



**Universitat de Lleida**

**Traslado del Recién Nacido de cuidados intensivos  
a cuidados intermedios: Gestión emocional y  
organizativa.**

**Autora:** María Rosales Elejabeitia

**Tutorizado por:** Ana Lavedán Santamaria

**Facultad de Enfermería y Fisioterapia**

Grado en Enfermería

Trabajo Final de Grado

Curso académico: 2017-2018

**Lleida, 14 de mayo de 2018**

## **Resumen y palabras clave**

En la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, la principal causa de ingreso es la prematuridad. El impacto de esta circunstancia y de otras patologías que requieren un cuidado especializado, no solo pueden repercutir en el recién nacido sino también en los padres que experimentan emociones como estrés y ansiedad durante todo el proceso de hospitalización.

Previamente al alta, el equipo médico habitúa a trasladar al recién nacido a la Unidad de Cuidados Intermedios, dada la estabilidad clínica del bebé. Este proceso, en lugar de ser un motivo de alegría, provoca un alto grado de preocupación y angustia en los padres. Por este motivo, el personal sanitario debería llevar a cabo una intervención específica para promover la aceptación a la nueva situación, reduciendo el estrés y fomentando el vínculo afectivo entre padres e hijos.

Por todo ello, se ha elaborado un protocolo con el objetivo de disminuir el impacto que pueda provocar en los padres el traslado del recién nacido de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales a la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Universitario Arnau de Vilanova.

**Palabras claves:** recién nacido, UCIN, padres, estrés, enfermería.

## **Resum i paraules clau**

En la Unitat de Cures Intensives Neonatals, la principal causa d'ingrés és la prematuritat. L'impacte d'aquesta circumstància i d'altres malalties que requereixen una cura especialitzada, no només poden tenir repercussió en el recent nascut sinó també en els pares que experimenten emocions com estrès i ansietat durant tot el procés d'hospitalització.

Abans de donar l'alta, l'equip de metges acostuma a traslladar als recent nascuts a la Unitat de Cures Intermitges, donada l'estabilitat clínica del bebè. Aquest procés, enlloc de ser un motiu d'alegria, provoca un alt grau de preocupació i angustia als pares. Per aquest motiu, el personal sanitari hauria de realitzar una intervenció específica per promoure l'acceptació a la nova situació, reduint l'estrès i fomentant el vincle afectiu entre pares i fills.

És per tot això que s'ha elaborat un protocol amb l'objectiu de disminuir l'impacte que pot provocar en els pares el trasllat del recent nascut de la Unitat de Cures Intensives Neonatals a la Unitat de Cures Intermitges de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova.

**Paraules clau:** recent nascut, UCIN, pares, estrès, infermeria.

## **Abstract and keywords**

In the Neonatal Intensive Care Unit, the main cause of admission is prematurity. The impact of this circumstance and other pathologies requires specialized care not only to the newborn, but also parents who experience emotions such as stress and anxiety during the entire hospitalization process.

Prior to discharge, the medical team transfers the newborn to the Intermediate Care Unit, depending on the baby's clinical stability. This process, instead of being a source of joy, causes a high degree of concern and anguish on the parents. For this reason, health personnel should carry out a specialized intervention to promote acceptance of the new situation, reducing stress and promoting the parent-child bond.

For all these reasons, a protocol has been drawn up with the objective of reducing the impact that the transfer of a newborn from the Neonatal Intensive Care Unit to the Intermediate Care Unit of the Arnau de Vilanova University Hospital may have on the parents.

**Keywords:** newborn, NICU, parents, stress, nursing.

## **Listado de siglas y abreviaturas**

CEIC: Comité Ético de Investigación Clínica

CI: Consentimiento Informado

CPAP: Presión Positiva Continua en la vía Respiratoria

FiO<sub>2</sub>: Fracción inspiratoria de Oxígeno en el aire inspirado

HUAV: Hospital Universitario Arnau de Vilanova

LM: Lactancia Materna

RN: Recién Nacido

SDR: Síndrome de Distrés Respiratorio

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal

OMS: Organización Mundial de la Salud

# Índice

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. Introducción .....</b>   | <b>9</b>  |
| <b>2. Marco teórico .....</b>  | <b>11</b> |
| 2.1. El periodo neonatal.....  | 11        |
| 2.2. Características de los Servicios de Neonatología .....  | 14        |
| 2.2.1 Unidad de Cuidados Intensivos.....   | 14        |
| 2.2.2 Unidad de Cuidados Intermedios.....  | 15        |
| 2.2.3 Unidad de Cuidados Básicos .....   | 16        |
| 2.2.4. Traslado entre unidades de hospitalización .....  | 16        |
| 2.3. Repercusiones en los padres .....   | 19        |
| 2.4. Intervenciones de enfermería dirigidas a dar soporte a las necesidades que<br>presentan los padres durante el proceso de hospitalización..... | 20        |
| <b>3. Justificación .....</b>  | <b>23</b> |
| <b>4. Objetivos.....</b>   | <b>25</b> |
| 4.3. Objetivo general .....  | 25        |
| 4.4. Objetivos específicos.....  | 25        |
| <b>5. Metodología.....</b>   | <b>26</b> |
| 5.1. Población.....  | 26        |
| 5.1. Profesionales a los que va dirigido .....   | 26        |
| 5.2. Preguntas .....   | 26        |
| 5.3. Metodología de búsqueda bibliográfica.....  | 27        |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>6. Intervención.....</b>  | <b>29</b> |
| <b>7. Consideraciones éticas .....</b>   | <b>41</b> |
| <b>8. Discusión.....</b>   | <b>43</b> |
| <b>9. Conclusiones .....</b>   | <b>45</b> |
| <b>10. Bibliografía .....</b>  | <b>46</b> |
| <b>11. Anexos .....</b>  | <b>51</b> |
| Anexo 1. Hoja informativa y consentimiento informado para padres.....            | 51        |
| Anexo 2. Hoja informativa y consentimiento informado para los profesionales..... | 52        |
| Anexo 3. Escala de Estrés Parental y datos socio-demográficos .....              | 53        |

## **Índice de tablas**

|  |    |
|--|----|
| Tabla 1. Complicaciones neonatales .....     | 13 |
| Tabla 2. Búsqueda bibliográfica .....        | 27 |
| Tabla 3. Planificación de las sesiones ..... | 37 |
| Tabla 4. Cronograma de la intervención.....  | 40 |



## 1. Introducción

En la actualidad, es sabido que existe un gran porcentaje de Recién Nacidos (RN) que no requieren prácticamente ninguna intervención para adaptarse a la vida extrauterina. Si bien, sus primeras 4-6 horas de vida son críticas debido a la exposición de modificaciones fisiológicas para adaptarse al nuevo medio (1).

