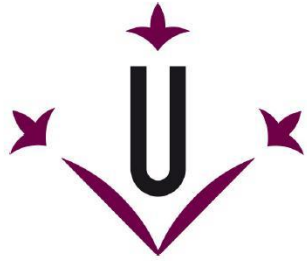


Universitat de Lleida
Facultat d'Infermeria
i Fisioteràpia

Intervenciones efectivas para la mejora del estado psicológico de los padres de recién nacidos prematuros ingresados en UCIN: Una revisión sistemática

Ainoza Bonilla, Aroa

El presente Trabajo Final de Grado se centra en una revisión sistemática que explora las intervenciones más efectivas dirigidas a padres de recién nacidos prematuros ingresados en UCIN, a fin de mejorar su estado psicológico. Se demuestra que la práctica del Método Canguro, la Lactancia Materna y las intervenciones de ATVV resultan muy favorables tanto para los padres como para el propio recién nacido.



Universitat de Lleida
Facultat d'Infermeria
i Fisioteràpia

**Intervenciones efectivas para la mejora del estado
psicológico de los padres de recién nacidos prematuros
ingresados en UCIN: Una revisión sistemática**

Autora: Ainoza Bonilla, Aroa

Tutorizado por: Lavedán Santamaría, Ana

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

Nombre de la titulación: Grado en Enfermería

Nombre de la asignatura: Trabajo Final de Grado

Curso Académico 2016/2017

Lleida, 15 de mayo de 2017

Mis agradecimientos

A mi tutora de Trabajo de Fin de Grado, Ana Lavedán, por guiarme y dedicarme una parte de su tiempo.

A todo el profesorado de la Facultad de Enfermería de Lleida por enseñarme lo maravillosa que es esta profesión.

A los profesionales de la sanidad, gracias a ellos he descubierto mi verdadera vocación.

A mi familia y a todos aquellos que ya no están aquí conmigo, gracias por todo.

RESUMEN

Introducción: Cuando se da lugar a un parto pretérmino se produce una dura interrupción del proceso de preparación para el nacimiento del recién nacido, dando lugar a sentimientos y emociones en los padres, que en muchas ocasiones se traducen en preocupación, inquietud, miedo, etc., ya que desconocen si su hijo sobrevivirá o como evolucionará. Hoy en día los padres pueden permanecer en la UCIN junto a su hijo, así como participar en los cuidados básicos, pero en muchas ocasiones los padres continúan sintiendo una falta de apoyo por parte del personal sanitario, requiriendo una mejor educación sanitaria.

Objetivos: 1. Determinar cuáles son las intervenciones más efectivas dirigidas a padres de recién nacidos prematuros en las UCIN a fin de mejorar el estado psicológico de los mismos. 2. Identificar los factores que influyen en el desorden psicológico de los padres de recién nacidos prematuros ingresados en las UCIN. 3. Conocer los beneficios de cada una de las intervenciones diseñadas hasta la actualidad dirigidas a mejorar el estado psicológico de los padres y el bienestar del neonato.

Metodología: Se ha realizado una búsqueda sistemática de fuentes bibliográficas de los últimos años sobre la educación sanitaria y el apoyo por parte del personal sanitario a los padres de recién nacidos prematuros. Se ha elaborado un cuadro resumen exponiendo las características de cada uno de los artículos seleccionados en la búsqueda.

Discusión: La educación sanitaria que proporciona el personal sanitario a los padres es un componente clave para la disminución de la ansiedad, potenciando el rol de padres, así como un vínculo afectivo eficaz. Las intervenciones realizadas en los artículos seleccionados de la búsqueda proporcionan unos efectos positivos en los padres que también se relacionan con mejores resultados para los bebés.

Palabras clave: enfermería, recién nacido, prematuro, familia, UCIN, intervenciones.

ABSTRACT

Introduction: *When a preterm birth occurs, it is produced a hard interruption of the preparation of the newborn's birth, all this produces feelings and emotions in the parents, often these emotions are translated into concern, restlessness, fear, etc., because the parents do not know if the baby will survive or how it will evolve. Nowadays, parents can stay in the NICU with their child and participate in their basic care, but many times parents continue feeling lack of support from the health staff and they need a better health education.*

Objectives: *1. To determine which are the most effective interventions directed to parents with preterm babies in the NICU in order to improve the psychological state of the parents. 2. To identify the factors, which influence the psychological disorder of parents with preterm babies, hospitalized in NICU. 3. To know the benefits of each of the interventions designed until now, which are aimed to improve the psychological state of the parents and the well-being of the newborn.*

Methodology: *It has been done a systematic search of bibliographic sources of the last years on health education and the support by the healthcare professional to the parents of preterm baby. It has been elaborated a summary table stating the characteristics of each of the articles selected in the review.*

Discussion: *Health education, which is provided to parents by health professionals it, is a key component in reducing anxiety, enhancing the role of parents and in creating an effective emotional bond. Interventions, which are made on the selected articles of the search, provide positive effects on parents, what is also related with better outcomes for babies.*

Keywords: *nursing, newborn, premature, family, NICU, interventions.*

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	11
2. MARCO TEÓRICO	13
2.1 El recién nacido prematuro.....	13
2.1.1. El bajo peso al nacer y la prematuridad.....	14
2.1.2. Perfil epidemiológico del Parto Prematuro.....	15
2.1.3. Complicaciones del recién nacido prematuro.....	19
2.2. Evolución histórica del concepto de recién nacido prematuro	21
2.3. Evolución de los cuidados hacia el recién nacido prematuro	22
2.3.1. Beneficios de la participación de los padres en los cuidados del recién nacido prematuro	23
2.3.2. Programa de Asistencia Domiciliaria del recién nacido pretérmino.....	24
2.3.3. Hospitales que ofrecen modelos asistenciales centrados en las familias de recién nacidos prematuros.....	26
2.4. La actitud frente al recién nacido prematuro por parte de enfermería y la familia27	
2.4.1. Respuesta psicológica de los padres ante el nacimiento de un recién nacido prematuro	29
3. JUSTIFICACIÓN	36
4. OBJETIVOS	38
5. METODOLOGÍA.....	39
5.1. Diseño del estudio: Revisión Sistemática.....	39
5.2. Criterios de selección	39
5.2.1. Tipo de estudio.....	39
5.2.2. Tipos de participantes	40
5.2.3. Tipo de intervención	40
5.2.4. Tipo de medidas de resultado.....	40
5.3. Fuente de datos y estrategia de búsqueda.....	40
5.4. Recogida y análisis de datos.....	42
5.4.1. Selección de los estudios.....	42
5.4.2. Extracción de los datos.....	43
5.4.3. Evaluación del riesgo de sesgo en los estudios incluidos.....	43
6. RESULTADOS	45
6.1. Resultados de búsqueda	45

6.2. Valoración crítica de las evidencias seleccionadas	46
6.3. Características de los estudios incluidos	47
7. DISCUSIÓN	57
8. CONCLUSIONES	60
9. BIBLIOGRAFÍA.....	62
ANEXO 1. EFECTOS POSITIVOS DE LA PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES EN LOS CUIDADOS DEL BEBÉ PREMATURO EN LA UCIN	68
ANEXO 2. ARTÍCULOS DESCRIPTIVOS	73

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Clasificación del recién nacido prematuro	13
Tabla 2: Porcentajes de nacimientos prematuros en España 2004-2011.....	16
Tabla 3 : Nacimientos prematuros en Cataluña durante el año 2015 según la multiplicidad	17
Tabla 4: Factores de riesgo relacionados con el Parto Prematuro	17
Tabla 5: Técnicas para atender a los recién nacidos prematuros en los países en vías de desarrollo	19
Tabla 6: Complicaciones del recién nacido prematuro	20
Tabla 7: Objetivos del Programa de Asistencia Domiciliaria del recién nacido prematuro.....	25
Tabla 8: Situaciones que generan estrés y preocupación a los padres durante la estancia de su hijo en la UCIN del HUAV	34
Tabla 9: Situaciones que angustian a los progenitores en relación a su hijo durante la estancia en la UCIN del HUAV	35
Tabla 10: Resumen de la estrategia de búsqueda.....	41
Tabla 11: Evaluación de la calidad metodológica y el riesgo de sesgo con la escala CASPE.....	46

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Pirámide de las Necesidades de Maslow	33
Figura 2: Diagrama de flujo de la selección de artículos.....	45
Gráfica 1: Distribución de muertes neonatales por grupos de edad gestacional y peso al nacer para todos los nacidos vivos con 22 semanas o más de edad gestacional en Europa durante el año 2010	15
Gráfica 2: Nivel de estrés de las madres en relación con la hospitalización de su hijo en la Unidad de Cuidados Intensivos.....	31
Gráfica 3: Nivel de estrés de las madres en relación a la presencia y a los ruidos de los monitores en la Unidad de Cuidados Intensivos	32

ÍNDICE DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

APREM: Asociación de Padres de niños Prematuros	EN: Enterocolitis Necrotizante
ATVV: Auditivo-Táctil-Visual-Vestibular	FNI: Family Nurture Intervention
BP: Bajo Peso	HIV: Hemorragia Intraventricular
CCD: Cuidados Centrados en el Desarrollo	HMIRS: Hospital Materno Infantil Ramón Sardà
EG: Edad Gestacional	HUAV: Hospital Universitario Arnau de Vilanova
MMC: Método Madre Canguro	RCI: Retraso del Crecimiento
NIDCAP: Neonatal Individualized	RPMP: Ruptura Prematuro de Membranas Pretérmino
OMS: Organización Mundial de la Salud	SG: Semana Gestacional
PDA: Persistencia de Ductus Arterioso	UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos
PEG: Pequeño para la Edad Gestacional	VIH: Virus de la Inmunodeficiencia

1. INTRODUCCIÓN

El parto es un proceso fisiológico en el que se encuentran implicados factores psicológicos y socioculturales y en el que la mujer finaliza su gestación a término. Se considera un parto normal aquel en el que el bebé nace de manera espontánea entre las 37 y 42 semanas de gestación, en buenas condiciones de salud tanto para la madre como para el bebé y sin la implicación de más intervenciones que el apoyo integral que se puede ofrecer durante el proceso de parto (1,2).

Cuando hablamos de parto pretérmino, nos referimos a aquel que acontece antes de las 37 semanas de gestación. La prematuridad neonatal se encuentra muy relacionada con la morbi-mortalidad y da lugar a consecuencias adversas para la salud a largo plazo (2-6).

El parto prematuro interrumpe bruscamente el proceso de preparación para el nacimiento del bebé. Como consecuencia, esta situación provoca sentimientos de estrés y/o preocupación en los padres (7-9). En estos casos, la figura de los profesionales sanitarios es muy importante, ya que no solo deben ofrecerse cuidados al bebé, sino también atender a las demandas y necesidades de los padres. Durante las últimas décadas se ha profundizado en la investigación e intervenciones dirigidas a los partos pretérmino; sin embargo, las tasas de incidencia se han mantenido o incrementado en los últimos años (10,11).

Aproximadamente, hace cuatro décadas, sólo el personal sanitario podía acceder al área donde se encontraban ingresados los bebés prematuros y los padres sólo podían ver a su hijo a través de un cristal y en horarios restringidos. La madre podía visitar a su bebé con frecuencia, pero a medida que pasaba el tiempo, las visitas eran más esporádicas, ya que el personal sanitario consideraba que los padres no podían intervenir en la mejora de salud de su hijo (12,13).

Hasta que no tenía lugar al alta hospitalaria, no se producía el contacto madre-hijo, y éste era un momento muy angustioso para los padres, ya que todo lo que habían aprendido hasta entonces lo habían visto a través de un cristal. Por este motivo, eran muy comunes los reingresos, las llamadas telefónicas y las consultas, dando lugar a preocupaciones, miedos y dudas (12,13).

En la actualidad, los padres pueden estar con su bebé mientras éste se encuentra hospitalizado en la UCIN. Se ha demostrado que la presencia de los padres y el contacto con su hijo aportan beneficios no solo para la salud del bebé, sino también mejora el estado psicológico de los padres. Gracias a la participación de los padres durante los cuidados del bebé en la UCIN, éstos adquieren información y práctica de los cuidados posteriores en su domicilio. Las intervenciones que desarrollan los padres en la UCIN tienen un papel fundamental para la interacción padre-hijo y también para el desarrollo del rol como padres, además de disminuir el estrés, el miedo y mejorar la autoestima (7,14).

Por todo ello, la enfermera tiene un papel fundamental, ya que proporciona información a través de un lenguaje sencillo, tanto de forma oral como por escrito, a través de folletos informativos en los cuales se explica la importancia de la participación de los padres en la UCIN y se responden a las cuestiones más comunes que tienen los padres durante esta etapa. En este sentido, los profesionales sanitarios, creando un clima de confianza y confort, deben resolver las dudas que se puedan presentar, disminuyendo la ansiedad y las preocupaciones de los padres inexpertos. Es importante reforzar la autoconfianza y evaluarla antes de dar el alta domiciliaria, ya que los padres inseguros al alta tienen más probabilidades de experimentar dificultades en el domicilio, perjudicándoles en la relación con su hijo (10,11,15,16) .

A través de la presente búsqueda sistemática se pretende reforzar la teoría de la participación de los padres en la UCIN inmediatamente después del nacimiento para promover una interacción preventiva temprana y mejorar el estado psicológico de los padres.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. El recién nacido prematuro

Según la OMS, un bebé prematuro es aquel que nace antes de haberse completado las 37 semanas de gestación independientemente de su peso al nacer, teniendo en cuenta que un embarazo humano completo tiene una duración de 40 semanas (1,2).

Los nacimientos prematuros pueden clasificarse en diferentes categorías atendiendo a las semanas de gestación (SG) y a su evolución clínica, tal y como se presenta en la tabla 1.

Tabla 1: Clasificación del recién nacido prematuro (2,17)

SEMANAS DE GESTACIÓN	EVOLUCIÓN CLÍNICA
- Prematuro: entre las 23 y 37 SG.	- Pretérmino idiopático: el parto se inicia de manera espontánea.
- Prematuro tardío: entre las 34 y 36 SG.	- Pretérmino por ruptura prematura de membranas pretérmino (RPMP).
- Prematuro moderado: entre las 32 y 36 SG.	- Pretérmino iatrogénico: el parto es inducido para reducir el riesgo tanto de la mujer como del recién nacido.
- Prematuro extremo: antes de las 32 SG.	
- Prematuro muy extremo: antes de las 28 SG.	

En referencia al nacimiento pretérmino iatrogénico, las causas más comunes que pueden dar lugar a este tipo de nacimientos son (2,17):

- Problemas relacionados con el embarazo, como por ejemplo la preeclampsia y la placenta previa.
- Problemas de salud maternos: enfermedades crónicas, como por ejemplo la diabetes.
- Problemas fetales, como por ejemplo el retraso del crecimiento intrauterino y el sufrimiento fetal.

