil A, Caeymaex L, Mero S, et al.	Método canguro.	Método canguro en flexión diagonal.	Reducción del riesgo de depresión postparto y del estrés.
Moudi Z, Molashahi B, Ansari H, et al.	Programa de capacitación.	Lactancia, conocimiento del entorno, medidas de prevención.	Reducción de la ansiedad.
Shimizu A, Mori A.	FCC.	Colaboración de las madres en los cuidados.	Sentimiento de ser atendidas por las enfermeras.

Tabla 6: Estrategias de enfermería relacionadas con las emociones de las madres y el apego madre-bebé (Elaboración propia)

Estrategias de enfermería relacionadas con el empoderamiento de las madres			
AUTORES	ESTRATEGIAS	PRODECIMIENTOS	RESULTADOS
Sannino et al.	Programa NIDCAP.	Pautas de atención, apoyo a padres y enfermeras.	Desarrollo de las habilidades de las madres en los cuidados.
Pouyan F, Kamrani MA, Rahimzadeh M, et al.	Psicoterapia interpersonal.	Capacitación, roles maternos, afrontamiento, habilidades de comunicación infantil.	Mayor adaptación al rol materno.
Buil A, Caeymaex L, Mero S, et al.	Método canguro.	Método canguro en flexión diagonal.	Mayor probabilidad de mantener KC a largo plazo.

Wataker H, Meberg A, Nestaas E.	Programa Family Care.	Estancia especial.	Mejor lactancia y empoderamiento.
Peyrovi H, Mosayebi Z, Mohammad-Doost F, et al.	Programa de empoderamiento.	Familiarización, interacción y cuidados del bebé, comunicación con el personal.	Mejora emocional y práctica en los cuidados.
Héon M, Goulet C, Garofalo C, et al.	Asesorar sobre la lactancia materna.	Entrenamiento, apoyo.	Incremento de la producción de leche.
Shimizu A, Mori A.	FCC.	Colaboración de las madres en los cuidados.	Desarrollo de competencias para enfrentarse a las situaciones.
Schaffer L, Jallo N, Howland L, et al.	intervención de imágenes guiadas.	Escucha de canciones dedicadas.	Mejoría en la calidad del sueño.

Tabla 7: Estrategias de enfermería relacionadas con el empoderamiento de las madres (Elaboración propia)

Estrategias de enfermería relacionadas con la participación de las madres en el proceso de cuidado y apoyo			
AUTORES	ESTRATEGIAS	PROCEDIMIENTOS	RESULTADOS
Heo y Oh	Programa participación de los padres.	Participación en los cuidados.	Aumenta participación de las madres y sentimiento de responsabilidad

Sannino et al.	Programa NIDCAP.	Pautas de atención, apoyo a padres y enfermeras.	Respaldo a los padres. Excelente comunicación.
Moudi Z, Molashahi B, Ansari H, et al.	Programa de capacitación.	Lactancia, conocimiento del entorno, medidas de prevención.	Mayor apoyo a las madres por parte de las enfermeras.
Eskandari S, Mirhaghjou SN, Maleki M, et al.	Apoyo de enfermería.	Ayuda correcta, afirmativa, afectiva.	Madres satisfechas con los cuidados de su bebé.
Tandberg BS, Frøslie KF, Flacking R, et al.	Apoyo en habitaciones.	Apoyo en habitación unifamiliar vs bahía abierta.	Mejores resultados en habitación unifamiliar.

Tabla 8: Estrategias de enfermería relacionadas con la participación de las madres en el proceso de cuidado y apoyo (Elaboración propia)

Para finalizar con los resultados de este estudio, se lleva a cabo un metaanálisis para el estrés materno. Se toman 8 estudios que recogen un programa educativo, programa de apoyo a padres, teleenfermería, atención espiritual, piel con piel y FCC. Los resultados obtenidos demuestran una disminución del estrés estadísticamente significativa en el grupo de intervención respecto del grupo control (g: -1,06; intervalo de confianza del 95 %: -1,64, -0,49; Z = 3,62; p < 0,001).