Por otro lado, hay otro porcentaje de recién nacidos que no superan este proceso vital correctamente por lo que necesitan un cuidado especializado debido a la prematuridad, pérdida del bienestar fetal, cardiopatías u otras patologías congénitas (1).

En las Unidades Neonatales de Cataluña, la causa principal de ingreso es la prematuridad (nacimiento < a 37 semanas de gestación). El nacimiento, se produce en un momento en el que el cerebro se encuentra en proceso de desarrollo por lo que la adaptación a la vida extrauterina puede colocar el crecimiento cerebral y maduración del recién nacido en una situación vulnerable (2). Aunque no presenten patologías, estos requieren una serie de cuidados y procedimientos básicos y/o avanzados, así como una valoración cuidadosa de su estado general que garanticen la correcta transición a la vida extrauterina (3).

El impacto de la prematuridad y de otras patologías que requieren atención intensiva no solo repercute en el niño sino también sobre la familia que experimenta múltiples emociones como la incapacidad para proteger al niño, estrés, ansiedad, depresión, impotencia, pérdida del control, miedo, incertidumbre y preocupación (2,4). En la actualidad, se ha puesto de manifiesto la necesidad de atender las necesidades psicosociales de los padres para disminuir el estrés provocado por la hospitalización del bebé. Los profesionales de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) contribuyen a su disminución permitiendo a la familia participar de forma activa en los cuidados de los recién nacidos hasta que son dados de alta y en otros casos a afrontar las secuelas de la enfermedad o la pérdida de sus hijos (5).

Son muchos los factores que pueden provocar sentimientos de angustia, miedo y estrés parental derivados del ingreso en UCIN, y no todos pueden ser detectados por parte del equipo neonatal.

El paso de la UCIN a la Unidad de Cuidados Intermedios, es considerado por parte del profesional sanitario como un indicador de buena evolución clínica del bebé. Sin embargo, este acontecimiento supone un factor de estrés parental, a pesar del vacío de conocimiento que arroja la evidencia más actualizada en todo a este aspecto.

Por ello, la finalidad de este trabajo consiste en explorar si dicho proceso provoca un estado de ansiedad y estrés en los progenitores, a partir del cual pueda diseñarse un protocolo que permita la gestión de este traslado interunidades y que consiga disminuir el estrés y ansiedad, fomentando también la participación de los padres en los cuidados básicos del RN y mejorando el vínculo paterno-filial.

## 2. Marco teórico

### 2.1. El periodo neonatal

El periodo neonatal comienza en el nacimiento y termina a los 28 días, abarcando las cuatro primeras semanas de vida tras el nacimiento (6).

El proceso que sucede entre el nacimiento del RN y las primeras horas de vida se define como periodo de transición. Este periodo representa uno de los momentos más complicados e inestables en el ciclo de la vida humana ya que se caracteriza por cambios muy importantes que surgen debido al paso de la dependencia materna del feto a la independencia en la vida neonatal, requiriendo una adaptación cardiovascular, respiratoria, nutricional y metabólica, térmica, renal y neurológica. La gran mayoría de neonatos no presentan dificultades, pero los cuidados iniciales y el ambiente adverso en la recepción pueden comprometer la estabilidad en este proceso. Durante este periodo cualquier alteración ya sean manifestaciones clínicas pasajeras, de mala adaptación o signos de alguna enfermedad de mayor complejidad, deben ser reconocidos rápidamente para minimizar la morbilidad y facilitar el tratamiento precoz en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (7).

#### 2.1.1. Clasificación del Recién Nacido

El RN puede clasificarse según su edad gestacional, su peso o según la relación del peso y la edad gestacional (percentil) (8).

a) Según su edad gestacional (8), encontramos:

- Recién nacido a término: de 37 a 41 semanas de gestación.
- Recién nacido postérmino: de 42 o más semanas de gestación.
- Recién nacido pretérmino: menos de 37 semanas de gestación.

Dentro del grupo de bebés prematuros existen subcategorías en función de la edad gestacional (9,10):

- Prematuros muy extremos: menos de 28 semanas de gestación .Estos recién nacidos requieren la atención más intensiva y costosa para sobrevivir. En países desarrollados, tienen un 90% de posibilidades de supervivencia, aunque pueden sufrir discapacidades física, neurológicas y de aprendizaje. En países de bajos ingresos, solo el 10% sobrevive.
- Muy prematuros: de 28 a 32 semanas de gestación. La mayoría de estos bebés sobreviven y requieren atención de apoyo adicional
- Prematuros moderados a tardíos: de 32 a 37 semanas de gestación. La mayoría sobrevive con atención de apoyo.

Los partos prematuros pueden ser causados de manera espontánea o iatrogénica. Los nacimientos prematuros espontáneos se asocian a un parto pretérmino o a la rotura prematura de las membranas fetales. En cambio, los yatrogénicos son aquellos en los que el facultativo decide que el bebé debe nacer pretérmino debido a complicaciones maternas o fetales graves, por lo que el parto se induce medicamente o se lleva a cabo una cesárea (11).