2.1.1. El bajo peso al nacer y la prematuridad

Se denomina recién nacido con bajo peso (BP) a todo aquel que pesa menos de 2.500 gramos al nacer sin tener en cuenta su edad gestacional, es por este motivo que no todos los recién nacidos de bajo peso son considerados a su vez prematuros. En la mayoría de los casos, los recién nacidos de bajo peso en los países desarrollados también son prematuros, pero en los países subdesarrollados muchos de los recién nacidos son considerados de bajo peso, pero no prematuros (2,18).

Otras denominaciones, hacen referencia al recién nacido pequeño para la edad gestacional (PEG) como aquel que nace con un peso notablemente inferior en comparación a la norma de la población general. El nivel de corte, en la mayoría de los casos, se establece en un peso inferior al percentil 10, es por ello que un recién nacido PEG es más pequeño que el 90 por ciento del resto de bebés nacidos en la misma edad gestacional (2).

Dentro del grupo de los recién nacidos de bajo peso se incluyen tanto a los nacidos pretérmino como a los bebés con retraso del crecimiento intrauterino (RCI) (18).

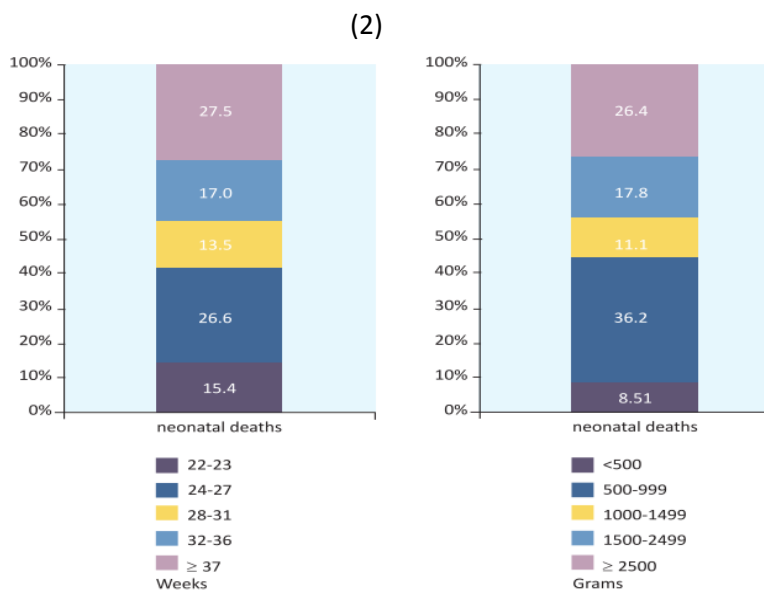
A su vez, los recién nacidos de bajo peso al nacer pueden dividirse en subcategorías (2,18):

- Bajo peso al nacer: menos de 2.500 gramos.
- Muy bajo peso al nacer: menos de 1.500 gramos.
- Bajo peso extremo al nacer: menos de 1.000 gramos.

Sin embargo, otros autores establecen que no se pueden considerar sinónimos los términos RCI y PEG, ya que los recién nacidos con RCI no tienen por qué ser tan pequeños como para considerarlos bebés PEG, así como no todos los recién nacidos PEG son tan pequeños debido a un RCI (2).

Cabe destacar, que el bajo peso al nacer es uno de los factores que más influyen en la morbilidad y mortalidad perinatal, junto con los nacimientos muy prematuros y las anomalías congénitas, tal y como se observa en la Gráfica 1 (2).

Gráfica 1: Distribución de muertes neonatales por grupos de edad gestacional y peso al nacer para todos los nacidos vivos con 22 semanas o más de edad gestacional en Europa durante el año 2010



2.1.2. Perfil epidemiológico del Parto Prematuro

2.1.2.1. Frecuencia de partos prematuros

Según los últimos datos que ofrece la OMS del año 2015, cada año nacen aproximadamente 15 millones de niños prematuros, es decir, más de 1 por cada 10 nacimientos y se estima que este número vaya en aumento. Más del 60% de los nacimientos prematuros se dan lugar en África y Asia meridional, siendo las familias más pobres las que mayor riesgo presentan, ya que en los países con ingresos bajos la media de niños prematuros es del 12%, en cambio, en los países donde los ingresos son mayores la media de nacimientos prematuros es del 9% (16).

En el mundo, 62 países han registrado un aumento de los nacimientos prematuros durante los últimos 20 años. En el año 2010, los países con mayor número de nacimientos prematuros fueron India (3,52 millones) y China (1,17 millones) (16).

La tasa de supervivencia de los niños prematuros varía notablemente en función del país. En los países de ingresos bajos, la mitad de los bebés que nacen a las 32 semanas fallecen por no recibir los cuidados adecuados, como por ejemplo la falta de calor al nacer, no proporcionar apoyo en la lactancia materna o no prestar la suficiente atención en las medidas preventivas para combatir infecciones respiratorias. Por lo contrario, en los países con ingresos altos, prácticamente la totalidad de estos recién nacidos consiguen sobrevivir (19).

Según el informe publicado en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, sobre los Indicadores de Salud del 2013, el porcentaje de nacimientos prematuros en España se incrementó de un 7,1% en 1997 a un 8,3% en el año 2007, hasta llegar al 2011 donde este porcentaje descendió a un 7,7% , tal y como se presenta en la Tabla 2 (20) .

Tabla 2: Porcentajes de nacimientos prematuros en España 2004-2011

(20)

2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
8,0	7,6	7,9	8,3	8,2	8,2	8,0	7,7

Desde el año 1996 el número de nacimientos prematuros ha aumentado un 36% y según datos del año 2012 de la asociación de padres de niños prematuros (APREM) en Europa se da lugar a medio millón de nacimientos prematuros al año, de los cuales 29.000 se producen en España siendo éste uno de los países con más índice de nacimientos prematuros (21).

Según datos del Instituto Nacional de Estadística, en el año 2015 se registraron en Cataluña 69.847 partos, de los cuales 4.195 fueron nacimientos prematuros, tal y como se presenta en la Tabla 3 (22).

Tabla 3: Nacimientos prematuros en Cataluña durante el año 2015 según la multiplicidad

(22)

SIMPLES	DOBLES	TRIPLES	TOTAL
3.502	674	19	4.195

2.1.2.2. Factores de riesgo

Cuanto menor es la edad gestacional (EG) del recién nacido, mayor es su riesgo de morbilidad perinatal, así como también el de la madre. El parto pretérmino está relacionado con un conjunto de factores de riesgo que hacen más probable su aparición, tal y como se describen en la Tabla 4 (3).

Tabla 4: Factores de riesgo relacionados con el Parto Prematuro (3-5)

Causas iatrogénicas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Principal causa entre la 24 y 36 SG: preeclampsia grave, placenta previa y retraso del crecimiento intrauterino. ▪ Causas secundarias: manipulaciones quirúrgicas o traumáticas. ▪ Otras: fecundación <i>in vitro</i>.
Parto pretérmino de repetición	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuando el parto se da lugar antes de las 32 SG se produce la memoria uterina. ▪ Permite recordar la maduración cervical y el incremento de contractilidad.
Factores maternos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edad: mujeres menores de 15 años y mayores de 40 años. ▪ Alteraciones congénitas: cavidad uterina muy pequeña y <i>bicornis bicollis</i>. ▪ Alteraciones inflamatorias de la placenta antes de las 32 SG: corioamnionitis, villitis y funisitis. ▪ Hemorragias anteparto: <i>abruptio placentae</i>. ▪ Infecciones de las vías urinarias: pielonefritis aguda.
Factores fetales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alteraciones congénitas antes de las 12 SG: ancefalia y polihidramnios.
Ruptura prematura de las membranas (RPM)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de elasticidad de las membranas. ▪ Excesiva presión intrauterina. ▪ Debilidad por invasión bacteriana. ▪ Reacciones inflamatorias.

2.1.2.3. Impacto económico

Cada vez, la incidencia a nivel mundial de partos prematuros es más alta. Se estima que en el año 2010, 14,9 millones de recién nacidos fueron prematuros y que de éstos el 11,1% lograron sobrevivir (23).

El nacimiento prematuro no solo se asocia con una mayor morbimortalidad infantil, sino también con un aumento en los costes de atención médica, debido a la mayor necesidad que tienen estos recién nacidos a los cuidados intensivos. Un estudio realizado en el año 2009 en Estados Unidos demostró que los recién nacidos entre las 33 y 36 SG permanecían más tiempo en el hospital, incrementando los costes hospitalarios 12 veces más que aquellos que nacieron a término (23).

Cada vez, más prematuros extremos salen adelante gracias a los avances en hospitalización y técnicas de cuidados intensivos, pero cabe destacar, que estas mejoras están asociadas a altos costes que serían inasumibles para los países en vías de desarrollo. Por este motivo, las Naciones Unidas junto con instituciones médicas y organizaciones de campo han creado un conjunto de técnicas económica, descritas en la Tabla 5, para atender a los recién nacidos prematuros, pudiendo salvar a tres cuartas partes de estos bebés en los países en vías de desarrollo (24).

Tabla 5: Técnicas para atender a los recién nacidos prematuros en los países en vías de desarrollo
(24)

Inyecciones de esteroides para las madres	Ayudan a desarrollar los pulmones del feto y a prevenir problemas respiratorios.	Esta intervención podría salvar a 400.000 bebés prematuros al año.
Método canguro	Facilita la lactancia materna y permite una constante supervisión.	Esta intervención podría salvar a 450.000 bebés prematuros al año.
Crema antiséptica	Prevenir la infección del cordón umbilical.	
Antibióticos	Prevenir y combatir infecciones.	

2.1.3. Complicaciones del recién nacido prematuro

Las complicaciones del recién nacido prematuro están relacionadas con la inmadurez y la hipoxia, debido a una disminución gestacional y a una falta de adaptación respiratoria postnatal tras la suspensión del oxígeno transplacentario. En el año 2006, se realizó un estudio donde el 68% de los recién nacidos pretérminos con un peso inferior a 1.500 gr necesitaron en algún momento una medida de reanimación. En la Tabla 6, se describen cuáles son las posibles complicaciones del recién nacido prematuro (6).

Tabla 6: Complicaciones del recién nacido prematuro

(3–6)

Respiratorias	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Distrés respiratorio por déficit de surfactante (enfermedad de Membrana Hialina). ▪ Apneas. ▪ Displasia broncopulmonar. ▪ Otras: neumotórax, hipertensión pulmonar, atelectasia, enfisema intersticial, neumatoceles, edema de pulmón y neumonías infecciosas o aspirativas.
Neurológicas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hemorragia intraventricular (HIV). ▪ Infarto hemorrágico. ▪ Leucomalacia periventricular. ▪ Kernicterus.
Cardiovasculares	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hipotensión arterial: relacionada con la hipovolemia, las infecciones y la disfunción cardíaca. ▪ Persistencia de ductus arterioso (PDA).
Gastrointestinales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trastornos de tolerancia alimentaria. ▪ Enterocolitis Necrotizante (EN).
Inmunológicas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sepsis neonatal debido al sistema inmune inmaduro, que puede dar lugar a: <ul style="list-style-type: none"> - Meningitis neonatal. - Infecciones víricas: citomegalovirus, rubéola, herpes. - Infecciones bacterianas: lues, tuberculosis. - Parasitarias: toxoplasmosis. - Infecciones nosocomiales.
Metabólicas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hipotermia. ▪ Acidosis metabólica tardía por incapacidad renal. ▪ Hiperglucemia (prematuros extremos).
Hematológicas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anemia tardía. ▪ Déficit de vitamina E. ▪ Leucocitosis y leucopenia. ▪ Plaquetopenia evolutiva: puede dar lugar a una candidemia. ▪ Trombocitosis evolutiva.
Endocrinas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hipotiroidismo. ▪ Hipotirosinemia transitoria.

2.2. Evolución histórica del concepto de recién nacido prematuro

Soranus es considerado el primer perinatólogo de la historia y practicó la medicina en Roma entre el primer y segundo siglo D.C. Se dedicaba al cuidado tanto del niño como de la madre, es por eso, que en su tratado de Ginecología dedicó un capítulo al cuidado de la madre y del niño durante el parto, donde daba mucha importancia al hecho de apoyar a la madre tanto física como psicológicamente (12,25).

A pesar del interés que empezaban a despertar los recién nacidos a los científicos a principios del siglo XIX, la opinión pública no era muy favorable en lo referente a los niños prematuros, como por ejemplo William Blackstone que consideraba en su libro “Commetaries on the Laws of England” a los niños prematuros como monstruos mitad humanos y mitad bestias, sin derechos a heredar de sus padres (12).

En el año 1933 se fundó la Academia Americana de Pediatría que describe al niño prematuro como el nacido con menos de 2.500 gr y en el año 1960 nació la especialidad de neonatología, dando lugar al reconocimiento de los recién nacidos y a la importancia de prestar una atención especializada (12).

Hasta la actualidad, los cuidados han evolucionado mucho, ya que antes del nacimiento de la neonatología se consideraba que los recién nacidos prematuros no tenían derecho a la vida y afortunadamente, hoy por hoy, se intenta maximizar su potencial de desarrollo a través del esfuerzo y la dedicación (12,25).

2.3. Evolución de los cuidados hacia el recién nacido prematuro

Stéphane Tarnier y Pierre Budin fueron considerados los padres de la neonatología en el año 1857 y a finales del siglo XIX Pierre Budin fue el pionero en la iniciación de la incubadora en Francia. Dado que los recién nacidos morían con más frecuencia cuando la temperatura rectal era menor de 32°C, y morían menos si la temperatura era mayor de 36°C, Budin diseñó una incubadora que calentaba el aire. En “Journal de Medicine” de Bourdeaux se realizó la primera descripción de una incubadora, y en el año 1880 se patentó la primera incubadora cerrada por Stéphane Tarnier y Martin Couney en París. También cabe destacar que durante el siglo XIX aparecieron algunos avances tecnológicos en la literatura, como la primera descripción de la intubación de tráquea y la alimentación por caída libre y sonda (12,13).

En el año 1952 la Dra. Virginia Apgar (anestesióloga) describió la puntuación de Apgar para evaluar a los recién nacidos en la sala de partos. Durante el siglo XX el área de la neonatología evolucionó tanto en los diagnósticos como en las terapias, aumentando la supervivencia y disminuyendo la edad gestacional que se consideraba límite de viabilidad (12,13).

Uno de los cambios más recientes es la integración del recién nacido prematuro con la familia y el papel esencial de ésta en el cuidado de los bebés. Actualmente se están dando lugar a unos cambios en las UCIN para que los padres tengan su propio espacio y puedan participar en los cuidados diarios, favoreciendo su integración (12,13).