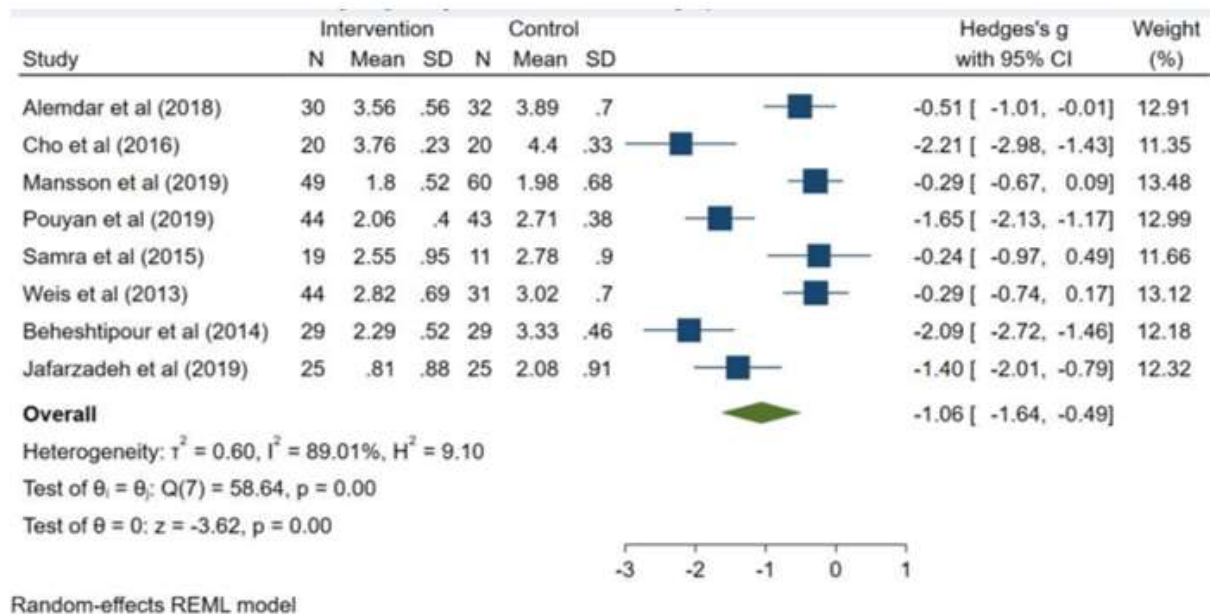


Tabla 9: Metaanálisis del estrés de las madres basado en modelo de efectos aleatorios²¹

Nematollahi et al.²² llevan a cabo en 2021 un estudio cuasi-experimental con 80 madres de prematuros nacidos antes de las 37 semanas de gestación. Se asignan a un grupo de intervención o un grupo control para estudiar la eficacia de un programa de capacitación sobre la adaptación al rol materno y la autoestima de las madres participantes. El grupo de intervención recibe una instrucción, mientras que el control recibe atención estándar. Se pasa a las madres unos cuestionarios de características demográficas y realizan la escala de autoestima de Rosenberg y la escala de adaptación al rol materno en dos ocasiones: una antes de comenzar el estudio y otra tras la finalización de este.

Escala de adaptación al rol materno:

La puntuación de adaptación al rol materno arrojó unos resultados que no fueron estadísticamente significativos antes del estudio entre los grupos de intervención y control (134.222 ± 11.84 vs 138.800 ± 12.42 ; $P = 0.096$), pero sí lo fueron una vez pasado realizado el estudio ($154,05 \pm 8,57$ vs $139,17 \pm 12,46$; $P < 0,001$).