Dentro de los factores de riesgo asociados al parto prematuro se encuentran (11,12):

- Maternos: infección bacteriana ascendente, hipertensión arterial, diabetes mellitus o gestacional, trombofilia, coletasis intrahepática del embarazo, consumo de drogas o infecciones transplacentarias.
- Fetales (anomalías congénitas): cromosómicas que provocan malformaciones múltiples o no cromosómicas de causa multifactorial.
- Ovulares; desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta idiopático, patologías vasculares placentarias o patologías del cordón umbilical y membranas ovulares.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros y esta cifra está aumentando. Muchos de los bebés que sobreviven tienen mayor riesgo de sufrir complicaciones neonatales y discapacidades permanentes como se muestra en la siguiente tabla (7,11,12):

| Tabla 1. Complicaciones neonatales |   |  |
|------------------------------------|---|--|
| Neonatal                           | A corto plazo                               | A largo plazo                              |
| Síndrome de distrés respiratorio   | Dificultades alimentarias y del crecimiento | Parálisis cerebral                         |
| Hemorragia intraventricular        | Infección                                   | Déficit sensorial                          |
| Leucomalacia periventricular       | Apnea                                       | Necesidades de cuidados médicos especiales |
| Enterocolitis necrosante           | Trastornos del desarrollo                   | Crecimiento incompleto                     |
| Conducto arterioso persistente     | Retinopatía                                 | Dificultades de aprendizaje                |
| Infección                          | Distonía transitoria                        | Problemas de conducta                      |
| Anomalías metabólicas              |   | Enfermedad pulmonar crónica                |

b) Según el peso (8):

- Extremo bajo peso: cuando el peso al nacer es inferior a 1000gr.
- Muy bajo peso: cuando el peso es inferior a 1500gr.
- Bajo peso: cuando el peso es inferior a 2500gr pero mayor de 1500gr.
- Normopeso: cuando el peso al nacer es entre 2500 y 4000gr.
- Macrosómico: cuando el peso es superior a 4000gr.

c) Según la relación del peso y la edad gestacional (8):

- Bajo peso para su edad gestacional (hipotrófico): el peso resulta inferior al percentil 10.
- Peso adecuado para su edad gestacional (eutrófico): el peso se sitúa entre el percentil 10 y 90.

- Peso alto para su edad gestacional (hipertrófico): el peso es mayor que el percentil 90.

## **2.2. Características de los Servicios de Neonatología**

La Unidad de Neonatología es la unidad clínica pediátrica que garantiza la cobertura asistencial de los neonatos, así como la asistencia al nacimiento y reanimación en la sala de partos y quirófano (13-15).

Este servicio se divide en tres unidades: Cuidados Intensivos, Cuidados Intermedios y Cuidados Básicos (también llamado Unidad de hospitalización) (16).

### **2.2.1 Unidad de Cuidados Intensivos**

La Unidad de Cuidados Intensivos es una unidad destinada a la atención de los neonatos nacidos de forma prematura, y/o con patología médica y/o quirúrgica, y con compromiso vital, que necesita técnicas y cuidados especiales de forma continuada (2,17).

Los criterios de ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos son (13,18):

- RN con Síndrome de Distrés Respiratorio (SDR) agudo que requiere oxigenoterapia con FiO<sub>2</sub> mayor o igual a 0,40 litros por minuto.
- RN que requiere apoyo ventilatorio (CPAP o Ventilación Mecánica).
- RN con inestabilidad cardio-circulatoria (vasoactivos).
- RN con síndrome convulsivo en etapa aguda.
- RN con clínica de sepsis y/o meningitis bacteriana.
- RN en su post-operatorio inmediato.
- RN con apneas severas y repetidas de cualquier origen.
- RN con riesgo vital de cualquier otra etiología.
- RN con monitorización invasiva.

- RN prematuro menor de 1,200g hasta estabilización, definido como más de 5 días sin eventos de desestabilización.
- Peritoneodiálisis aguda.
- RN que requiere procedimiento invasivo.

Los criterios de exclusión en una Unidad de Cuidados Intensivos son (12):

- RN con dificultad respiratoria en regresión, FiO<sub>2</sub> menor de 0,40 litros por minuto.
- RN con infección controlada, hemodinámicamente estable, sin drogas vasoactivas.
- RN con encefalopatía hipóxico-isquémica superada, sin convulsiones.
- RN sin apneas de más de 48 horas.
- RN sin riesgo vital.

### **2.2.2 Unidad de Cuidados Intermedios**

La Unidad de Cuidados Intermedios es una unidad asistencial que se encarga de la atención al recién nacido de edad gestacional superior a 32 semanas o peso superior a 1.500 gramos que no necesita cuidados intensivos pero tiene cierto grado de dependencia y necesita unos cuidados específicos (2,17). Estos niños requieren una monitorización continua completa pero se encuentran en un estado hemodinámico más estable (16).

Los criterios de ingreso en una Unidad de Cuidados Intermedios son (13,18):

- Oxigenoterapia con FiO<sub>2</sub> menor de 0,40 litros por minuto.
- Monitorización cardíaca y/o respiratoria y/o saturación.
- RN con problema social o materno.
- Alimentación por bomba a través de sonda enteral o gástrica
- RN con alimentación parenteral.
- Cualquier tipo de catéter (fleboclisis).
- RN prematuro en crecimiento en incubadora o cuna calefaccionada.
- RN inestable no crítico.
- RN en fototerapia.

### **2.2.3 Unidad de Cuidados Básicos**

En la Unidad de Cuidados Básicos los RN no requieren una monitorización continua completa. Los padres deben hacerse cargo de los cuidados de su hijo/a y se reserva para cuando se considere necesario como paso previo al alta del neonato.

Los criterios de ingreso en una Unidad de Cuidados Básicos son (18):

- RN que no cumpla ninguno de los requerimientos anteriores.
- RN prematuro en crecimiento, estabilizado, con alimentación enteral completa.
- RN a término en buenas condiciones generales; que no requiera monitorización cardiorrespiratoria ni saturación permanente.

### **2.2.4. Traslado entre unidades de hospitalización**

Habitualmente, el traspaso de la UCIN a la unidad de intermedios se debe a la mejoría clínica del niño, que seguirá precisando de cuidados sanitarios pero no de manera intensiva.

Antes de llevar a cabo el cambio de unidad, el neonatólogo es el encargado de dar la noticia a los progenitores, explicando la situación actual en la que se encuentra el bebé y la razón por la que se decide el cambio de unidad.