2.3.1. Beneficios de la participación de los padres en los cuidados del recién nacido prematuro

Los Cuidados Centrados en el Desarrollo (CCD) y la familia facilitan el desarrollo del niño mediante intervenciones que favorecen tanto al recién nacido como a los padres, considerados los dos como una sola unidad. En estos últimos años estos cuidados se han introducido progresivamente en nuestro país e incluyen la atención de la familia y el rol de los padres, impulsando su participación en la UCIN y demostrando los efectos positivos hacia el funcionamiento conductual y cerebral del recién nacido (26).

El Método Madre Canguro (MMC), por su parte, es un tipo de cuidado que permite transferir de manera gradual las responsabilidades tanto del cuidado físico como emocional del recién nacido, desde el personal sanitario hacia su familia, en particular a su madre. Según la evidencia científica este método ejerce un control y una estabilidad metabólica y hemodinámica, mejorando la lactancia materna y su duración, favoreciendo al desarrollo psicomotor y neurosensorial, actúa como analgésico, disminuye el llanto y las infecciones nosocomiales y favorece a la maduración de los patrones del sueño. Si comparamos el MMC con las incubadoras, éstas dificultan tanto la lactancia materna como el apego entre los padres y su hijo (27,28).

La principal razón por la cual se impulsó la separación de los padres con sus bebés durante la hospitalización fue para evitar una posible infección nosocomial por contacto físico de la familia al paciente, en este caso a su hijo. Actualmente no se ha confirmado mediante ensayo clínico o metanálisis ningún efecto negativo hacia el recién nacido por el contacto con su familia (26,29,30).

Por el contrario, se ha demostrado mediante estudios una disminución de las infecciones nosocomiales gracias al contacto físico y a la lactancia materna, así como otros beneficios que aporta esta práctica, como son la disminución del estrés por parte de los padres, la mejora del vínculo e interacción familiar, mejora de la relación con los profesionales sanitarios y el progreso en los cuidados cuando regresan al hogar, mejorando el ambiente familiar (26,29,31).

2.3.2. Programa de Asistencia Domiciliaria del recién nacido pretérmino

El Programa de Asistencia Domiciliaria del Recién Nacido consiste en establecer un seguimiento domiciliario por parte del equipo sanitario responsable una vez el recién nacido ha superado sus problemas agudos de salud y los padres han estado formados para ofrecerle los cuidados necesarios hasta obtener el alta definitiva del hospital (15,32).

Las condiciones que debe reunir un recién nacido prematuro en las unidades de neonatología para poder ser dado de alta son (33):

- Correcto estado general.
- Peso no inferior a 2000 gramos con curva de crecimiento en aumento.
- Adecuada succión y buena coordinación de la succión-deglución.
- Hematocrito superior al 25%. En los casos de 20-25% solo si el recién nacido se encuentra asintomático y con un correcto crecimiento pondoestatural.
- Vacunas correctamente administradas en función de su edad cronológica y de su peso al nacer.
- Junto con el Servicio Social, realizar una valoración del medio socioeconómico del conjunto familiar.
- Resolver dudas, dar información y educar a los padres para la atención del recién nacido en casa.

Es importante destacar que a merced de esta iniciativa el neonato obtiene un desarrollo físico y psicoafectivo mucho más precoz y permite mejorar y ampliar los conocimientos de los padres, ya que cuando regresan a sus casas es cuando empiezan a surgir las dudas sobre el cuidado de su hijo. Gracias al soporte domiciliario por parte del equipo sanitario, durante los primeros días después del regreso al hogar, se pueden detectar posibles problemas psicosociales, como la ansiedad o el estrés, que dificultan la eficacia de los cuidados. En la Tabla 7, se describen cuáles son los objetivos principales y secundarios del Programa de Asistencia Domiciliaria del recién nacido prematuro (15,32).

Tabla 7: Objetivos del Programa de Asistencia Domiciliaria del recién nacido prematuro (15,32)

OBJETIVO PRINCIPAL	OBJETIVOS SECUNDARIOS
Mejorar los cuidados domiciliarios del recién nacido cuando haya alcanzado una estabilidad clínica que le permita estar en su casa.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Optimizar el desarrollo. ▪ Mejorar la relación paterno-filial. ▪ Reducir el estrés. ▪ Favorecer la lactancia materna. ▪ Disminuir las infecciones y los costes sanitarios. ▪ Mejorar la eficacia y eficiencia del sistema de salud.

2.3.3. Hospitales que ofrecen modelos asistenciales centrados en las familias de recién nacidos prematuros

- Hospital 12 de Octubre de Madrid

Dispone de un Servicio de Neonatología de nivel III C con todos aquellos recursos que son necesarios para procurar los cuidados a los recién nacidos independientemente de la patología que puedan presentar y la gravedad de ésta. Además, esta unidad siempre ha considerado que la familia tiene un papel muy importante en los cuidados del recién nacido, es por ello que han creado la “Neonatología Centrada en la Familia y los Cuidados Centrados en el Desarrollo” con el objetivo de disminuir el sufrimiento del niño y el estrés de los padres a través de una serie de intervenciones médicas y enfermeras donde los padres participan como miembros activos y son considerados el cuidador principal gracias a que las unidades de neonatología permanecen abiertas las 24 horas del día facilitando la lactancia materna y el cuidado canguro (34).

También, cabe destacar que en el año 2007, la Comunidad de Madrid en colaboración con el Hospital 12 de Octubre publicó la «Guía de Cuidados del Recién Nacido en las Plantas de Maternidad» donde se desarrollan los cuidados que se deben realizar en las áreas de neonatología (32).

- Hospital Vall d’Hebron de Barcelona

En el año 2016 se ha iniciado el “Projecte Germans”. Es una iniciativa cuyo objetivo es preparar a los hermanos de los recién nacidos prematuros que se encuentran en el Servicio de Neonatología a la nueva situación por la que está viviendo la familia. Esta iniciativa ha sido creada por los profesionales que trabajan en el servicio, al detectar el estrés y el sufrimiento que experimentan no solo los padres, sino también los hermanos de los bebés ingresados en la UCIN (35).

La filosofía de este proyecto es NIDCAP (Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program), los cuidados centrados en el desarrollo, cuyo objetivo es evitar todos aquellos factores nocivos que provoca el entorno de las UCIN, no solo para el bebé, sino también para disminuir el estrés de los padres y fomentar la integración de los hermanos (35).

2.4. La actitud frente al recién nacido prematuro por parte de enfermería y la familia

Cuando tiene lugar un nacimiento prematuro y el recién nacido debe ser ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital se desarrollan una serie de sentimientos no solo en sus padres, sino también en todos los profesionales sanitarios que deben hacerse cargo de los cuidados del recién nacido (10,11).

Una de las laboras más importantes que tiene enfermería en la UCIN es la de contribuir en la adaptación de los padres para mejorar la vinculación de éstos con su hijo y favorecer su bienestar. Prácticamente son los únicos profesionales que durante las 24 horas del día permanecen en contacto con el recién nacido, y gracias a sus cuidados se beneficia al proceso de adaptación durante esta dura etapa en la que se desarrolla la madurez neurológica y fisiológica que puede tardar semanas o meses (10,11).

Durante los últimos años, el profesional de enfermería ha adquirido conocimientos que le han permitido irrumpir en esta área y aplicar los cuidados hacia el recién nacido prematuro y a sus padres. Enfermería desempeña un papel esencial en la educación de las familias durante la estancia hospitalaria y en la preparación del alta (10,11).

A través de la educación sanitaria a los padres, se transmite información que les permitirá desarrollarse en la unidad y saber cómo enfrentarse a los sucesos no deseados que se puedan producir, también es muy importante ofrecer un entorno de familiaridad donde los padres se sientan relajados y seguros (10,11).

Es por esto, que es necesario un personal que este altamente cualificado dentro del equipo multidisciplinar para ayudar a los padres a elaborar el duelo por el “hijo que no fue” y favorecer la vinculación, detectando cualquier necesidad para ayudarlos en los cuidados de su hijo, desempeñando su labor con responsabilidad, cariño y rigor a través de una buena relación con los padres donde se vea reflejado su compromiso (10,11).

En relación a la familia, cuando se da lugar un nacimiento se modifican las tareas, los roles y las rutinas. Pero cuando surgen problemas de salud de la madre o del recién nacido surgen problemas que generan en muchas ocasiones ansiedad, dando lugar a mayor estrés familiar. Durante el corto período de tiempo que los padres permanecen en contacto con sus hijos en la UCIN es muy común que se sientan incompetentes para satisfacer las necesidades tanto físicas como emocionales del recién nacido debido a las características del lugar y al desconocimiento sobre el manejo de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (36,37).

Gracias a la vinculación que ocurre entre los padres y el recién nacido prematuro se fortalecen sus vínculos, reconociendo los signos de estrés o alerta del recién nacido, actuando más rápidamente y logrando el alta en menos tiempo y reduciendo así los costes en la atención sanitaria (36,37).

Pueden surgir diferentes actitudes y sentimientos en el padre y la madre, en función de cómo vivan la situación y de cómo la afronten (36,37):

- **Padre:** suele ser el primero que visita al recién nacido en la UCIN, debido a que la madre se encuentra recuperándose, siendo él quien da las primeras informaciones acerca de su hijo a la madre y al resto de la familia. Además de preocuparse de la salud del bebé y de la madre, también establece comunicación con la familia y los amigos, cuida del resto de los hijos y vuelve al trabajo pocos días después del nacimiento. Durante la estancia del recién nacido en la UCIN se encuentra en un dilema, ya que por una parte se siente igual de frágil, pero debe mostrarse con fuerzas y coraje para servir de soporte a la madre en esos momentos.
- **Madre:** en ocasiones tienen dificultades para aceptar su nueva condición de madre, debido a que esta identificación suele acentuarse durante el último trimestre del embarazo. Se culpa de haber dado a luz demasiado pronto y se cuestiona su capacidad para ser madre y hacerse cargo del recién nacido, teniendo un sentimiento de frustración que en ocasiones se denomina “embarazo de vientre vacío”. Debido a que en un primer momento los cuidados quedan a cargo del personal de salud, las madres se pueden llegar a sentir impotentes y angustiadas.

2.4.1. Respuesta psicológica de los padres ante el nacimiento de un recién nacido prematuro

Normalmente la experiencia vivida por los padres de bebés prematuros es estresante, ya que éstos ven truncadas bruscamente las expectativas que tenían sobre el nacimiento y la paternidad. El aspecto físico y los problemas de salud del bebé produce en los padres una situación de estrés, ya que el nacimiento prematuro no era lo que ellos habían pensado y deseado para poner fin al embarazo de su hijo (7).

Existen una serie de sentimientos o etapas de adaptación: estupor y negación, culpabilidad, ira, temor y ansiedad, preocupación, pesadumbre, tristeza y depresión en los casos más graves, cuando la tristeza no desaparece y se agudiza con el tiempo.

Es importante comprender que es normal tener estos sentimientos, así como buscar formas para poder afrontarlos de la mejor manera posible, ya que estas emociones pueden no tienen un límite de tiempo (7,8) .

Teniendo en cuenta todas estas emociones y si se le añade el aislamiento físico de los padres con su bebé, el rol de padres se ve gravemente afectado. El hecho de no poder alimentarlo, cambiarle el pañal o compartir momentos afectivos debido a las restricciones con los horarios de las visitas en las UCIN es considerado como un proceso doloroso y desagradable por los padres que puede afectar tanto a las conductas como a las actitudes hacia su hijo (8).

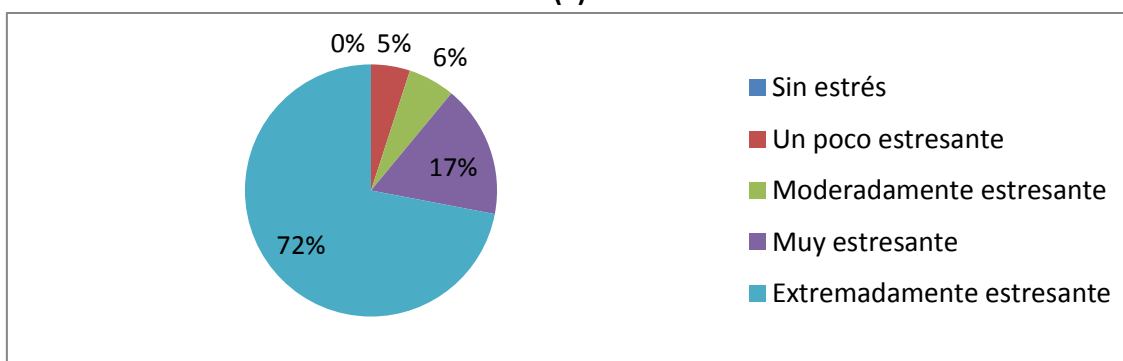
Valizadeh y col., describen en una de sus publicaciones titulada “Continuous and multiple waves of emotional responses: Mother's experience with a premature infant” las respuestas emocionales de las madres ante el nacimiento de su hijo durante los años 2012-2013, como consecuencia del parto prematuro. Todo ello da lugar a alteraciones en el estado de ánimo que influyen en el rendimiento y en su estado emocional. Es por ello, que es importante, prestar atención a las madres y considerarlas las principales cuidadoras de sus hijos desde el momento del nacimiento para fortalecer el vínculo madre e hijo y aportar beneficios tanto a la madre como al bebé (9).

El nacimiento prematuro, junto con el hecho de estar en una UCIN, puede afectar a la vinculación entre los padres y el recién nacido. Diversos estudios han demostrado que el vínculo que se establece entre los padres y el bebé prematuro repercute en la manera en la que el bebé desarrolla sus funciones, sentimientos y comportamientos y en la mejora de las emociones de los padres (8,9).

En un estudio realizado en Colombia durante el año 2011, se estudiaron cuáles eran los principales determinantes estresores que se encontraban presentes en las madres de los recién nacidos prematuros en una Unidad de Cuidados Intensivos (7).