Los resultados obtenidos en relación a las puntuaciones medias de adaptación al rol materno y sus subescalas (dimensiones) en los grupos de estudio fueron las

siguientes: Las puntuaciones obtenidas en la implicación en los cuidados antes de la intervención fueron de $62,97 \pm 7,20$ y $59,37 \pm 5,92$ en los grupos de intervención y control (respectivamente), existiendo una relación estadísticamente significativa entre ambos grupos ($P = 0,017$). Sin embargo, se dio una mayor diferencia estadística entre los grupos de intervención y control tras la intervención ($68,50 \pm 2,39$ vs $61,45 \pm 61,139$; $P < 0,001$). Las puntuaciones (intervención vs control) en la autoeficacia ($26,45 \pm 2,60$ vs $25,87 \pm 2,74$; $P = 0,339$), en la maternidad a distancia ($12,80 \pm 1,58$ vs $12,67 \pm 1,52$; $P = 0,721$), de incertidumbre ($14,95 \pm 3,07$ vs $15,15 \pm 3,27$; $P = 0,779$) y de crecimiento y desarrollo ($9,07 \pm 0,97$ y $8,72 \pm 1,03$; $P = 0,123$) entre ambos grupos no mostraron significación estadística antes de la intervención. Sin embargo, las puntuaciones (intervención vs control) en la autoeficacia ($28,90 \pm 1,29$ y $26,67 \pm 2,70$; $P < 0,001$), en la maternidad a distancia ($14,42 \pm 0,873$ y $12,95 \pm 1,63$; $P < 0,001$), de incertidumbre ($17,72 \pm 2,21$ y $15,92 \pm 2,99$; $P < 0,003$) y de crecimiento y desarrollo ($9,70 \pm 0,46$ y $9,001 \pm 1,06$; $P < 0,001$) tras la intervención sí arrojaron una significación estadística. También demostró que las puntuaciones en interacción tanto previas ($12,55 \pm 2,15$ y $12,42 \pm 1,55$; $P = 0,767$) como posteriores ($14,80 \pm 6,40$ y $13,17 \pm 1,44$; $P < 0,122$) a la intervención no mostraron diferencias significativas entre los grupos de intervención y control, respectivamente.

Escala de autoestima de Rosenberg:

En las puntuaciones obtenidas en la autoestima de las madres antes de la intervención se evidenció que no había diferencias significativas entre el grupo de intervención y el control ($30,95 \pm 8,61$ vs $30,30 \pm 3,79$; $P = 0,664$), mientras que tras la intervención sí las hubo ($36,001 \pm 7,74$ vs $31,52 \pm 3,42$; $P < 0,001$).

Las subescalas de competencia personal ($18,35 \pm 7,97$ vs $17,97 \pm 2,76$; $P = 0,780$) y autosatisfacción ($12,32 \pm 1,43$ vs $12,60 \pm 1,49$; $P = 0,405$) no mostraron diferencias significativas antes de la intervención en los grupos de intervención y control (respectivamente). Se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas tras la intervención en competencia personal, arrojando unos resultados de $36,001 \pm 7,47$ vs $31,52 \pm 3,42$ ($P < 0,001$) entre los grupos de intervención y control, respectivamente. Lo mismo ocurrió con la autosatisfacción ($14,62 \pm 1,67$ vs $12,70 \pm 1,52$; $P < 0,001$).

6. DISCUSIÓN

Una vez expuestos los resultados de los artículos llevados a estudio se lleva a cabo una discusión de los mismos, puntualizando los aspectos más relevantes.