Una vez dada la noticia, es la enfermera quien se ocupa de realizar diferentes actividades para fomentar una adaptación correcta a la nueva unidad e intentar disminuir el estrés parental que puede suponer, ya que se considera necesario que las familias reciban un asesoramiento anticipatorio para prepararlos para dicho cambio (19):

- Enseñar la unidad y el box donde se instalará a su bebé, así como explicar el horario de visita, puede favorecer una aclimatación más rápida y reducir el miedo a encontrarse en un espacio nuevo. Las madres pueden entrar en la unidad para alimentar a sus hijos a cualquier hora y los padres tienen la



entrada más restringida en función de que haya madres dando el pecho a sus hijos.

- A pesar de que la restricción de entradas sea más estricta en la UCIN, los familiares y amigos seguirán viendo a los niños por la cristalera.
- La presentación de los profesionales de enfermería y técnicos auxiliares del nuevo área también pueden ayudar a que haya un mayor clima de confianza.
- Mostrar procedimientos diferentes a la UCIN como la no monitorización del niño a través de electrodo, sino que solo llevará un pulsioxímetro (siempre y cuando esté pautado por el médico) para llevar un control de su saturación y de las respiraciones por minuto.
- Explicar que el traspaso de una unidad a otra se produce porque hay una mejoría del bebé y que si el RN sigue mejorando finalmente se irá de alta al domicilio con ayuda del Servicio de Hospitalización a Domicilio (HODO), para mantener un control del RN los días posteriores al traslado a casa.
- Existe una habitación que ha sido reconvertida en una sala de espera de padres donde hay la posibilidad para alguna madre/padre de permanecer las 24 horas del día. Esta sala dispone de baño, televisión, armario y butacas reclinables. Se utiliza sobre todo en caso de que los padres sean de una población lejana para que uno de los dos pueda dormir hasta el alta, para estar más cerca del niño.

Los sanitarios que trabajan en esta unidad y deciden el cambio de área, comprenden que se debe a que el niño evoluciona de forma favorable y que ya no necesita cuidados intensivos. Sin embargo, lo que muchas veces no son capaces de detectar, es la angustia y estrés que este cambio puede producir en los padres, ya que ellos no lo consideran algo positivo sino que les genera ansiedad, dada la desubicación y la falta de información ante la nueva unidad.

### **2.3. Emociones y necesidades de los padres a lo largo del proceso de hospitalización**

El nacimiento de un niño, generalmente es considerado un evento positivo. Sin embargo, cuando un bebé nace antes de tiempo o requiere un ingreso y cuidados especiales, este se convierte en traumático (20). Tener un hijo prematuro hospitalizado en la UCIN trae muchas repercusiones para los padres ya que esta situación genera sentimientos de preocupación, inseguridad, tristeza y dolor, entre otros (4). Es muy importante, tanto para los padres como para el equipo sanitario, conocer cuáles son las emociones y los recursos existentes para encontrar la manera de sobrellevarlas y comprender sus vivencias dentro de la unidad (21).

Cuando se ingresa al bebé en la UCIN aparece la incredulidad, el estupor, la negación y la incapacidad para reaccionar ante dicha situación. En este caso, ver la incubadora con el nombre del bebé, conocer los dispositivos a los que está conectado o hablar de ello con la persona en la que más confía le puede servir de ayuda (21).

La culpabilidad es otro de los sentimientos más frecuentes. Los padres, y sobre todo las madres, se culpan a sí mismos por el estado en el que el RN se encuentra. También, como reacción común frente al ingreso del prematuro en la UCIN, la ira, el temor y la ansiedad aparecen debido al dolor y la frustración por el comienzo traumático de la vida de su hijo. Hacer preguntas para comprender la situación actual del niño, asistir a reuniones de grupos de apoyo o encontrarse con otros padres que han vivido la misma situación, ayudarán a superar estos sentimientos. Además, es muy importante afrontar el miedo y la angustia de forma constructiva mediante el desahogo hablando con otra persona o incluso escribiendo una carta para aliviar el dolor. El no enfrentarse a sus sentimientos puede llevar a conductas autodestructivas y depresión (21).

Debido a las características de la unidad, esta es considerada como un entorno frío, inhóspito y lleno de equipos. El ambiente físico es una fuente importante de estrés ya que ver a su hijo sometido a diferentes procedimientos dolorosos e invasivos crea una sensación de inquietud constante. La familia se

impresiona al ver al recién nacido enfermo, rodeado de cuidados y equipos, influyendo la relación del contacto inicial. La separación del bebé y la alteración de sus funciones parentales son los sucesos más estresantes para ellos por el temor a la pérdida inminente y a lo desconocido (4,22). De acuerdo a la evidencia basada en la investigación, la Asociación Americana de Pediatría recomienda la participación desde el primer momento en los cuidados básicos del bebé puesto que fomenta el vínculo materno y paterno-filial y disminuye el miedo y ansiedad durante el proceso de hospitalización del neonato (23,24).

### **2.3. Repercusiones en los padres**

Los padres son el ambiente más crucial e inmediato en el que el bebé se desenvuelve y sobrevive. Durante el embarazo, los progenitores tienden a desarrollar una imagen del niño relacionada con el sexo, el tamaño, la figura, el estado de salud, la apariencia y el comportamiento. En caso de que hubiera discrepancias entre la apariencia y el comportamiento que imaginan y el que ocurre de verdad, podría afectarles de forma negativa (25). Padres de bebés prematuros experimentan múltiples factores estresantes relacionados con el nacimiento, las condiciones médicas tras el parto de la madre y/o del niño, el ingreso del neonato en la Unidad de Cuidados Intensivos y la percepción de vulnerabilidad del bebé, además de factores de estrés asociados al proceso de transición normal de paternidad (25).