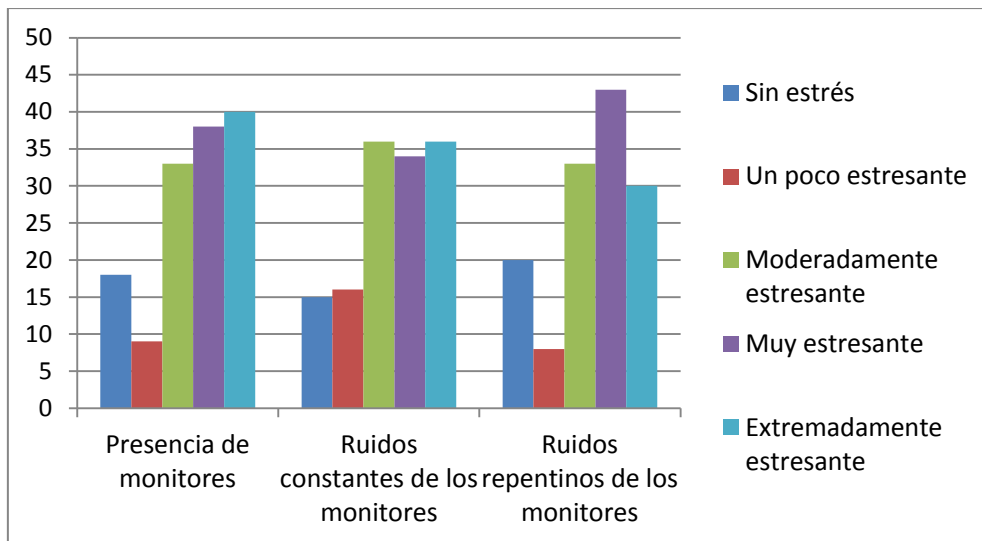
En los resultados que se presentan en la Gráfica 2 se puede comprobar que el 89% de las madres refieren que la situación fue muy o extremadamente estresante, y solo un 11% poco o moderadamente estresante (7).

Gráfica 2: Nivel de estrés de las madres en relación con la hospitalización de su hijo en la Unidad de Cuidados Intensivos (7)



En los resultados que se presentan en la Gráfica 3 se puede comprobar que el 27,6% de las madres refieren que la presencia de monitores fue extremadamente estresante y el 57,7% manifestó que tanto los ruidos constantes como repentinos de los monitores resultaron ser muy o extremadamente estresantes (7).

Gráfica 3: Nivel de estrés de las madres en relación a la presencia y a los ruidos de los monitores en la Unidad de Cuidados Intensivos (7)



Otro aspecto importante dentro de la respuesta psicológica de los padres son las necesidades de éstos durante la hospitalización del recién nacido prematuro en la UCIN. Uno de los modelos más significativos que se encuentra relacionado con las necesidades es la Pirámide de Maslow o jerarquía de las necesidades humanas. Ésta es una teoría psicológica creada por Abraham Maslow en el año 1934 en su obra: *Una teoría sobre la motivación humana*. Lo que nos intenta explicar Maslow con esta teoría es que los humanos a medida que vamos satisfaciendo las necesidades más básicas dentro de una jerarquía de necesidades humanas, desarrollamos necesidades y deseos más altos, tal y como se muestra en la Figura 1 (38).

Figura 1: Pirámide de las Necesidades de Maslow (38)



Esta teoría nos intenta explicar que las necesidades que ocupan las posiciones más altas en la pirámide invaden nuestra atención solo cuando las necesidades inferiores están satisfechas. Esta teoría se puede relacionar con las unidades neonatales, debido a que no solo debemos tener en cuenta las necesidades fisiológicas del niño y de la familia, sino también las necesidades de seguridad, afiliación, reconocimiento y autorrealización de la familia y del recién nacido. Para comunicarnos, las personas utilizamos mucho más el lenguaje no verbal que el verbal (la mirada, las manos, los gestos, etc.) sobre todo al inicio de la vida, por ello el personal sanitario deben estar alerta de este lenguaje corporal para poder detectar cualquier necesidades de los padres y del recién nacido (38).

Cuando se da lugar a un nacimiento prematuro o se producen problemas de salud después del nacimiento la familia vive un proceso de duelo, debido a que la imagen de su bebé se ve distorsionada ya que no era lo que habían imaginado con tanta ilusión. En muchas ocasiones los padres pueden no ser conscientes de cuáles son sus necesidades, modificando de esta forma su conducta y dando lugar a una alteración en el vínculo con su hijo y el comportamiento con el personal sanitario.

Todo ello puede desembocar a situaciones de fragilidad en el desarrollo del recién nacido con consecuencias a largo plazo como el maltrato infantil y el “síndrome del niño vulnerable” (7,38).

Se puede afirmar que en ocasiones algunas necesidades emocionales de los padres no son resueltas, dando lugar a la aparición de situaciones que pueden ser tomadas como una amenaza a su seguridad y afectar a su vínculo paterno-filial (7,38).

Cano, en su tesis “Anàlisi de les vivències i el grau de satisfacció dels pares de nadons hospitalitzats a la UCIN de l’Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida. Criteris per a una atenció neonatal centrada en el desenvolupament i la família” determinó cuales eran las situaciones que generan estrés y preocupación en los padres durante la estancia de su hijo en la UCIN del Hospital Universitario Arnau de Vilanova. En los resultados presentados en la Tabla 8 se puede comprobar que la situación que más estrés y preocupación generó en los progenitores fue la separación de su hijo durante la estancia de éste en la UCIN del HUAV (39).

Tabla 8: Situaciones que generan estrés y preocupación a los padres durante la estancia de su hijo en la UCIN del HUAV

(39)

SITUACIÓN	TANTO POR CIENTO DE PROGENITORES QUE DICEN SENTIR MUCHA ANGUSTIA
Aparatos y tubos	34%
Aspecto físico (coloración, movimientos...)	15%
Soporte respiratorio	32%
Bajo peso	20%
Alimentación por sonda o artificial	24%
Separación de su hijo	63%
No poder darle el biberón o el pecho	42%
No poder cambiarlo ni bañarlo	32%

Salafranca, en su trabajo de investigación “Haciendo camino. Necesidades de los padres en una unidad de cuidados intensivos neonatales” realizó un análisis de resultados sobre las situaciones que más angustiaban a los progenitores en relación a su hijo durante la estancia en la UCIN del Hospital Universitario Arnau de Vilanova. En los resultados obtenidos, y que se presentan en la Tabla 9, se puede comprobar que la situación que más angustia a los progenitores es la separación de su hijo durante la estancia de éste en la UCIN del HUAV, coincidiendo con los resultados obtenidos en una investigación previa(14).

Tabla 9: Situaciones que angustian a los progenitores en relación a su hijo durante la estancia en la UCIN del HUAV

(14)

SITUACIÓN	TANTO POR CIENTO DE PROGENITORES QUE DICEN SENTIR MUCHA ANGUSTIA
Lesiones	18,5%
Separación de su hijo	58,0%
Hijo pequeño débil relacionado con el bajo peso	27,9%
Hijo pequeño débil relacionado con sonda gástrica	27,9%
Soporte respiratorio relacionado con sonda gástrica	27,9%

3. JUSTIFICACIÓN

El recién nacido prematuro es un bebé mucho más vulnerable que el recién nacido a término, ya que no está completamente desarrollado fisiológica ni morfológicamente, por éste motivo puede presentar complicaciones más fácilmente como infecciones, hipotermia o insuficiencia respiratoria (6,19).

Cuando acontece un parto prematuro, en la mayoría de los casos, nacen una serie de sentimientos en los progenitores y en el resto de la familia. Los sentimientos son muy comunes entre padres y madres: negación, culpabilidad, ira, temor, ansiedad, entre otros. Tal y como corroboran los dos estudios realizados en el HUAV, la separación del hijo recién nacido es la situación que más estrés genera en los progenitores (39). Es por este motivo que la figura de enfermería tiene un rol muy importante. El profesional sanitario debe proporcionar a los padres toda la información que ellos necesitan y resolver sus dudas utilizando un lenguaje claro y sencillo para garantizar su comprensión (14,16).

El miedo, la inseguridad, la falta de información, las dificultades de comprensión, las costumbres y creencias, la falta de tiempo por motivos laborales etc. son algunos de los motivos por los cuales algunos padres no participan en los cuidados de su hijo prematuro durante la estancia en la UCIN (36,40). Cada centro asistencial tiene su propio programa de intervención, cuyo objetivo es el de formar a los padres de hijos pretérmino para que conozcan cómo se realizan los cuidados y sepan actuar en situaciones de riesgo. Estos conocimientos aportan confianza y seguridad disminuyendo el estrés y el miedo ante la nueva situación. Además de ser beneficiosos para los padres, también disminuyen los costes sanitarios, ya que gracias a la formación de los padres se consigue el alta domiciliaria precoz, pudiendo regresar antes al hogar (14,41) .

Se considera relevante profundizar en el desarrollo de nuevas estrategias que doten a los profesionales de la salud de todas aquellas herramientas útiles que permitan la participación de los padres, e incluir cada vez más, nuevos programas dirigidos a padres de recién nacidos prematuros, a fin de mejorar la respuesta psicológica de éstos, ofrecer el alta domiciliaria precoz, disminuir los costes sanitarios, y por ende, mejorar la satisfacción de la familia y el bienestar del neonato. Para ello, el presente trabajo se centra en una búsqueda sistemática que pretende responder a las necesidades planteadas hasta el momento.

4. OBJETIVOS

Objetivo principal

1. Determinar cuáles son las intervenciones más efectivas dirigidas a padres de recién nacidos prematuros en las UCIN a fin de mejorar el estado psicológico de los mismos.

Objetivos específicos

1. Identificar los factores que influyen en el desorden psicológico de los padres de recién nacidos prematuros ingresados en las UCIN.
2. Conocer los beneficios de cada una de las intervenciones diseñadas hasta la actualidad dirigidas a mejorar el estado psicológico de los padres y el bienestar del neonato.

5. METODOLOGÍA

5.1. Diseño del estudio: Revisión Sistemática

La revisión sistemática consiste en realizar una búsqueda de un conjunto de estudios y resumir de manera objetiva y sistemática los resultados obtenidos de un problema de investigación, con el objetivo de determinar cuál es la mejor evidencia en el campo de búsqueda.

Para poder lograr el objetivo es necesario tener en cuenta las siguientes fases: formular el problema, definir los criterios de elegibilidad, buscar los estudios, revisar los estudios para su inclusión, evaluar las características metodológicas de los estudios incluidos y finalmente resumir los resultados.

El propósito de este proyecto es identificar cuáles son las intervenciones educativas más beneficiosas realizadas a los padres de los recién nacidos prematuros en las UCIN, por ello se considera pertinente la realización de una Revisión Sistemática previa a la planificación de una intervención futura que permita responder a las necesidades sentidas y expresadas por los padres de neonatos de riesgo.

5.2. Criterios de selección

La revisión sistemática se limita a los estudios que cumplen los siguientes criterios de elegibilidad:

5.2.1. Tipo de estudio

En cuanto al tipo de estudio, se han incluido aquellos enmarcados en diseños experimentales, que describen un ensayo clínico controlado, aleatorizados o no, así como otros estudios de seguimiento pre y post intervención. También se ha hecho restricción en cuanto al año de publicación de la evidencia, considerando los últimos 5 años y se han excluido los estudios que no disponen del texto completo en inglés o español.

5.2.2. Tipos de participantes

Se incluye como participantes a todos los padres de recién nacidos prematuros que estén ingresados en las UCIN, independientemente de las diferencias sociodemográficas.

5.2.3. Tipo de intervención

Las intervenciones farmacológicas no están incluidas en este proyecto, para el resto de intervenciones no farmacológicas no se ha realizado ninguna restricción.

5.2.4. Tipo de medidas de resultado

Se pretende incorporar todos aquellos estudios que pretenden mejorar el estado psicológico de los padres, que a su vez revertirá sobre el bienestar del neonato ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos neonatales.

5.3. Fuente de datos y estrategia de búsqueda

Se han realizado búsquedas literarias desde el período de diciembre de 2016 hasta mayo de 2017. Las bases de datos utilizadas han sido PubMed, CINAHL, CUIDEN, PsycINFO y SCOPUS.

Las palabras clave utilizadas en la búsqueda son: enfermería, recién nacido, prematuro, familia, UCIN, intervenciones. En la Tabla 10 se describe el resumen de la estrategia de búsqueda utilizadas para cada base de datos.

Tabla 10: Resumen de la estrategia de búsqueda

BASE DE DATOS	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	RESULTADOS ENCONTRADOS
MEDLINE (PubMed)	1. Search ((interventions) AND premature newborn) AND intensive care unit	2854
	2. Search ((interventions) AND premature newborn) AND intensive care unit Filters: published in the last 5 years	1703
	3. Search ((interventions) AND premature newborn) AND NICU Filters: published in the last 5 years	1357
	4. Search (((interventions) AND premature newborn) AND family) AND intensive care unit Filters: published in the last 5 years	830
	5. Search (((interventions) AND premature newborn) AND family) AND intensive care unit Filters: published in the last year	115
	6. Search ((help parents) AND premature newborn) AND NICU Filters: published in the last year	94
	7. Search (((interventions) AND parents) AND premature newborn) AND NICU Filters: published in the last 5 years	34
CUIDEN	1. ("salud")AND(("en")AND("prematuros"))	272
	2. ("prematuros")AND("UCI")	254
	3. ("familia")AND(("UCI")AND("prematuros"))	71
	4. ("intervenciones")AND(("enfermería")AND(("UCI")AND("prematuros")))	18
CINAHL Plus	1. interventions AND NICU AND newborn Limitadores - Texto completo; Año de publicación: 2010-2017 Ampliadores - Aplicar palabras relacionadas; Buscar también dentro del texto completo de los artículos Modos de búsqueda - Booleano/Frase	123
	2. interventions AND premature newborn AND family Limitadores - Texto completo; Año de publicación: 2010-2017 Ampliadores - Aplicar palabras relacionadas; Buscar también dentro del texto completo de los artículos Modos de búsqueda - Booleano/Frase	49
	3. premature newborn AND Kangaroo Method Limitadores - Texto completo; Año de publicación: 2010-2017 Ampliadores - Aplicar palabras relacionadas; Buscar también dentro del texto completo de los artículos Modos de búsqueda - Booleano/Frase	3

PsycINFO	1. Any Field: newborn AND Any Field: intervention AND Year: 2012 To 2017	754
	2. Any Field: interventions AND Any Field: NICU AND Any Field: newborn AND Year: 2012 To 2017	25
	3. Any Field: interventions AND Any Field: premature newborn AND Any Field: NICU AND Any Field: family AND Year: 2012 To 2017	5
	4. Any Field: preterm infants AND Any Field: nursing AND Any Field: intervention AND Any Field: family AND Any Field: stress AND Year: 2012 To 2017	5
SCOPUS	1. ("interventions" AND nicu AND family) AND PUBYEAR > 2009 AND PUBYEAR < 2018	138
	2. ("interventions" AND nicu AND stress AND family) AND PUBYEAR > 2009 AND PUBYEAR < 2018	36
	3. ("nursing" AND nicu AND family AND attention) AND PUBYEAR > 2009 AND PUBYEAR < 2018	4
	4. ("interventions" AND nicu AND decrease AND stress AND family) AND PUBYEAR > 2009 AND PUBYEAR < 2018	3
	5. ("nursing" AND icu AND family AND attention AND stress) AND PUBYEAR > 2009 AND PUBYEAR < 2018	2

5.4. Recogida y análisis de datos

5.4.1. Selección de los estudios

Tras la búsqueda sistemática realizada, la autora de la presente revisión examinó cada uno de los títulos y resúmenes de los estudios identificados de cada base de datos. Fue ella misma quien evaluó los artículos completos recuperados para su posible inclusión. Sólo en los casos de existir discrepancias, cuando la relevancia fue poco clara, fueron resueltas mediante discusión y consenso con un segundo revisor. Para ser incluidos en la revisión, cada estudio tenía que cumplir los criterios de inclusión especificados anteriormente.