Hemos podido ver que la participación de los padres en los cuidados enfermeros está presente en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. Sin embargo, son pocos y recientes los estudios que centran su atención en los beneficios que obtiene el recién nacido de dichos cuidados. Jin Heo Y. y Oak Oh W.¹⁴ no hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos incluidos en el estudio sobre el único aspecto en relación con la salud del prematuro que trataron: el incremento del peso. Sin embargo, Latour JM et al.¹⁵, entre los resultados primarios que trataron en su estudio, sí observaron una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos tras recibir el alta de la unidad. Latour JM et al.¹⁵ también evidenciaron otros resultados beneficiosos para los recién nacidos que pueden ser consultados en el apartado de los resultados de este trabajo. Ante los hallazgos obtenidos en estos dos estudios, se debe tener en cuenta que, pese a que contaban con muestras similares, la duración del primer estudio fue mucho menor que la del de Latour JM et al.¹⁵ (2 vs 6 semanas, respectivamente). Por otro lado, no se tuvieron en cuenta factores que pudieran haber influido en el aspecto comparado (incremento del peso), como la cantidad de volumen de medicación IV infundido o las diferencias en los programas de intervención llevados a cabo.

Como se ha hecho saber en la introducción, el método canguro es una práctica ampliamente utilizada y los resultados analizados en la presente revisión bibliográfica han demostrado los beneficios que este método brinda a prematuros y sus padres. En cuanto a los beneficios obtenidos por los recién nacidos, todos los que forman parte de los grupos de intervención de los estudios analizados obtienen resultados beneficiosos respecto del grupo control en los aspectos estudiados, pero no todos son estadísticamente significativos en todos los estudios. Los 3 estudios tuvieron en común la valoración del aumento de peso y de la temperatura corporal. El estudio de Singh J et al.¹⁶ ofreció diferencias estadísticamente significativas en favor del grupo de intervención para ambos factores, mientras que Cho ES. et al.¹⁸ no obtuvieron estas diferencias tras la intervención. Lee J. Bang KS.¹⁷ encontraron significación

estadística en la comparación de las temperaturas de los grupos, pero no en los pesos. Por otro lado, Lee J. Bang KS.¹⁷ y Cho ES et al.¹⁸ compararon en sus estudios la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno. Lee J. Bang KS.¹⁷ obtuvieron efectos de interacción significativa, mientras que Cho ES et al.¹⁸ únicamente encontraron interacción significativa entre los grupos para la frecuencia respiratoria. La razón por la que Cho ES et al.¹⁸ solo encontraran significación en FR puede deberse a la posición que adquiere el recién nacido durante la práctica del método canguro. Las diferencias existentes entre estos 3 estudios pueden estar influenciadas por el número de recién nacidos que conforman las muestras de los grupos de intervención y control (50 y 50 en el estudio de Singh J et al.¹⁶, 17 y 17 en el de Lee J. Bang KS.¹⁷ y 20 y 20 en el de Cho ES et al.¹⁸). Otro factor que también puede estar influyendo sobre los resultados es el del tiempo que dedican las madres a realizar el KMC, pues las madres del estudio de Singh J et al.¹⁶ lo realizaban 6 horas al día, las madres participantes en el trabajo de Lee J. Bang KS.¹⁷ 30 minutos al día y las madres del estudio de Cho et al. (x) únicamente participaron 3 veces por semana.

Todos los aspectos llevados a estudio en los trabajos de Singh J et al.¹⁶, Lee J. Bang KS.¹⁷ y Cho ES et al.¹⁸ en lo referido a los beneficios para las madres concluyeron que en el estudio de Singh J et al.¹⁶ el KMC fue muy aceptado por las madres y Lee J. Bang KS.¹⁷ y Cho ES et al.¹⁸ mostraron diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo de intervención en la mejora de la autoestima y en el apego madre-bebé y el estrés materno, respectivamente. Pero la revisión sistemática llevada a cabo por Yang SH et al.¹⁹ sobre las experiencias de los padres que brindaron KMC en la UCIN hace ver que sin una formación y apoyo a los padres por parte de las enfermeras no sería posible que se cumplieran las condiciones anteriormente mencionadas. Los temas tratados en la revisión de Yang SH et al.¹⁹ evidencian el miedo que pueden llegar a sentir unos padres al interactuar con su recién nacido ingresado en una UCIN y la importancia de la actuación enfermera para que estos comprendan y acepten el método canguro, desarrollando un vínculo con su bebé, mientras se sienten más aliviados ante la situación. Pero no sólo el método canguro es la única manera de acercar a los recién nacidos con sus padres y así lo hacen ver Kearvell H. Grant J.²⁰ en su revisión sistemática sobre cómo pueden las enfermeras ofrecer apoyo a las madres