En comparación con padres de neonatos sanos, a término y con peso adecuado para la edad gestacional, los síntomas principales que suelen desarrollar son estrés, ansiedad, depresión y traumas como el estrés agudo o postraumático (26,27). Asimismo, el estrés parental se ve empeorado por múltiples factores como las características personales de los padres, factores situacionales, recursos personales y el apoyo que reciben en la UCI neonatal. Dentro de las características personales, las experiencias pasadas contribuyen a un aumento del estrés. En relación con los factores situacionales, el hecho de que un bebé ingrese en la UCI neonatal, así como el tratamiento médico/quirúrgico requerido, provocan que los padres teman por la

supervivencia de su hijo, y comiencen a experimentar sentimientos de preocupación, depresión y ansiedad. Esto se debe a que los neonatos ingresados en dicha unidad se encuentran a menudo en estado crítico, por lo que los padres suelen ser conscientes del peligro y riesgo de muerte o complicaciones crónicas que corren sus hijos (28,29). La bibliografía indica que también existe relación entre el nivel de estrés y el nivel socioeconómico, las fuentes de apoyo disponibles y la relación familiar (28).

Los prematuros interactúan con sus padres de forma insuficiente por lo que el vínculo padres e hijo se interrumpe. Igualmente, bebés prematuros cuyos padres se encuentran en un estado de depresión tienen un peor desarrollo cognitivo y emocional en comparación con otros neonatos. Por tanto, el objetivo de los profesionales sanitarios de la UCI neonatal es no solo proporcionar atención médica al neonato sino también facilitar a la familia la relación con el niño de por vida mediante programas establecidos en la unidad. Según Hall S. et al (29), dichos programas, podrán permitir a los padres un aumento de las interacciones con sus bebés disminuyendo la depresión y ansiedad parental, además de la estancia del prematuro en el servicio.

#### **2.4. Intervenciones de enfermería dirigidas a dar soporte a las necesidades que presentan los padres durante el proceso de hospitalización.**

Para afrontar las situaciones que puedan surgir, los padres requieren de apoyo psicosocial por parte del equipo sanitario encargado del cuidado del RN. La relación que se establece entre los padres y los profesionales sanitarios influirá en su estado emocional, en la capacidad para obtener información y en recursos y cuidados del neonato (24).

Los profesionales de enfermería son una de las principales fuentes de apoyo para los padres a fin de establecer una relación más cercana con los mismos, facilitando la reducción del estrés, el afrontamiento ante la enfermedad y por tanto, ayudando a entender y empoderando ante el cuidado del bebé (24).

Según la evidencia consultada, las actuaciones de enfermería que se deben llevar a cabo son las siguientes (20,24,30):

- **Acoger a los padres en el momento de ingreso o cambio de unidad:** cuando los padres pueden ver al niño afloran sentimientos de culpa, ansiedad y angustia, por lo que es muy importante ayudar a los padres a superar esta etapa mediante el trabajo multidisciplinar. Entre las tareas principales se encuentran mostrar a los padres el RN lo antes posible para promover el afecto inicial, favorecer la expresión de sentimientos y emociones y presentar al equipo sanitario y explicar la dinámica de la unidad, además de enseñar la ubicación que tendrá la cuna o incubadora.
- **Promover y mantener el sentimiento de acogida en los padres durante su estancia en la unidad.**
- **Conversar con los padres y asegurarles que todo el equipo de la UCIN, tanto técnico como especializado será utilizado en el cuidado de su hijo:** esta comunicación ayuda a desarrollar confianza y esperanza, contribuyendo a reducir la ansiedad.
- **Estar disponibles para responder a las preguntas de los padres y mostrarse amables y empáticos en todo momento:** es importante recordar que el estrés disminuye la capacidad de aprendizaje por lo que les resulta difícil recordar y asimilar toda la información recibida.
- **Animar a los padres para que toquen al RN, mostrándoles la forma correcta de hacerlo sin alterar la estabilidad del neonato.**
- **Involucrar a los padres desde el primer momento en los cuidados básicos:** cambiar pañales, higiene corporal, alimentación, etc.
- **Animar y enseñar a los padres los cuidados más complejos que requieran algún entrenamiento antes del alta hospitalaria** (colostomías, gastrostomías): estos conocimientos les ayudan a sentirse capaces de proporcionar atención segura cuando los cuidados se lleven a cabo en el domicilio.
- **Enseñar a los padres a reconocer las distintas formas en las que se expresa el bebé:** como calmarlo cuando está irritable, posiciones más cómodas, cómo suele dormir, etc.

- **Facilitar las visitas de los padres con horarios flexibles y permitir la visita de los abuelos y hermanos del RN, de acuerdo con las normas de la UCIN.**
- **Dejar que los padres puedan traer algún objeto familiar para colocarlo cerca del neonato y permitir hacer fotografías:** esto refuerza la sensación de que el bebé no está solo y se contribuye a promover el afecto incluso cuando el bebé está lejos.
- **Promocionar el amamantamiento y/o la extracción artificial de leche:** las madres que deciden dar lactancia materna (LM) sienten que están participando de forma activa en la recuperación de su hijo. En estos casos, el equipo de enfermería es el encargado de la educación sanitaria y el apoyo que requiere.
- **Incentivar y promover el contacto “piel con piel” (método madre canguro) temprano:** cuando el neonato puede salir de la incubadora y puede ser cogido en brazos, la mayoría de padres se sorprende. Esto deriva en una mayor motivación e implicación en los cuidados del RN.
- **Promover y evaluar la habilidad y capacitación de los padres para los cuidados,** reforzando aquellos aspectos que se consideren necesarios.
- **Ayudar a afrontar los sentimientos de incapacidad o dependencia,** derivándolos a profesionales si fuera necesario.
- **Facilitar el seguimiento hospitalario y/o desde atención primaria (AP).**
- **En caso de alta entregar junto con el informe médico un informe de enfermería con las pautas de cuidado a domicilio.**
- **Dar información sobre los recursos sanitarios y sociales disponibles:** hoy en día existen libros, páginas webs o incluso asociaciones que prestan ayuda a padres de bebés prematuros.

### 3. Justificación

El embarazo es motivo de alegría para padres y familia, y conforme este avanza se va creando una imagen idílica del RN (31). Por ello, un nacimiento prematuro es un evento impredecible, que puede sorprender a los progenitores y ocasionar altos niveles de estrés (32).

La revisión de la literatura se determina que la hospitalización de un neonato en la UCIN puede alterar la dinámica familiar, debido a las dificultades que experimentan en su vida diaria y la disminución de la capacidad para enfrentar los problemas derivados de la tensión causada por el proceso de hospitalización. Esta situación puede desencadenar en síntomas relacionados con la alteración de la salud mental de los padres y familiares (33).