5.4.2. Extracción de los datos

La selección y registro de los datos pertinentes de los estudios revisados fueron extraídos utilizando un formulario de extracción de datos que contenía:

- Autor/Año de publicación
- Título
- Tipo de estudio
- Objetivo
- Participantes
- Criterios de inclusión y exclusión
- Intervención
- Resultados
- Limitaciones

La tabla de evidencia proporciona la información principal de los estudios identificados de una forma accesible y útil, y constituye la clave para asegurar una gestión de datos de calidad.

5.4.3. Evaluación del riesgo de sesgo en los estudios incluidos

La evidencia de una revisión sistemática es tan buena como los estudios incluidos en ella. Por lo tanto, para determinar la calidad suficiente de los estudios seleccionados debe considerarse el riesgo de sesgo. En este sentido, se ha comprobado la calidad metodológica de cada uno de los estudios incluidos en esta revisión utilizando la herramienta CASPe, que ha permitido evaluar la validez de los artículos siguiendo la metodología de lectura crítica.

De acuerdo a ello, la evaluación del riesgo de sesgo en cada artículo incluido se evaluó tomando como referencia las siguientes preguntas del programa de lectura crítica CASPe en su versión en español:

1. ¿El estudio se centra en un tema claramente definido?
2. ¿La cohorte se reclutó de la manera más adecuada?
3. ¿El resultado se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?
4. ¿Han tenido en cuenta los autores el potencial efecto de los factores de confusión en el diseño y/o análisis del estudio?
5. ¿El seguimiento de los sujetos fue lo suficientemente largo y completo?
6. ¿Cuáles son los resultados de este estudio?
7. ¿Cuál es la precisión de los resultados?
8. ¿Te parecen creíbles los resultados?
9. ¿Los resultados de este estudio coinciden con otra evidencia disponible?
10. ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?
11. ¿Va a cambiar esto tu decisión clínica?

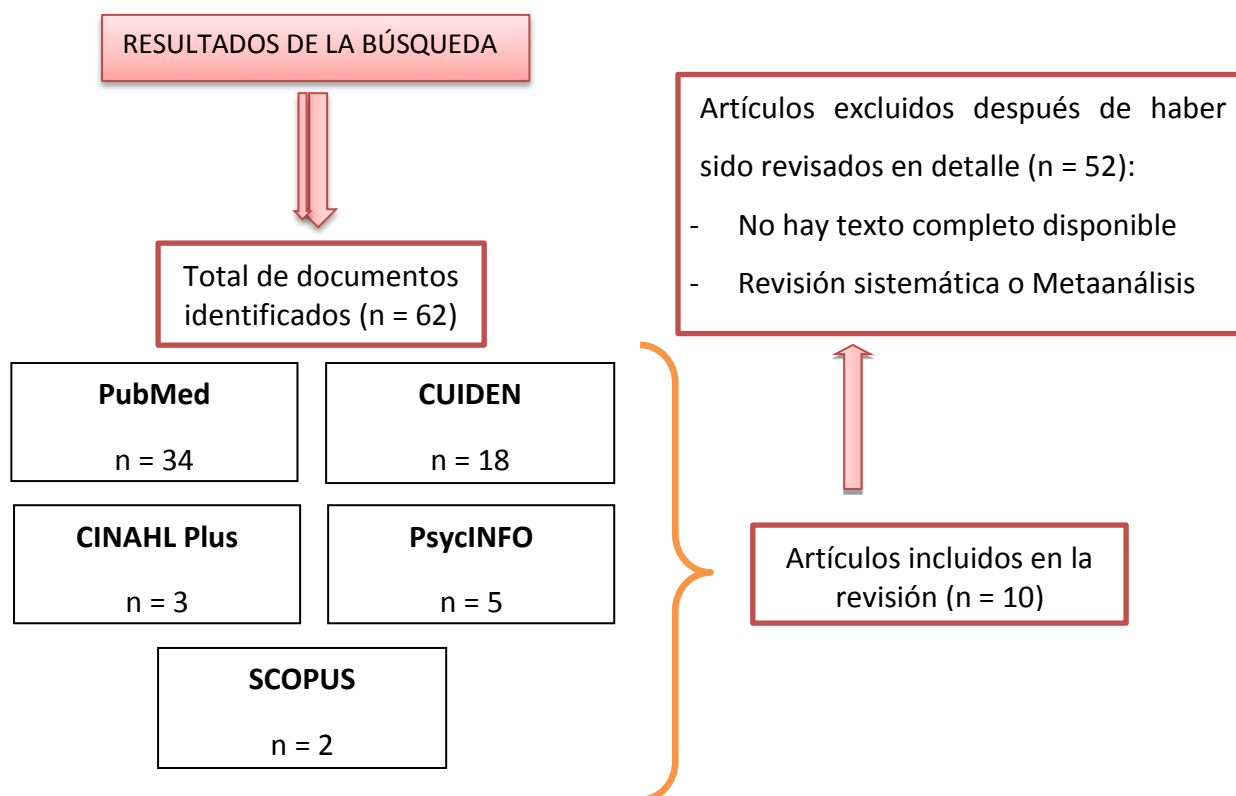
6. RESULTADOS

6.1. Resultados de búsqueda

Las estrategias de búsqueda identificaron un total de 62 referencias de las siguientes bases de datos: MEDLINE (34 registros), CUIDEN (18 registros), CINAHL (3 registros), PsycINFO (5 registros) y SCOPUS (2 registros). Después de examinar el título y el resumen de los resultados de la búsqueda, se excluyeron 52 artículos debido a que no se encontraba el texto completo, se trataba de un estudio sistemático o de un Metaanálisis. La eliminación de estos artículos dio lugar a 10 estudios potencialmente elegibles para su revisión, por lo que se recuperó los artículos completos para una evaluación más detallada.

El siguiente diagrama de flujo resume el proceso electoral de los ensayos relevantes (Figura 2).

Figura 2: Diagrama de flujo de la selección de artículos



6.2. Valoración crítica de las evidencias seleccionadas

Tabla 11: Evaluación de la calidad metodológica y el riesgo de sesgo con la escala CASPE

CLASIFICACIÓN CASPE

ID	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	Total
Welch M y col. (42)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	11
Matricardi S y col. (43)	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	10
Lee T y col. (44)	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	10
Gonya J y col. (45)	+	+	+	-	?	+	+	+	+	+	+	9
Holditch y col. (40)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10
White R y col. (46)	+	?	+	-	+	+	+	+	+	+	+	9
Holditch D y col. (47)	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	10
O'Brien K y col. (48)	+	?	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10
Ahlqvist-Björkroth S y col. (49)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	11
Gurgel de Castro M y col. (50)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	11

(-)= No, (+) = Sí, CASPe Criterios de calidad metodològica

P1 Definición del tema; P2 reclutamiento de la cohorte; P3 medición de resultados; P4 potencial de efecto de los resultados; P5 seguimiento de los sujetos; P6 Resultados del estudio; P7 Precisión de los resultados; P8 Credibilidad de los resultados; P9 Coincidencia de los resultados; P10 Aplicabilidad clínica de los resultados; P11 Decisión clínica.

6.3. Características de los estudios incluidos

Autor/Año de publicación	Welch M y col. 2012 (42)
Título	Family nurture intervention (FNI): methods and treatment protocol of a randomized controlled trial in the NICU.
Tipo de estudio	Ensayo controlado aleatorizado
Objetivo	Determinar si el modelo Family nurture intervention (FNI) mejora el desarrollo neurológico y emocional de los recién nacidos prematuros y si incrementa la relación afectiva entre madre e hijo.
Participantes	Recién nacidos prematuros (26-34 SG) ingresados en la UCIN de un hospital de Nueva York y sus madres.
Criterios de inclusión y exclusión	<u>Criterios de inclusión:</u> nacimiento gemelar de entre 26-34 SG, madres sin antecedentes de adicción a drogas o enfermedad mental, que hable y entienda el inglés y que conviva con al menos otro adulto. <u>Criterios de exclusión:</u> lactantes cuyo peso sea inferior al tercer percentil para su edad gestacional, madres con antecedentes de adicción a drogas o enfermedad mental, que no hable ni entienda el inglés o que no conviva con otro adulto.
Intervención	Se realizaron dos grupos: grupo control y grupo de la intervención. - Grupo de la intervención: se realizó el intercambio de olor para fortalecer el contacto y más adelante se incorporó el Método Canguro y la lactancia materna.
Resultados	- La exposición a olores produjo un efecto calmante para los recién nacidos del grupo de la intervención que ayudó a disminuir el llanto y el malestar de estos en comparación con los recién nacidos del grupo control. - En el grupo de la intervención se dieron lugar a unas reducciones más rápidas de los niveles de estrés y de angustia de la madre y del bebé en comparación con el grupo control. - A través de las interacciones madre-hijo se puede llegar a producir el desarrollo neurológico del bebé.
Limitaciones	Falta de disponibilidad de algunas madres por otras obligaciones (laborales o cuidado de otros hijos).

Autor/Año de publicación	Matricardi S y col. 2012 (43)
Título	Mothers are not fathers: differences between parents in the reduction of stress levels after a parental intervention in a NICU.
Tipo de estudio	Ensayo controlado aleatorizado
Objetivo	Comprobar si las intervenciones reducen los niveles de estrés de los padres durante la hospitalización de su recién nacido en la UCIN, teniendo en cuenta las posibles diferencias entre madres y padres.
Participantes	42 padres y sus recién nacidos prematuros ingresados en la UCIN del Hospital Calibita de Roma.
Criterios de inclusión y exclusión	<u>Criterios de inclusión:</u> recién nacidos de ≤ 32 SG, sin malformaciones congénitas, con al menos tres semanas de hospitalización y padres de habla italiana. <u>Criterios de exclusión:</u> recién nacido de > 32 SG, con malformaciones congénitas, o con menos de tres semanas de hospitalización. Embarazo gemelar, padres menores de 18 años, con trastornos psiquiátricos y/o mentales diagnosticados, que no hablen italiano o familias monoparentales.
Intervención	Se realizaron dos grupos: un grupo control y un grupo de la intervención. - Grupo de la intervención: consistía en aumentar la capacidad de los padres para reconocer los signos de estrés y bienestar del recién nacido e instruirlos para realizar un masaje moderado (flexión y extensión de las extremidades superiores e inferiores del recién nacido).
Resultados	- Los padres del grupo de la intervención presentaron niveles inferiores de estrés en comparación con el grupo control. - En los dos grupos las madres mostraron mayores niveles de estrés que los padres.
Limitaciones	- Tamaño limitado de la muestra. - No se pudo determinar qué intervención fue la más eficaz (reconocimiento de signos o masaje).

Autor/Año de publicación	Lee T y col. 2012 (44)
Título	The effectiveness of early intervention on paternal stress for fathers of premature infants admitted to a neonatal intensive care unit.
Tipo de estudio	Ensayo clínico no aleatorizado
Objetivo	Evaluar la efectividad de una intervención para aumentar la capacidad paterna en los cuidados neonatales y reducir el estrés paterno durante la hospitalización del recién nacido prematuro en la UCIN.
Participantes	69 padres y sus recién nacidos prematuros hospitalizados en una UCIN.
Criterios de inclusión y exclusión	<u>Criterios de inclusión:</u> recién nacidos con ≤ 37 SG, con al menos dos semanas de hospitalización y clínicamente estables. Padres mayores de 18 años. <u>Criterios de exclusión:</u> recién nacido con > 37 SG, con menos de dos semanas de hospitalización o clínicamente no estables.
Intervención	Se realizaron dos grupos: grupo control y grupo de la intervención. - Grupo de la intervención: recibieron un folleto informativo acerca de los cuidados del recién nacido en la UCIN y orientación por parte del equipo de enfermería, que se encargó de explicar los beneficios de la lactancia materna, el funcionamiento de la UCIN, el reconocimiento de las señales del bebé, a motivar a los padres a participar en los cuidados y a utilizar el Método Canguro
Resultados	- Los padres del grupo de la intervención manifestaron unos niveles de estrés inferiores en comparación con los padres del grupo control. - Los padres del grupo de la intervención demostraron una mayor capacidad para los cuidados paternos gracias al apoyo del equipo de enfermería, en comparación con los padres del grupo control.
Limitaciones	- Los datos de los dos grupos no fueron recogidos al mismo tiempo. - No aleatorización de la muestra. -

Autor/Año de publicación	Gonya J y col. 2013 (45)
Título	Factors associated with maternal visitation and participation in skin-to-skin care in an all referral level IIIc NICU.
Tipo de estudio	Descriptivo cuantitativo.
Objetivo	Conocer la eficacia del Método Canguro y los factores que condicionan el tiempo que las madres pasan realizándolo.
Participantes	Recién nacidos extremadamente prematuros (<27 SG) hospitalizados en una UCIN de los Estados Unidos.
Criterios de inclusión y exclusión	Se tuvo en cuenta la situación económica, la distancia entre el hogar y el hospital, el número de niños en el hogar, la edad gestacional y la percepción de la NICU.
Intervención	Las madres visitan a sus bebés las 24h del día para realizar el Método Canguro.
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> - Los factores asociados con la cantidad de tiempo que las madres visitaban y participaban en el Método Canguro eran: el tipo de estrés (más estrés, más tiempo) y el nivel de comunicación con el personal sanitario (mejor comunicación, más tiempo). - El Método Canguro ayudó positivamente en la fisiología neonatal, desarrollo cerebral, maduración, apego, sincronía de los padres y disminución del estrés
Limitaciones	- Tamaño limitado de la muestra.