en la UCIN. Este estudio nos muestra que el método canguro forma parte de la interacción madre-bebé junto con el contacto temprano, la lactancia materna y la participación de rutina. Todos ellos son beneficiosos tanto para la madre como para el bebé, como ya hemos podido ver en los artículos discutidos anteriormente. Kearvell H. Grant J.²⁰ también incluye y demuestra la importancia de la interacción entre las madres y las enfermeras y la importancia de los cuidados que estas muestran a las madres, proporcionándolas información y apoyándolas emocionalmente y de forma práctica. El nivel de relación entre madre y enfermera es dependiente del nivel de relación entre la madre y su recién nacido. La revisión sistemática y metaanálisis de Vaismoradi M. et al.²¹ estudia programas y estrategias de enfermería utilizadas para conseguir los fines ya descritos. Todas las estrategias empleadas en esta revisión resultaron beneficiosas para las madres, a excepción de tres estrategias sobre las emociones de las madres y el apego, las cuales no tuvieron efecto sobre el estrés materno. También fue beneficioso para las madres el estudio de Nematollahi et al.²², que se ha incluido en este trabajo, que demostró la eficacia de un programa de capacitación sobre la adaptación al rol materno y la autoestima de las madres que participaron en el estudio.

7. CONCLUSIONES

La participación de los padres en los cuidados enfermeros hacia sus hijos se está llevando cada vez más a cabo dentro de los programas de cuidados centrados en la familia. Se han demostrado beneficios en las tasas de reingresos y resultados neurológicos en los recién nacidos, pero con discrepancias en cuanto al peso, por lo que son necesarios más estudios. Hay que fomentar la participación de los padres en los cuidados enfermeros en las UCIN para que sigan aumentando, dados los beneficios ya demostrados, aunque quedan aspectos por aclarar con más investigaciones.

El método canguro es una técnica muy bien fundamentada que, sin duda alguna, beneficia a las madres que la practican, mejorando su autoestima, mejorando el apego con su bebé o disminuyendo el estrés. Los resultados beneficiosos sobre la salud del bebé también son evidentes. Sin embargo, serían necesarios más estudios que nos brinden una mayor fiabilidad para aclarar los datos que hayan podido generar más confusión.

Acercamiento, apoyo, docencia, ... son las funciones que las enfermeras deben emplear hacia los padres que se encuentran envueltos en la situación de tener a un hijo ingresado en la UCIN. De este modo, se fomentará, mediante estrategias y programas, la satisfacción, autoestima, desarrollo de rol, empoderamiento o disminución del estrés y los sentimientos negativos. El bienestar de los padres se traduce en buenas prácticas de colaboración con sus bebés, mejorando el vínculo, el apego y las mejoras en el estado de salud de estos para obtener, finalmente, unos cuidados integrales de la unidad familiar al completo, de los que la enfermera es responsable.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Suesta Adelantado H. Cosín Roglá M. Cuidados de enfermería en una unidad de cuidados intensivos pediátricos y neonatales. NPunto. 2022; 5(57): 55-81.
2. Mejorar la supervivencia y el bienestar de los recién nacidos. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 19 de septiembre de 2020. [Citado X]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>
3. Reese CN, Sucre JMS, Sundell H, Reese J. Mildred T. Stahlman: a centenarian who pioneered modern scientific neonatal intensive care. Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol. 2022 Nov; 323(5): 626-635.
4. Cuastumal Inguilan RA. Bosquez García NA. Guerrero Martínez EA. Jaraiseh Abcarius M. Neonatología moderna en cuidados intensivos. RECIMUNDO 2022; 6(2): 494-500.
5. ¿Cuándo se creó la primera unidad de cuidados intensivos neonatales? VYGON. [Internet]. 17 de noviembre de 2014. [Citado X]. Disponible en: <https://campusvygon.com/primera-unidad-de-cuidados-intensivos-neonatales/>
6. Morales Suárez M. La atención médica del recién nacido en el hospital de maternidad e infancia de México. Siglo XIX. Bol Mex His Fil Med. 2003; 6(2):17-23.
7. Martín García L. Cuidados psicosociales dirigidos a los padres en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). Conocimiento enfermero. 2019; 4: 5-27.
8. Método madre canguro: guía práctica. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 2004. [Citado X]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43083>
9. Cruz R. El método canguro en las unidades de neonatología. VYGON. [Internet] 12 de agosto de 2021. [Citado X]. Disponible en: <https://campusvygon.com/metodo-canguro-ucin/>
10. La importancia de la formación continua en enfermería. [Internet]. Enfermera digital. [Citado X]. Disponible en: <https://www.enfermeradigital.com/blog/formacion-continua-enfermeria>