Investigaciones previas señalan las causas y determinantes estresores en los padres de niños ingresados en cuidados intensivos. Entre los principales motivos se encuentran la falta de información recibida por parte de los profesionales sanitarios de la unidad y el distanciamiento con el bebé (34,35).

Además, a pesar de los avances y la incorporación de nuevas corrientes, la participación de los padres en los cuidados del recién nacido continua siendo sumamente escasa, percibiendo la limitación de su participación como algo normalizado de lo que ocurre en la UCIN ya que no se consideran capaces de llevarlos a cabo (23).

De acuerdo a las diferentes fases que se desencadenan durante el proceso asistencial del recién nacido en UCIN, y que atiende a factores biopsicosociales, es relevante el rol que ejerce el profesional de enfermería. Por una parte, es esencial para promover la participación de los padres en el cuidado de su bebé y proporcionar cuidados centrados en la familia mediante relaciones de ayuda terapéutica. Si bien, también se constata la necesidad de los padres de disponer de toda la información derivada de la atención que recibe su hijo. La enfermera neonatal es en gran parte el agente responsable de garantizar una mayor participación e interferencia de los padres durante todo el proceso asistencial (24,36, 37).

Hasta la actualidad, el paso de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales a la Unidad de Cuidados Intermedios no ha sido una prioridad en nuestro contexto. Sin embargo, estudios previos desarrollados en la Unidad de Neonatología del Hospital Universitario Arnau de Vilanova demuestran un alto grado de preocupación y angustia por parte de los padres ante el paso de una unidad a otra (38), que pone de manifiesto la relevancia de intervenir sobre el manejo y gestión del paso de UCIN a intermedios.

Según Brecht JA. et al (39), en la última década se han mejorado las recomendaciones e intervenciones dirigidas a los padres de niños prematuros ingresados en la UCIN. Su revisión sistemática demuestra que las actividades que se llevan a cabo para disminuir el estrés durante la hospitalización pueden tener efectos positivos tanto en los padres como en los niños. Sin embargo, sigue siendo necesaria la investigación y el desarrollo de estas intervenciones para que se adapten de forma más efectiva a las necesidades que presentan los progenitores durante la estancia hospitalaria y más concretamente, en lo referente al traslado de la unidad de cuidados intensivos a cuidados intermedios, en su dimensión emocional y organizativa.



## **4. Objetivos**

### **4.1. Objetivo general**

- Diseñar un protocolo de actuación centrado en la gestión y manejo del traslado del neonato, de UCIN a la unidad de cuidados intermedios, para reducir el estrés de los padres de RN ingresados en el servicio de neonatología del Hospital Universitario Arnau de Vilanova (HUAV) de Lleida.

### **4.2. Objetivos específicos**

- Explorar la vivencia y experiencia de los padres frente al traslado de UCIN a intermedios de su hijo.
- Determinar los factores estresantes que afectan a los padres debido al cambio de unidad.
- Identificar las intervenciones de enfermería dirigidas a minimizar el estrés parental en el paso de UCIN a intermedios.
- Evaluar el efecto del protocolo de actuación diseñado para minimizar el estrés parental.

## **5. Metodología**

### **5.1. Población**

La población diana de este proyecto son los padres de aquellos neonatos que se encuentran ingresados en la UCIN del HUAV.

Se ha decidido incluir solo a aquellos cuyos bebés estén ingresados en la UCIN del HUAV y vayan a ser trasladados a la Unidad de Cuidados Intermedios. Por tanto, el resto de padres de neonatos que permanezcan en la UCIN hasta el inicio de la recogida de datos o que de dicha unidad sean dados de alta directamente a domicilio, quedarán excluidos.

#### **5.1. Profesionales a los que va dirigido**

La intervención compromete al profesional de enfermería y técnicos auxiliares en cuidados de enfermería de dicha planta, puesto que son los encargados de dar la información y preparar, tanto a los padres como al propio niño, para el cambio de unidad.

Del personal sanitario de enfermería no se excluirá a ninguno ya que una de las finalidades de este proyecto es llegar al mayor número de profesionales que trabajen en la unidad.

### **5.2. Preguntas**

Tras la búsqueda bibliográfica, son algunas las preguntas que se presentan y deben ser abordadas en el proyecto:

- ¿Qué necesidades tienen los padres cuando su bebé ingresa en la UCIN?  
¿Son las mismas durante todo el proceso de hospitalización?
- ¿Qué supone el paso de una unidad a otra y cómo puede afectar a los progenitores?
- ¿Qué información y herramientas puede proporcionar profesional de enfermería y técnicos auxiliares a los padres de los neonatos que serán trasladados de UCIN a la Unidad de Cuidados Intermedios?

- ¿Qué intervenciones pueden reducir el estrés parental ante un traslado de unidad?

### 5.3. Metodología de búsqueda bibliográfica

| Tabla 2. Búsqueda bibliográfica |  |            |  |
|---------------------------------|--|------------|--|
| Base de datos                   | Estrategia de búsqueda   | Resultados | Limitadores  |
| Google Scholar                  | Estrés padres uci neonatal   | 868        | <ul style="list-style-type: none"> <li>•2013-2018</li> <li>•Solo páginas en español</li> </ul> |
|                                 | Padres de niños prematuros intervenciones enfermeras   | 76         | <ul style="list-style-type: none"> <li>•2013-2018</li> <li>•Solo páginas en español</li> </ul> |
| Pubmed                          | ("intensive care units, neonatal"[MeSH Terms] OR ("intensive"[All Fields] AND "care"[All Fields] AND "units"[All Fields] AND "neonatal"[All Fields]) OR "neonatal intensive care units"[All Fields] OR "nicu"[All Fields]) AND ("parents"[MeSH Terms] OR "parents"[All Fields]) AND ("Stress"[Journal] OR "stress"[All Fields]) AND ("loattrfree full text"[sb] AND "2013/02/04"[PDat] : "2018/02/02"[PDat])                       | 62         | <ul style="list-style-type: none"> <li>•2013-2018</li> <li>•Free full text</li> </ul>          |
|                                 | ("stress, psychological"[MeSH Terms] OR ("stress"[All Fields] AND "psychological"[All Fields]) OR "psychological stress"[All Fields] OR ("psychological"[All Fields] AND "stress"[All Fields])) AND ("intensive care units, neonatal"[MeSH Terms] OR ("intensive"[All Fields] AND "care"[All Fields] AND "units"[All Fields] AND "neonatal"[All Fields]) OR "neonatal intensive care units"[All Fields] OR "nicu"[All Fields]) AND | 34         | <ul style="list-style-type: none"> <li>•2013-2018</li> <li>•Free full text</li> </ul>          |