Autor/Año de publicación	Holditch D y col. 2013 (40)
Título	Maternal satisfaction with administering infant interventions in the NICU.
Tipo de estudio	Estudio experimental
Objetivo	Determinar si aumenta la satisfacción materna a través de intervenciones dirigidas a los recién nacidos prematuros.
Participantes	208 recién nacidos prematuros con un peso < a 1750 g ingresados en la UCIN de cuatro hospitales de Carolina del Norte e Illinois y sus madres.
Criterios de inclusión y exclusión	<u>Criterios de inclusión:</u> madres con nacimientos múltiples. <u>Criterios de exclusión:</u> madres con problemas neurológicos congénitos, sin la custodia del bebé o con situaciones que afectaran la capacidad de participar en la intervención (menor de 15 años, portadora de VIH).
Intervención	Se realizaron tres grupos: un grupo control (obtuvieron apoyo por parte de enfermería) y dos grupos de la intervención. - Grupos de la intervención: uno practicaba intervenciones de ATVV (auditivo-táctil-visual-vestibular) y el otro Método Canguro, además de ser apoyados por enfermería. Se realizaban al menos una vez al día, tres veces por semana y durante como mínimo 15 minutos.
Resultados	- Las madres de los tres grupos estaban satisfechas con el apoyo que les había ofrecido el equipo de enfermería. - A los dos meses de la intervención las madres de los grupos de la intervención obtuvieron uno niveles de satisfacción más elevados que las madres del grupo control.
Limitaciones	- Participaron las mismas enfermeras para todas las intervenciones. - Se realizaron un gran número de análisis.

Autor/Año de publicación	White R y col. 2013 (46)
Título	Mother-infant interaction improves with a developmental intervention for mother-preterm infant dyads.
Tipo de estudio	Ensayo clínico aleatorio
Objetivo	Determinar si una intervención de desarrollo para las madres de recién nacidos prematuros mejora la interacción madre-hijo
Participantes	198 recién nacidos prematuros (29-34 SG) ingresados en la UCIN de dos hospitales de Midwestern y sus madres.
Criterios de inclusión y exclusión	<p><u>Criterios de inclusión:</u> recién nacidos prematuros (29-34 SG) y clínicamente estables. Madres con al menos dos factores de riesgo social-ambiental (menor de 18 años, enfermedad mental diagnosticada, ingresos familiares inferiores al 185% de las pautas federales de pobreza, con más de un hijo menor de 24 meses al cargo, con cuatro o más niños menores de cuatro años al cargo o con residencia en un barrio desfavorecido).</p> <p><u>Criterios de exclusión:</u> recién nacidos clínicamente no estables o con <29 o >34 SG. Madres consumidoras de drogas ilícitas o con toxicología positiva, sin custodia legal, con menos de dos factos de riesgo social-ambiental o portadoras de VIH.</p>
Intervención	<p>Se realizaron dos grupos: grupo control y grupo de la intervención.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grupo de la intervención: dos veces al día se realizaron intervenciones de ATV y cuatro sesiones de orientación participativa con el equipo de enfermería.
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> - Las madres del grupo de la intervención interaccionaron más positivamente con sus recién nacidos, respondiendo con mayor calidez y sensibilidad que las madres del grupo control. - Las madres del grupo control mostraron unos niveles de estrés más elevados que las madres del grupo de la intervención.
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Disminución del número de participantes seis semanas después del inicio. - Todas las madres del estudio eran afroamericanas o latinas con bajos ingresos económicos, limitando la participación de otros grupos de población.

Autor/Año de publicación	Holditch D y col. 2014 (47)
Título	Maternally administered interventions for preterm infants in the NICU: Effects on maternal psychological distress and mother-infant relationship.
Tipo de estudio	Ensayo clínico aleatorizado
Objetivo	Evaluar los efectos de las intervenciones de ATVV y Método Canguro en el estrés materno y la relación madre-lactante.
Participantes	240 recién nacidos prematuros con un peso < a 1750 g ingresados en la UCIN de cuatro hospitales de Carolina del Norte y de Illinois y sus madres.
Criterios de inclusión y exclusión	<u>Criterios de inclusión:</u> recién nacido sin problemas críticos de salud y con un peso \geq a 1000g. <u>Criterios de exclusión:</u> recién nacido con problemas críticos de salud, con un peso < a 1000 g o que continuaron durante al menos un mes más ingresados después del estudio.
Intervención	Se realizaron tres grupos: un grupo control (fueron instruidas por enfermeras acerca de los cuidados en el hogar) y dos grupos de la intervención. - Grupo de la intervención 1: intervenciones de ATVV. - Grupo de la intervención 2: Método Canguro. En los dos grupos de la intervención fueron atendidas las dudas por parte de enfermería acerca de los cuidados.
Resultados	- Los niveles de estrés de las madres de los grupos de la intervención eran más bajos que los de las madres del grupo control. - En las madres que utilizaron el Método Canguro disminuyó más rápidamente la preocupación que en las madres que utilizaron ATVV.
Limitaciones	Tamaño limitado de la muestra.

Autor/Año de publicación	O'Brien K y col. 2015 (48)
Título	Evaluation of the Family Integrated Care model of neonatal intensive care: a cluster randomized controlled trial in Canada and Australia.
Tipo de estudio	Ensayo controlado aleatorizado
Objetivo	Evaluar la eficacia del programa "Family Integrated Care" para disminuir el estrés y la ansiedad de los padres, así como reducir la mortalidad y morbilidad de los recién nacidos prematuros y minimizar los costes hospitalarios.
Participantes	675 recién nacidos prematuros (≤ 33 SG) y sus padres ingresados en diferentes UCIN de Canadá y Australia.
Criterios de inclusión y exclusión	<p><u>Criterios de inclusión:</u> recién nacidos de ≤ 33 SG, sin soporte respiratorio y con al menos tres semanas de hospitalización. Los padres deben comprometerse a permanecer un mínimo de 6 h al día con su hijo entre las 7 de la mañana y las 8 de la noche.</p> <p><u>Criterios de exclusión:</u> recién nacidos de > 33 SG, con cuidados paliativos, con alguna anomalía congénita, con soporte ventilatorio o con menos de tres semanas de hospitalización. Incapacidad de los padres para participar en la intervención (problemas de salud, familiares, sociales o de lenguaje).</p>
Intervención	<p>Se realizaron dos grupos: grupo control y grupo de la intervención.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grupo de la intervención: un coordinador se encarga de guiar a los padres y de proporcionarles educación sobre los cuidados del recién nacido prematuro. Se realizan rondas médicas donde se les informa del estado médico de su hijo. Enfermería, a través de actividades prácticas, enseña a cómo realizar los cuidados sobre la alimentación, el baño y el Método Canguro. También colaboran como instructores padres veteranos.
Resultados	El grupo de la intervención en comparación con el grupo control consiguió que el 25% de los recién nacidos prematuros aumentaran de peso, que la lactancia materna aumentara un 80%, que el estrés de los padres disminuyera en un 25% y que se redujeran las infecciones nosocomiales e informes de incidentes críticos de forma significativa.
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> - No se realiza un cegamiento a la hora de establecer la muestra de participantes. - La naturaleza y el proceso de obtención del consentimiento informado no es el mismo para todos los padres. - Es posible que los padres del grupo control pertenezcan a un nivel socioeconómico más bajo o tengan menos apoyo familiar que los padres del grupo de la intervención.

Autor/Año de publicación	Ahlqvist-Björkroth S y col. (49)
Título	Close Collaboration with Parents intervention to improve parents' psychological well-being and child development: Description of the intervention and study protocol.
Tipo de estudio	Estudio prospectivo post-intervención
Objetivo	Principal: <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar la efectividad de la intervención de “La Estrecha colaboración con los PadresTM”. Secundarios: <ul style="list-style-type: none"> - Obtener conocimientos acerca del comportamiento del recién nacido prematuro. - Demostrar la capacidad intuitiva de los padres para el cuidado de sus hijos y la necesidad de éstos para formar un vínculo emocional.
Participantes	Todo el personal de la UCIN del Hospital Universitario de Turku.
Criterios de inclusión y exclusión	<u>Criterios de inclusión:</u> recién nacido de < 34 SG con anomalías congénitas o síndromes importantes, que esté vivo tres días después del nacimiento y que los padres y la familia vivan cerca del hospital. <u>Criterios de exclusión:</u> recién nacido de > 34 SG, sin anomalías congénitas o síndromes importantes, fallecido antes de los tres días del nacimiento o que los padres y la familia vivan lejos del hospital.
Intervención	El personal de la UCIN se dividió en dos grupos: <ul style="list-style-type: none"> - Grupo inicial: una semana de educación teórica incluyendo un día de clases seguido de demostraciones y prácticas en el UCIN durante 6 meses instruidas por una enfermera con conocimientos acerca del tema. - Grupo tutorizado: se impartió educación teórica a través de “El manual de entrenamiento” y educación práctica con la ayuda de una enfermera perteneciente al grupo inicial.
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> - El personal sanitario era capaz de confiar en las habilidades y observaciones de los padres durante el cuidado de sus hijos. - Los recién nacidos se mantenían más estables cuando los padres se involucraban en los cuidados.
Limitaciones	Sin limitaciones.

Autor/Año de publicación	Gurgel de Castro M y col. 2016 (50)
Título	Kangaroo-mother care method and neurobehavior of preterm infants
Tipo de estudio	Estudio experimental
Objetivo	Evaluar la eficacia del Método Canguro.
Participantes	Recién nacidos prematuros (28-32 SG) y sus madres.
Criterios de inclusión y exclusión	<u>Criterios de inclusión</u> : prematuros que al menos pudiesen permanecer 7 días realizando el Método Canguro con sus madres. <u>Criterios de exclusión</u> : prematuros que no pudiesen permanecer un mínimo de 7 días realizando el Método Canguro con sus madres.
Intervención	Se analizaron 2 grupos; a uno se le aplicó el Método Canguro durante 7 días y al otro no.
Resultados	Los bebés sometidos a Método Canguro desarrollaron una mejor calidad de movimientos, mayor atención y orientación a estímulos externos, un alta hospitalaria más precoz y menos signos de estrés tanto en ellos como en sus madres.
Limitaciones	No aleatorización de la muestra.

7. DISCUSIÓN

La presente revisión sistemática demuestra que las intervenciones realizadas a los recién nacidos prematuros y a sus padres son eficaces para mejorar el estado psicológico y el bienestar de estos. A través del tiempo, se han ido incrementado las intervenciones realizadas, en este caso la mayor parte de los estudios incluidos realizaron intervenciones del mismo tipo, relacionadas con la detección temprana de los signos de estrés y la facilitación de información acerca de los cuidados de los recién nacidos prematuros y de las ventajas de realizar algunas intervenciones como el Método Canguro, la lactancia materna y las actividades de ATVV. De esta forma, han demostrado ser una manera exitosa de mejorar el estado psicológico de los padres y en el bienestar del neonato.

En el caso del Método Canguro, 7 de los artículos reportan reducciones de los niveles de estrés y de angustia de los padres, además de conseguir una mejora psicológica más rápida en comparación con los padres que no realizaron la intervención, tal y como lo corroboran los resultados presentados por Welch y col. (42). En cuanto a los beneficios del Método Canguro en la mejora del desarrollo neurológico del bebé, este último también aporta resultados que lo confirman así como los presentados por Gonya y col. (45) en donde se muestra no sola una mejora en el apego y la sincronía de los padres sino también un incremento en el desarrollo cerebral y fisiología neonatal.

En todos los estudios que reportaron resultados a cerca de la lactancia materna en los recién nacidos prematuros se obtuvo un descenso de los niveles de estrés por parte de la madre. Asimismo, Welch y col. (42) plantean que las intervenciones que involucran la lactancia materna también mejoran la interacción madre-hijo y el desarrollo neurológico del neonato. Algunos autores contemplan otro factor que puede influir en el aumento de la lactancia materna como es el de realizar estrategias por parte del personal sanitario para proporcionar educación sanitaria sobre la importancia de dicha práctica, tal y como se describe en el artículo de O' Brien y col. (48), en el que se describe un aumento del 80% en la lactancia materna y un 25% en el peso de los recién nacido prematuros gracias a esta intervención.

En lo referente a las intervenciones de ATVV, 4 de los artículos incluidos en la revisión sistemática plantean que aportan una respuesta más cálida de los padres a los recién nacidos, así como una disminución de la angustia y el llanto también por parte del neonato. Resultados similares han sido obtenidos por otros autores como Holditch y col. (47), en el que además añade que el Método Canguro disminuye el estrés más rápidamente que las intervenciones de ATVV.

En cuanto a la labor del personal sanitario para proporcionar información e instruir a los padres a cerca de los cuidados y el reconocimiento de los signos de estrés y bienestar del recién nacido, todos los resultados coinciden en que proporciona una mejor capacidad para los cuidados paternos y una mayor estabilidad para el neonato. Estos resultados se complementan con los obtenidos por O'Brien y col. (48), quienes en su artículo además reportan una disminución significativa de las infecciones nosocomiales e incidentes críticos.

Todos los artículos incluidos en la presente revisión sistemática hacen referencia al estrés paterno vivido durante algún momento de la hospitalización en la UCIN, y en esta misma línea, Matricardi y col. (43) obtiene un resultado complementario a todo lo anterior, y es que las madres alcanzan unos niveles de estrés superiores que los padres.

Por lo tanto, los estudios analizados confirman la importancia de realizar estrategias que ayuden a mejorar la situación psicológica de los padres. Algunos artículos no incluidos en la revisión sistemática también describen otros factores que pueden influir en el estado psicológico de los padres y del recién nacido, como son la importancia de identificar y satisfacer las necesidades de las familias por parte del personal sanitario, tal y como se describe Buckley y col. (51), en donde solo un 6,3% del personal de enfermería proporciona información acerca de los cuidados del recién nacido y propone a los padres participar en ellos.

Actualmente, existen barreras que dificultan la participación de los padres en la UCIN como son los horarios de visitas, circunstancia ya descrita en investigaciones previas como la desarrollada por Raffray y col. (52).

Asimismo, Holditch y col. (53) plantean que cuando una madre experimenta síntomas depresivos de ansiedad o angustia extrema durante la hospitalización de su recién nacido en la UCIN, ésta tiene más probabilidades de padecer sufrimiento psicológico así como mayor vulnerabilidad hacia su hijo durante los años posteriores.

La principal limitación de los estudios incluidos en la presente revisión sistemática es el tamaño de la muestra, circunstancia que dificulta en algunos casos establecer de una forma clara el grado de eficacia de las intervenciones desarrolladas en los diferentes estudios.

8. CONCLUSIONES

El objetivo principal de la presente revisión sistemática era conocer cuáles de las intervenciones hasta ahora dirigidas a los padres de recién nacidos prematuros en la UCIN son más eficaces para mejorar el estado psicológico de los mismos. La búsqueda bibliográfica llevada a cabo en el estudio actual demuestra que la práctica del Método Canguro, la lactancia materna y las intervenciones de ATVV resultan muy favorables, por un lado para los padres porque disminuyen los niveles de estrés y angustia y, por otro lado para los recién nacidos prematuros, porque mejoran la relación paternal y les ayuda al desarrollo cerebral y fisiológico (40,42,45,47,48,50,53) .