11. Enfermería pediátrica. [Internet] Colegio Oficial de Enfermería de Alicante. [Citado X]. Disponible en: <https://www.enferalicante.org/pediatrica.php>
12. Preguntas y dudas sobre especialidades. [Internet]. SATSE. [Citado X]. Disponible en: <https://www.satse.es/profesion/especialidades/preguntas-y-dudas-sobre-especialidades>
13. Lastra Cubel PM. La especialidad en cuidados intensivos, una especialidad necesaria. *Enfermería Intensiva*. 2006; 17(1): 1-2.
14. Jin Heo Y, Oak Oh W. The effectiveness of a parent participation improvement program for parents on partnership, attachment infant growth in a neonatal intensive care unit: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2019 Jul; 95: 19-27.
15. Zhang R, Huang RW, Gao XR, Peng XM, Zhu LH, Rangasamy R, Latour JM. Involvement of Parents in the Care of Preterm Infants: A Pilot Study Evaluating a Family-Centered Care Intervention in a Chinese Neonatal ICU. *Pediatr Crit Care Med*. 2018 Aug;19(8):741-747.
16. Gathwala G, Singh B, Singh J. Effect of Kangaroo Mother Care on physical growth, breastfeeding and its acceptability. *Trop Doct*. 2010 Oct; 40(4):199-202.
17. Lee J, Bang KS. The Effectes of Kangaroo Care on Maternal Self-esteem and Premature Infants' Physiological Stability. *Korean J Women Health Nurs*. 2011; 17(5): 454-462.
18. Cho ES, Kim SJ, Kwon MS, Cho H, Kim EH, Jun EM, Lee S. The Effects of Kangaroo Care in the Neonatal Intensive Care Unit on the Physiological Functions of Preterm Infants, Maternal-Infant Attachment, and Maternal Stress. *J Pediatr Nurs*. 2016 Jul-Aug;31(4):430-438.
19. Mu PF, Lee MY, Chen YC, Yang HC, Yang SH. Experiences of parents providing kangaroo care to a premature infant: A qualitative systematic review. *Nurs Health Sci*. 2020 Jun;22(2):149-161.

20. Kearvell H, Grant J. Getting connected: How nurses can support mother/infant attachment in the neonatal intensive care unit. *Australian J Adv Nur* 27(3). 75-82.

21. Maleki M, Mardani A, Harding C, Basirinezhad MH, Vaismoradi M. Nurses' strategies to provide emotional and practical support to the mothers of preterm infants in the neonatal intensive care unit: A systematic review and meta-analysis. *Womens Health (Lond)*. 2022 Jan-Dec; 18

22. Sohrabi M, Azizzadeh Forouzi M, Mehdipour-Rabori R, Bagherian B, Nematollahi M. The effect of a training program on maternal role adaptation and self-esteem of mothers with preterm infants: a quasi-experimental study. *BMC Womens Health*. 2021 Aug 11;21(1):296.