|          |  |                     |  |
|----------|--|---------------------|--|
|          | <p>("parents"[MeSH Terms] OR "parents"[All Fields]) AND ("loattrfree full text"[sb] AND "2013/02/04"[PDat] : "2018/02/02"[PDat])</p> <p>("intensive care units, neonatal"[MeSH Terms] OR ("intensive"[All Fields] AND "care"[All Fields] AND "units"[All Fields] AND "neonatal"[All Fields]) OR "neonatal intensive care units"[All Fields] OR "nicu"[All Fields]) AND (family-centered[All Fields] AND care[All Fields]) AND ("loattrfree full text"[sb] AND "2008/02/06"[PDat] : "2018/02/02"[PDat])</p> | 38                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>•2013-2018</li> <li>•Free full text</li> </ul>  |
| Cuiden   | <p>(([res=padres])AND([res=prematuro]) AND([res=ucin]))</p> <p>(([res=padres])AND(([res=enfermería]) AND([res=ucin]))</p> <p>([res=cuidados])AND(([res=enfermería])AND(([res=ucin])AND([res=padres])))</p> <p>("UCIN")AND(("estrés")AND(("padres")AND("intervenciones"))))</p>   | 16<br>16<br>20<br>2 | <ul style="list-style-type: none"> <li>•2012-2018</li> <li>•Artículos</li> <li>•2012-2018</li> <li>•Artículos</li> <li>•2012-2018</li> <li>•Artículos</li> <li>•2012-2018</li> <li>•Artículos</li> </ul> |
| Cinahl   | ( nicu or neonatal intensive care unit or special care or baby unit or newborns intensive care ) AND ( intervention or treatment or therapy or program or strategy ) AND parental stress   | 35                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>•2012-2018</li> <li>•English</li> </ul>   |
| PsycInfo | NICU AND parental stress AND interventions   | 17                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>•2012-2018</li> </ul>   |

## 6. Intervención

La intervención se basa en la elaboración de un protocolo para disminuir el estrés parental en el traslado de la UCIN a la unidad de cuidados intermedios. Para para su diseño son necesarias las diferentes fases que se describen a continuación:

### **Fase 1: Conocimiento del contexto/acercamiento a la población de estudio**

A fin de contextualizar la situación actual en UCIN en torno a la experiencia y vivencia de traslado de cuidados intensivos a cuidados intermedios de los padres de RN ingresados en UCIN, se ha realizado un análisis descriptivo que permitirá definir de forma más razonada, justificada y adecuada la intervención futura.

Para ello se ha realizado una entrevista cualitativa a 5 padres de RN ingresados en UCIN en torno a la cuestión de cómo vivieron ellos el momento en el que su hijo/a pasó de estar ingresado en la UCIN a la unidad de cuidados intermedios, durante su proceso de hospitalización. Respecto a los profesionales sanitarios de la unidad, se realizaron 18 entrevistas en las que debían mencionar las necesidades que tienen las familias de los recién nacidos ingresados tanto en la UCIN como en la Unidad de Cuidados Intermedios, entre otras.

Esta recogida de datos tuvo lugar durante las 4 semanas de febrero de 2018 (ver cronograma), entrevistando a padres que se encontraran dentro de los criterios de inclusión y que estuvieran de acuerdo en participar en el proyecto, al igual que el personal sanitario.

A continuación se presentan los resultados obtenidos a partir de las entrevistas en profundidad que se desarrollaron.

El paso de la UCIN a la Unidad de Cuidados Intermedios produce estrés parental debido a la necesidad de tener que adaptarse de nuevo a una unidad diferente. Además, la Unidad de Intermedios, acoge a un mayor número de niños que la UCIN, por lo que el excesivo número de bebés y el espacio limitado de la unidad produce sentimientos de inseguridad y agobio.

*“ No me gustó mucho cuando me propusieron cambiar de unidad. Ya estaba habituada a un espacio y que te cambien otro pues es adaptarte de nuevo, tampoco*

*conocía el espacio... Ahora con más niños enfermos en esta unidad siento inseguridad. ” (M1)*

En relación a los profesionales sanitarios, consideran que la información previa al ingreso a la unidad, conocer la unidad antes del ingreso y el apoyo psicológico durante el proceso hospitalario, son las necesidades más importantes de unos padres con un niño ingresado tanto en la UCIN como en la Unidad de Cuidados Intermedios.

*“Para mí, unas de las cosas más importantes que se deben tener en es, que si es posible, se pueda enseñar a los padres la unidad antes del ingreso. A veces, cuando una madre presenta un embarazo de alto riesgo y se prevé que el bebé ingresará en la unidad, se intenta enseñar la unidad y presentar a los profesionales que trabajan en el servicio. ” (P1)*

*“Con el gran número de ingresos que tenemos, el espacio en el que se encuentran tanto la UCIN como la Unidad de Intermedios, se queda corta... Es necesaria la ampliación de las unidades, para crear espacios más íntimos...” (P2)*

*“El exceso de trabajo y la falta de tiempo, impide que el personal sanitario pueda abordar de manera favorable la parte de ayuda psicológica a los padres que provoca la estancia de un bebé en nuestras unidades...La figura de un psicólogo en la unidad debería considerarse imprescindible, ya que absolutamente todos los padres necesitan ayuda psicológica durante el proceso de hospitalización. ” (P3)*

## **Fase 2: Diseño del protocolo**

En base a las inquietudes manifestadas por los padres de RN ingresados en el HUAV que han sido trasladados de la UCIN a la Unidad de Cuidados Intermedios, se ha elaborado un protocolo útil que permita dar respuesta a sus necesidades y ser efectivo ante el riesgo de desarrollar estrés durante esta etapa del proceso de hospitalización de su bebé.