La educación sanitaria y el apoyo psicológico a los padres es una herramienta muy importante para fomentar la motivación de éstos, ya que a través de la educación y la formación es posible reconocer los signos de estrés y bienestar del recién nacido así como realizar los cuidados del neonato prematuro, aumentando la confianza y disminuyendo la sensación de frustración de los padres. Por otro lado, influye positivamente en el rol de padres, pues se sienten más capacitados para realizar los cuidados de su hijo. Así mismo, repercute sobre la salud del bebé, ya que es una forma de prevenir posibles complicaciones de salud (43,44,48,49).

En los estudios revisados, la mayoría de los padres manifiestan sentimientos de angustia, frustración, preocupación, inseguridad e incluso en ocasiones de depresión, por el nacimiento de su bebé antes de la fecha esperada o por complicaciones de salud añadidas a esta situación, sentimientos que pueden verse espaciados en el tiempo hasta varios años después del nacimiento del niño.

El equipo de enfermería tiene una labor muy importante en la educación para la salud de los padres, proporcionando información personalizada y apoyo, con la finalidad de transmitir confianza y seguridad para establecer un vínculo afectivo sólido y eficaz entre padres e hijos.

Las intervenciones centradas en los padres de recién nacidos prematuros tienen los siguientes beneficios (40,42–50):

- Las intervenciones de ATVV dan lugar a una interacción más positiva y mayor calidez y sensibilidad entre madre-hijo.
- Las intervenciones de ATVV, Método Canguro y lactancia materna disminuyen el llanto y malestar del bebé y fomentan el desarrollo neurológico positivo del recién nacido. En las madres sometidas a estas intervenciones se disminuyen los niveles de estrés y angustia más rápidamente, en comparación a las madres que no las realizan.
- El Método Canguro influye positivamente en la fisiología neonatal y desarrollo cerebral del bebé, así como mejora la interacción paterno-filial, disminuye el estrés en ambos y da lugar a un alta hospitalaria más precoz.
- Los padres que no han realizado alguna de estas intervenciones durante la hospitalización de su hijo, con el tiempo, presentan unos niveles más bajos de satisfacción y una mayor vulnerabilidad hacia su hijo, en comparación con los padres que sí las realizaron.
- Gracias al apoyo del equipo de enfermería y a la educación ofrecida por profesionales a cerca de los cuidados de los recién nacidos prematuros, aumenta la satisfacción y la confianza de los padres para realizar los cuidados paternos.

Es importante destacar la necesidad de futuras investigaciones acerca de posibles intervenciones que mejoren el estado psicológico de los padres cuando acontece un nacimiento prematuro, así como la creación de un programa educativo que fomente la participación de los padres en la UCIN y resuelva las dudas e inquietudes que se puedan presentar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud [sede web]*. OMS; 2015 [actualizado noviembre de 2015; acceso 30 de noviembre de 2016]. ¿Qué es un niño prematuro?. [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: http://www.who.int/features/qa/preterm_babies/es/.
2. European foundation for the care of newborn infants [sede web]*. Finlandia: Perkin Elmer; 2009 [actualizado en enero de 2009; acceso 30 de noviembre de 2016]. Nacimiento prematuro. [aproximadamente 80 páginas]. Disponible en: <http://www.efcni.org/fileadmi>.
3. Lombardía J, Fernández M. Ginecología y Obstetricia. 2nd ed. Madrid: Panamericana; 2007.
4. Cabero L. Parto Prematuro. 1st ed. Madrid: Panamericana; 2004.
5. Cifuentes R. Obstetricia de alto riesgo. 6th ed. Colombia: Distribuna; 2008.
6. Rellan S, Garcia C, M A. El recién nacido prematuro. Protoc Diagnósticos Ter la AEP Neonatol. 2008;68–77.
7. González D, Ballesteros N, Serrano M. Determinantes estresores presentes en madres de neonatos pretérmino hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos. Cienc y Cuid. 2012;(1) 9:43–53.
8. Bolívar L, Prieto A. Uncertainty Associated to Parents of Preterm Infants Hospitalized in Neonatal Intensive Care Units. Investig y Educ en Enfermería. 2016;34(2):360–7.
9. Valizadeh L, Zamanzadeh V, Mohammadi E, Arzani A. Continuous and multiple waves of emotional responses: Mother's experience with a premature infant. Iran J Nurs Midwifery Res. Medknow Publications; 2014;19(4):340–8.
10. Taborda A. Rol de enfermería en la vinculación de los padres en el cuidado y adaptación del infante prematuro. Cuidarte. 2013;4(1):540–3.
11. Légaré F, Turcotte S, Stacey D, Ratté S, Kryworuchko J, Graham I. Patients' Perceptions of Sharing in Decisions. Patient. 2012;5(1):1–19.
12. Del Moral T, Bancalari E. Evolución de la actitud frente al recién nacido prematuro. Bol Pediatr. 2010;(1)50:39–42.
13. Zafra M, V G. Historia de la Pediatría en España. Pediatría Integr. 2015;19(4):235–42.

14. Salafranca, E. Haciendo camino. Necesidades de los padres en una unidad de cuidados intensivos neonatales. Lleida; Facultad de Enfermería, Universidad de Lleida; 2012.
15. Álvarez R, Bella J, Arroyo L. Asistencia domiciliaria al prematuro. *Matronas profesión*. 2008;8(3):28–30.
16. Ministerio de Sanidad y Política Social [sede web]*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2011 [actualizado 2011; acceso 1 de noviembre de 2016]. Maternidad segura y centrada en la familia. [aproximadamente 141 pantallas]. [Internet]. Available from: https://www.unicef.org/argentina/spanish/GUIA_MSCF
17. University of Utah Health Care [sede web]*. Utah; 2014 [actualizado en junio de 2014; acceso 29 de noviembre de 2016]. Qué hacer después de un nacimiento prematuro. [aproximadamente 15 páginas]. Disponible en: <http://uhealthplan.utah.edu/pdf/espanol/spani>.
18. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [sede web]*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2011 [actualizado 2011; acceso 5 de noviembre de 2016]. Unidades de Neonatología. [aproximadamente 165 pantallas]. [Internet]. Available from: https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/NEONATOLOGIA_Accesible.pdf
19. Organización Mundial de la Salud [sede web]*. OMS; 2015 [actualizado noviembre de 2015; acceso 10 de noviembre de 2016]. Nacimientos prematuros. [aproximadamente 3 pantallas]. [Internet]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
20. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [sede web]*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Indicadores de Salud; 2014 [actualizado en 2014; acceso 12 de noviembre de 2016]. Indicadores de Salud 2013 [aproximadamente 659 p [Internet]. Available from: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Indicadores2014.pdf>
21. Asociación de padres de niños prematuros [sede web]*. Madrid: APREM; 2015 [actualizado el 25 de abril de 2015; acceso el 27 de diciembre de 2016]. Artículos y noticias; [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.apreme.org/el-75-de-los-ingres>.
22. Institut d'Estadística de Catalunya [sede web]*. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2015 [actualizado en 2015; acceso 12 de noviembre de 2016]. Parts segons la multiplicitat i la maturitat [aproximadamente 1 pantalla]. [Internet]. Available from: <http://www.idescat.cat/pub/?id=naix&n=56&t=201400>

23. Black L, Hulseley T, Lee K, Parks DC, Ebeling MD. Incremental Hospital Costs Associated With Comorbidities of Prematurity. *Manag Care*. 2015;24(12):54–60.
24. LeMone P, Burke K. *Enfermería medicoquirúrgica*. Madrid: Pearson; 2012.
25. Mir R. Impact of a Neonatal Resuscitation program over the last few years in Paraguay. *Pediatrics (Santiago)*. 2006;33(1):42–7.
26. Porta R, Capdevila E. Un nuevo enfoque en la atención al recién nacido enfermo. El rol de los padres. *CMedPsicosom*. 2014;109:53–7.
27. Hernández A. Aplicación del método canguro y sus beneficios en neonatos prematuros. Revisión sistemática de evidencias. *Monográficos Investig en salud*. 2015;22:1–31.
28. Ministerio de Sanidad y Política Social [sede web]*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 [actualizado 2010; acceso 15 de octubre de 2016]. Cuidados desde el nacimiento. [aproximadamente 10 pantallas]. [Internet]. Available from: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf>
29. Craig JW, Glick C, Phillips R, Hall SL, Smith J, Browne J. Recommendations for involving the family in developmental care of the NICU baby. *J Perinatol*. Nature Publishing Group; 2015;35(1):5–8.
30. Ministerio de Sanidad SS e igualdad [sede web]*. Madrid: Sistema Nacional de Salud; 2013 [actualizado 23 de julio de 2013; acceso 4 de octubre de 2016]. Consejo interterritorial del SNS. [aproximadamente 3 pantallas]. [Internet]. Available from: <https://www.msssi.gob.es/organizacion/consejoInterterri/home.htm>
31. Madrid: Sistema Nacional de Salud; 2013 [actualizado 23 de julio de 2013; acceso 4 de octubre de 2016]. Consejo interterritorial del SNS. [aproximadamente 3 pantallas]. [Internet]. World Health Organization; Available from: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2012/SNS012.pdf>
32. Hospital Universitario 12 de Octubre [sede web]*. Madrid: Comunidad de Madrid; 2007 [actualizado 1 de octubre de 2007; acceso 3 de octubre de 2016]. Guía de Cuidados del Recién Nacido en la Maternidad. [aproximadamente 205 pantallas] [Internet]. Available from: <http://www.aeped.es/sites/default/files/6-guiarnhu12oct.pdf>
33. Ministerio de Sanidad y Política Social [sede web]*. Córdoba: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2012 [actualizado 2012; acceso 8 de noviembre de 2016]. Guías de recién nacidos de riesgo. [aproximadamente 257 pantallas] [Internet]. Available from:

https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/NEONATOLOGIA_Accesible.pdf

34. Hospital Universitario 12 de Octubre [sede web]*. Madrid: Comunidad de Madrid; [acceso 21 de noviembre de 2016]. Neonatología: [aproximadamente 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354297645330&language=es&pagina me=Hospital>.
35. Hospital Vall d'Hebron [sede web]*. Madrid: Comunidad de Madrid; 2016 [actualizado 10 de agosto de 2016; acceso 21 de diciembre de 2016]. Projecte Germans: por qué mi hermano está ingresado en el Hospital? [aproximadamente 2 pantallas]. [Internet]. Available from: http://www.vhebron.net/es/actualidades/-/asset_publisher/gCy8/content/projecte-germans-per-que-el-meu-germa-esta-ingressat-a-l-hospital-/10165
36. Martins F, Johanson L, Leite de Souza R, Moreira M, Da Conceição E. El primer encuentro del padre con el bebé prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. *Index de Enfermería*. 2015;24(1-2):31–4.
37. Fegran L, Helseth S, Fagermoen MS. A comparison of mothers' and fathers' experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit. *J Clin Nurs*. 2008 Mar;17(6):810–6.
38. Pozo MD, Robles JG. El concepto de Necesidad Humana Básica como aproximación a la definición del cuidado. *Index de Enfermería*. 2003;43:23–7.
39. Arnau HU. Cano, S. Anàlisi de les vivències i el grau de satisfacció dels pares de nadons hospitalitzats a la UCIN de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida [tesis doctoral]. Lleida; Departamento de Pedagogia y Psicología, Universidad de Lleida; 2011.
40. Holditch D, White R, Levy J, Williams K, Ryan D, Vonderheid S. Maternal satisfaction with administering infant interventions in the NICU. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2013;42(6):641–54.
41. Rosa C, Alonso P. Cuidados centrados en el desarrollo en las unidades neonatales. *An Pediatr Contin*. 2014;12(2):62–7.
42. Welch M, Hofer M, Brunelli S, Stark R, Andrews H, Austin J, et al. Family nurture intervention (FNI): methods and treatment protocol of a randomized controlled trial in the NICU. *BMC Pediatrics*. *BMC Pediatr*. 2012;12(14):1–17.
43. Matricardi S, Agostino R, Fedeli C, Montirosso R. Mothers are not fathers: differences between parents in the reduction of stress levels after a parental intervention in a NICU. *Acta Paediatrica*. 2013;102:8–14.

44. Lee T, Wang M, Lin K, Kao C. The effectiveness of early intervention on paternal stress for fathers of premature infants admitted to a neonatal intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*. 2013;69(5):1085–95.
45. Gonya J, Nelin L. Factors associated with maternal visitation and participation in skin-to-skin care in an all referral level IIIc NICU. *Acta Paediatrica*. 2013;102(2):53–6.
46. White R, Norr K, Fabiyi C, Rankin K, Li Z, Liu L. Mother-infant interaction improves with a developmental intervention for mother-preterm infant dyads. *Infant Behav Dev*. 2014;36(4):1–25.
47. Holditch-davis D, White-traut R, Levy J, Shea M, Geraldo V, David R. Maternally administered interventions for preterm infants in the NICU : Effects on maternal psychological distress and mother - infant relationship. *Infant Behavior and Development*. 2014;37:695–710.
48. O’Brien K, Bracht M, Robson K, Ye X, Mirea L, Melinda C, et al. Evaluation of the Family Integrated Care model of neonatal intensive care : a cluster randomized controlled trial in Canada and Australia. *BMC Pediatr*. 2016;15(210):1–9.
49. Ahlqvist-Björkroth S, Boukydis Z, Margareta A, Lehtonen L. Close Collaboration with Parents intervention to improve parents’ psychological well-being and child development: Description of the intervention and study protocol. Elsevier. 2016;3(28):1–8.
50. Gurgel de Castro M, Carvalho de Moraes M, Lima U, Guinsburg R. Kangaroo-mother care method and neurobehavior of preterm infants. *Early Human Development*. 2016;95:55–9.
51. Buckley P, Andrews T. Intensive care nurses’ knowledge of critical care family needs. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2011;27(5):263–72.
52. Raffray M, Semenic S, Osorio S, Ochoa S. Barriers and facilitators to preparing families with premature infants for discharge home from the neonatal unit. Perceptions of health care providers. *Invest Educ Enferm*. 2014;32(3):379–92.
53. Holditch D, Santos H, Levy J, White-Traut R, Shea T, Geraldo V, et al. Patterns of psychological distress in mothers of preterm infants. *Infant Behav Dev*. 2015;41:154–63.
54. www.ihan.es. ¿Qué es iHan? [sede web]*. Madrid:UNICEF:2016 [actualizado el 17 de noviembre de 2016; acceso 21 de noviembre de 2016]. Disponible en: <https://www.ihan.es/>.
55. Ionio C, Colombo C, Brazzoduro V, Mascheroni E, Confalonieri E, Castoldi F, et al. Mothers and fathers in nicu: The impact of preterm birth on parental distress. *Europe’s Journal of Psychology*. PsychOpen, a publishing service by Leibniz

Institute for Psychology Information (ZPID), Trier, Germany (www.zpid.de).; 2016;12(4):604–21.

56. Flacking R, Thomson, Axelin. Pathways to emotional closeness in neonatal units - a cross-national qualitative study. *Pregnancy and Childbirth*. 2016;16(170):1–8.

ANEXO 1: EFECTOS POSITIVOS DE LA PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES EN LOS CUIDADOS DEL BEBÉ PREMATURO EN LA UCIN

Es cierto, que en los últimos años, se ha permitido más la entrada a los padres en la UCIN y su participación en los cuidados de su bebé, pero en comparación con otros países como Alemania, Suecia o Dinamarca nuestros avances resultan insuficientes (21).

La principal razón por la cual se impulsó la separación de los padres con sus bebés durante la hospitalización fue para evitar una posible infección nosocomial por contacto físico de la familia al paciente, en este caso a su hijo. Pero actualmente no se ha demostrado mediante un ensayo clínico o metanálisis ningún efecto negativo hacia el bebé por el contacto con su familia (29).

Por el contrario, se ha demostrado mediante estudios una disminución de las infecciones nosocomiales gracias al contacto físico y a la lactancia materna, así como otros beneficios que aporta esta práctica, como son la disminución del estrés por parte de los padres, la mejora del vínculo e interacción familiar, mejora de la relación con los profesionales sanitarios y el progreso en los cuidados cuando regresan al hogar mejorando el ambiente familiar (35,38).

Existen los CCD (Cuidados Centrados en el Desarrollo) y la familia que facilitan el desarrollo del niño mediante intervenciones que favorecen tanto al recién nacido como a los padres, considerados los dos como una sola unidad. En estos últimos años estos cuidados se han introducido progresivamente en nuestro país. Estos cuidados incluyen la atención de la familia y el rol de los padres impulsando su participación en la UCIN y demostrando los efectos positivos que tiene hacia el funcionamiento conductual y cerebral del bebé (26).

Los CCD se pueden clasificar en dos grupos; por un lado, se encuentran aquellos que actúan en el macroambiente como la luz y el ruido, y por otro, los que actúan sobre el microambiente, como la participación e implicación de los padres en el cuidado de sus hijos, la importancia de adoptar una correcta posición, el abordaje del dolor y la promoción y el apoyo durante la lactancia materna (19,20, 36-38).

- La luz y el sonido: el sentido de la vista es el último sentido en madurar, y es por ello, que los recién nacidos prematuros son muy sensibles a los estímulos luminosos. Las unidades neonatales deben de compatibilizar, por un lado, aquellas áreas destinadas a la preparación de medicación o a la realización de procedimientos, ya que son áreas con alta intensidad luminosa, y por otro lado, con aquellas áreas reservadas para el descanso y bienestar de los bebés. Siempre que se realiza un procedimiento a un bebé prematuro, se le protegen los ojos para que éstos no tengan que estar expuestos a la luz intensa, cuando se realiza en Método Canguro se procura que el ambiente esté en penumbra para favorecer la obertura de los ojos y de ésta forma establecer más rápidamente contacto visual con su madre o padre. La Sociedad Española de Neonatología recomienda que el nivel de ruido no supere los 40 dB y que la intensidad de la luz se encuentre entre los 10 y 600 luxes.
- La participación de los padres en los cuidados de su hijo: el MMC (Método Canguro) es otro tipo de cuidado que permite transferir de manera gradual las responsabilidades tanto del cuidado físico como emocional del bebe desde el personal sanitario hacia su familia, en particular a su madre.

Según la evidencia científica este método ejerce un control y una estabilidad metabólica y hemodinámica, mejorando la lactancia materna y su duración y favoreciendo al desarrollo psicomotor, neurosensorial, a la analgesia, a la disminución del llanto y de las infecciones nosocomiales así como a la maduración de los patrones del sueño. Si comparamos el MMC con las incubadoras, estas dificultan tanto la lactancia materna como el apego entre los padres y su hijo/s.

- La prevención del dolor: si un bebé prematuro es sometido a dolor de manera temprana y prolongada puede dar lugar a alternaciones, tanto en el desarrollo cognitivo, en el aprendizaje como en el crecimiento. Para desarrollar aquellas actividades no farmacológicas destinadas a prevenir o disminuir el dolor es necesario un ambiente silencioso y una intensidad luminosa baja. Las medidas no farmacológicas más importantes son: uso de sacarosa al 20%, la succión no nutritiva, el MMC y la contención del bebé en posición de flexión con los miembros próximos al tronco y hacia la línea media.
- La posición: Los bebés prematuros tienden a adoptar una posición de extensión, debido a que no pasan por la fase de extensión máxima que se alcanza al finalizar la gestación. Para aumentar su sensación de seguridad, se puede realizar la contención de su cuerpo, manteniendo sus extremidades flexionadas, semejando el útero materno.
- La lactancia materna: las madres con bebés prematuros ingresados en las unidades de neonatología pueden experimentar una lactancia materna dura y muy diferente a como ellas lo habían imaginado hasta entonces. La lactancia materna aporta ventajas para el bebé pretérmino, por su valor nutricional, por sus ventajas para el sistema gastrointestinal y renal, por sus factores inmunológicos y porque mejora la relación madre-hijo de forma temprana.

Existe la Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y del Niño (IHAN), una guía elaborada en el año 1993 que actualmente se encuentra adaptada para las madres de los niños prematuros, a través de la realización de estudios en los que las madres coincidían en la importancia de abordar algunos temas que hasta entonces no se habían tratado como son: respetar las decisiones individuales de las madres en relación a la lactancia materna, educar en conocimientos y habilidades al personal sanitario, informar de la importancia de la lactancia materna para el niño prematuro, facilitar la presencia de las madres en el hospital las 24 horas del día, apoyar la presencia tanto de los padres como de las madres y favorecer la transferencia temprana del bebé a los padres.

La Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN), creada por la OMS y UNICEF para que los hospitales, servicios de salud y principalmente las salas de maternidad adopten unas prácticas para promover y apoyar la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento. Actualmente en España existen 92 hospitales y 104 centros de salud que se encuentran acreditados o en proceso de acreditación de esta iniciativa (54).

Existe el modelo de Maternidades Centradas en la Familia (MCF), desarrollado durante los últimos 35 años por el equipo de salud del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá (HMIRS) de Buenos Aires. En este modelo se reconoce a los padres junto al equipo sanitario como los protagonistas y encargados de prestar atención tanto a la mujer embarazada, a la madre y al recién nacido. Estimula la participación y la colaboración de los padres implementando prácticas seguras y efectivas para el cuidado del recién nacido y se ha demostrado mediante evidencia científica los beneficios de la práctica de este modelo, como son la disminución de las infecciones nosocomiales, un incremento en la alimentación materna, entre otros beneficios citados anteriormente (5,4).

Por último, cabe destacar, que según la Carta Europea hacia los niños hospitalizados se establece que «cualquier niño o niña que esté ingresado en el hospital tiene derecho a estar acompañado/a de su padre, madre o de las personas cuidadoras» (5,4).

ANEXO 2: ARTÍCULOS DESCRIPTIVOS

Autor/Año de publicación	Buckley y col. 2011 (51)
Título	Intensive care nurses' knowledge of critical care family needs.
Tipo de estudio	Descriptivo cuantitativo.
Objetivo	Conocer cuál es la preparación teórica de las enfermeras de la UCIN en relación a las necesidades de la familia en los cuidados críticos.
Participantes	Un grupo de enfermeras de la UCIN del Hospital Universitario de Irlanda.
Criterios de inclusión y exclusión	<u>Criterios de inclusión:</u> haber trabajado más de tres meses en la UCIN. <u>Criterios de exclusión:</u> haber trabajado menos de tres meses en la UCIN.
Intervención	Responder a las preguntas de tres cuestionarios: 1. Conocimientos actuales de las enfermeras de la UCIN acerca de las necesidades de los cuidados críticos. Estas necesidades se dividieron en cinco grupos (información, seguridad, proximidad, apoyo y comodidad). 2. Prácticas de trabajo actuales de las enfermeras en la UCIN y capacidad de percepción para identificar y satisfacer las necesidades de la familia.
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> - Más del 70% de los participantes demostraron tener un excelente conocimiento acerca de las necesidades de la familia. - El 85% de los participantes facilitaban un tiempo de visitas flexibles para las familias y el 75% explicaba a los padres las características de la UCIN y el porqué de los cuidados y algunos procedimientos. Solo un 6,3% proporcionaba un folleto informativo a los padres acerca de los cuidados de los recién nacidos prematuros y preguntaba a los padres si deseaban participar en los cuidados de su hijo en la UCIN.
Limitaciones	Los autores refieren la posibilidad de que los participantes se hayan apropiado de las respuestas unos de otros.

Autor/Año de publicación	Raffray y col. 2014 (52)
Título	Barriers and facilitators to preparing families with premature infants for discharge home from the neonatal unit. Perceptions of health care providers.
Tipo de estudio	Cualitativo descriptivo.
Objetivo	Explorar las percepciones del personal de salud neonatal sobre las barreras y los facilitadores para las familias con bebés prematuros que se preparan para el alta de la UCIN.
Participantes	Personal médico, de enfermería, auxiliares de enfermería y logopedas de la UCIN de un hospital de Colombia.
Criterios de inclusión y exclusión	<u>Criterios de inclusión:</u> personal con al menos un año de experiencia en la UCIN y estar dispuesto a ser grabado. <u>Criterios de exclusión:</u> personal con una experiencia en la UCIN inferior a un año o no dispuesto a ser grabado.
Intervención	Entrevistas semi-estructuradas a profesionales de la salud neonatal a cerca del vínculo entre los padres y el recién nacido, de la adquisición de habilidades parentales y de la preparación para la transición del hospital al hogar.
Resultados	<u>Barreras:</u> costes de transporte, otras responsabilidades, horarios no flexibles, idioma, dificultades para establecer lactancia materna, pocos recursos humanos, falta de acceso a servicios y no existencia de un sistema de seguimiento de las familias. <u>Facilitadores:</u> ayudas sociales, acceso telefónico 24 h al día a la UCIN, grupos educativos, información ofrecida a los padres por parte del equipo sanitario, Método Canguro y ayuda en el hospital para procedimientos administrativos.
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Los resultados son pertenecientes a Colombia y no pueden ser generalizados a otras unidades. - No se ha entrevistado a la nutricionista ni a la trabajadora social.

Autor/Año de publicación	Holditch y col. 2015 (53)
Título	Patterns of psychological distress in mothers of preterm infants.
Tipo de estudio	Estudio descriptivo
Objetivo	Identificar los diferentes subgrupos de angustia psicológica materna.
Participantes	232 madres y sus recién nacidos prematuros con un peso < a 1750 g, ingresados en la UCIN de cuatro hospitales de los Estados Unidos.
Criterios de inclusión y exclusión	<u>Criterios de inclusión:</u> recién nacidos clínicamente estables. <u>Criterios de exclusión:</u> recién nacido clínicamente no estables. Madres sin la custodia o con dificultades para seguir con el estudio (menores de 15 años, portadoras de VIH (virus de inmunodeficiencia humana), enfermedad mental o crónica, no habla inglesa).
Intervención	Las madres completaron un cuestionario que evaluaba los síntomas depresivos, la ansiedad, el estrés postraumático, el estrés producido por la apariencia física del bebé y el estrés producido por la alteración del rol de madre durante la hospitalización en la UCIN a los 2, 6 y 12 meses de edad del recién nacido.
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> - Se identificaron cinco subgrupos de angustia psicológica: baja angustia, dificultad moderada, alta angustia, síntomas depresivos y de ansiedad extremos y angustia extrema. - Las madres con síntomas depresivos y de ansiedad extremos y con angustia extrema continuaban en riesgo de padecer sufrimiento psicológico años después del alta así como mayor preocupación y percepción de vulnerabilidad por su hijo.
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> - No se conoce si los síntomas psicológicos estaban presentes antes de la intervención. - El estudio solo se realizó durante un año.

Autor/Año de publicación	Ionio y col. 2016 (55)
Título	Mothers and fathers in NICU: The impact of preterm birth on parental distress.
Tipo de estudio	Longitudinal
Objetivo	Determinar la relación entre el parto prematuro, el estrés y los sentimientos negativos paternales.
Participantes	40 padres y sus recién nacidos prematuros de ≤ 37 SG ingresados en una UCIN de Estados Unidos y 40 padres y sus recién nacidos a término.
Criterios de inclusión y exclusión	<u>Criterios de inclusión:</u> recién nacidos de ≤ 37 SG y clínicamente estables. <u>Criterios de exclusión:</u> recién nacidos de > 37 SG o clínicamente no estables.
Intervención	A partir de los 7-14 después del nacimiento los padres completaron unos cuestionarios acerca de cómo se sentían después del nacimiento de su hijo.
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> - Las madres de bebés prematuros mostraron puntuaciones más altas en niveles de tensión, depresión, miedo y fatiga que las madres de bebés a término. - Las madres de bebés prematuros tienen unos niveles más altos de estrés que los padres. - Cuanto mayor es el peso en el recién nacido prematuro menor es el estrés y la ira de los padres. - Cuando el bebé se encuentra ingresado más días en la UCIN mayores son los niveles de estrés de los padres.
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> - No se puede asegurar que estas diferencias continúen así con el paso del tiempo. - Tamaño limitado de la muestra

Autor/Año de publicación	Flacking y col. 2016 (56)
Título	Pathways to emotional closeness in neonatal units - a cross national qualitative study.
Tipo de estudio	Cualitativo
Objetivo	Conocer que sentimientos tienen los padres durante la hospitalización de su recién nacido en la UCIN.
Participantes	23 padres y sus recién nacidos prematuros hospitalizados en la UCIN de diversos países (Suecia, Inglaterra y Finlandia).
Criterios de inclusión y exclusión	<u>Criterios de inclusión:</u> sin criterios de inclusión. <u>Criterios de exclusión:</u> Recién nacidos clínicamente no estables. Padres que no hablasen sueco, inglés o finlandés.
Intervención	Los padres describieron situaciones en las que se sintieron emocionados cerca de su bebé y narraron el por qué se sintieron así.
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> - La mayor parte de los padres tuvieron angustia en algún momento por no poder tocar y estar con su bebé durante las primeras horas postnatales. - El tacto, el olfato, la lactancia materna, el cambio de pañales y de ropa y la participación en el baño permitió a los padres sentirse más cerca de su recién nacido. - El Método Canguro proporcionó comodidad y seguridad a los padres, así como sentimientos de amor y apego hacia su bebé. - La información proporcionada a los padres (procedimientos, dispositivos técnicos, estado médico del bebé) les hizo sentir más seguros en su rol de padres.
Limitaciones	Solo participaron aquellos padres que se sintieron cómodos manifestando sus emociones por escrito.