A continuación, en la siguiente página, se presenta el protocolo:

## Gestión del paso del Recién Nacido de UCIN a intermedios: gestión emocional y organizativa

### Autor/es

| Nombre                    | Servicio/Unidad                      |
|---------------------------|--------------------------------------|
| María Rosales Elejabeitia | Servicio de Pediatría y Neonatología |

### Gestión de modificaciones

| Versión | Año  | Descripción de las modificaciones |
|---------|------|-----------------------------------|
| 01      | 2018 | Implantación del documento        |
|         |      |                                   |
|         |      |                                   |

### Gestión del circuito

| Versión | Código | Ámbito de aplicación | Comisión Calidad Asistencial |
|---------|--------|----------------------|------------------------------|
| 1       | 001    | Unidad neonatal      | Pendiente                    |
|         |        |                      |                              |
|         |        |                      |                              |



## **1. DEFINICIÓN**

Conjunto de acciones que lleva a cabo el profesional de enfermería y técnicos auxiliares en cuidados de enfermería para reducir el estrés de los padres de Recién Nacidos ingresados en el Servicio de Pediatría y Neonatología en el momento del traslado de la UCIN a la unidad de cuidados intermedios.

## **2. OBJETIVOS**

- Dar a la familia una información completa sobre el traslado de unidad y sobre el nuevo servicio en el que el niño será atendido.
- Proporcionar una correcta atención al Recién Nacido y su familia durante el proceso de hospitalización.
- Favorecer al máximo el vínculo afectivo padre/madre e hijo, integrando a la familia en los cuidados con la finalidad de conseguir el bienestar del bebé y de sus progenitores.

### **3. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN**

#### **1. Informar a los padres de la decisión del traslado del bebé a la unidad de intermedios:**

- El médico y la enfermera responsable del cuidado del neonato en la UCIN, explicarán a los progenitores las razones del cambio de unidad y el estado de salud actual del bebé.
- El equipo de profesionales deberá estar disponible y dedicar el tiempo necesario a la explicación del proceso. La comunicación debe ser abierta y honesta en aspectos médicos y éticos. La información ha de ser completa, específica, detallada, sincera y con un lenguaje claro (1).

#### **2. Informar de las características y organización de la unidad de cuidados intermedios:**

- Previamente o en el momento del traslado, se enseñará la unidad a los padres, mostrando la incubadora o cuna en la que el bebé permanecerá, y presentando al equipo sanitario que estará a cargo de los cuidados del recién nacido.
- Se explicará la organización de la misma:
  - El médico responsable del recién nacido será el mismo que en la UCIN.
  - A partir de las 9 de la mañana se realizará la visita médica en la que se informará de la evolución del niño.
  - Al igual que en la UCIN, las visitas quedarán restringidas de acuerdo a lo establecido en el protocolo de visitas de la unidad.
- Los profesionales sanitarios de la unidad harán entrega de la hoja informativa sobre el funcionamiento del nuevo servicio y a su vez, será muy importante explicar las diferencias existentes respecto a la UCIN:
  - Los horarios de higiene y comidas no son tan estrictos, en esta unidad se valora más el descanso del niño y cuando se despierta es cuando se lleva a cabo estos cuidados. Es importante recordar a los progenitores que podrán seguir siendo los encargados de los cuidados básicos del neonato.

- Se podrá dar el pecho al bebé o realizar la extracción de leche junto a la cuna, a excepción de la presencia de un exceso de niños en la unidad. También podrán seguir trayendo la leche extraída en casa para los biberones.
- Explicar la no monitorización y el único uso de un pulsioxímetro que valorará su saturación y la frecuencia cardiaca (1).

3. Ofrecer una serie de actividades y herramientas para mejorar el vínculo materno/paterno-filial:

- Dar a conocer la posibilidad de reunirse e interactuar con otros padres que han vivido la misma situación, para conocer su experiencia, poder expresar sus inseguridades y resolver inquietudes que aparezcan durante el proceso de hospitalización.
- Informar sobre la existencia de asociaciones especializadas en conseguir el desarrollo de niños prematuros durante la infancia y adolescencia, además de ofrecer experiencias vividas a familias que lo necesiten (por ejemplo: ASPREM-HCM).
- Recomendar libros como:
  - Lara Toro; El prematuro. De la incubadora los tres años. (Ed. Medici, 2004).
  - Carmen R. Pallás; Antes de tiempo, nacer muy pequeño (Exlibris Ediciones SL).
  - Nikki Bradford; Tu hijo prematuro, sus primeros 5 años de vida. (Editorial CEAC).
- Recomendar páginas web como (1):
  - [www.prematuros.info/prematura](http://www.prematuros.info/prematura): web de Prematura, la Asociación de Padres de Niños Prematuros con sede en Barcelona.
  - [www.aprem-e.org](http://www.aprem-e.org): web de la Asociación de Padres de Niños Prematuros

Antes, durante y después del proceso, todo el equipo sanitario deberá estar dispuesto a apoyar a la familia, intentando minimizar los miedos y preocupaciones para que el proceso de hospitalización sea lo menos estresante posible y para favorecer el vínculo madre/padre e hijo.

#### **4. BIBLIOGRAFÍA**

1. Alvarez E, Añaños A, Colet A, Frabregues F, Llurba E, Martinez C, et al. Protocol de prevenció i atenció a la prematuritat [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Agència de Salut Pública de Catalunya; 2014 [citado 27 de octubre de 2018]. p. 19–22. Disponible a: [https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1149/protocol\\_prevensio\\_atencio\\_prematuritat\\_2014.pdf?sequence=1](https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1149/protocol_prevensio_atencio_prematuritat_2014.pdf?sequence=1)

### **Fase 3: Implementación del protocolo**

Este protocolo se implantará a través de una sesión informativa que tendrá lugar en la unidad neonatal del HUAV, en una sala preparada para poder llevar a cabo la explicación del protocolo a todo el personal sanitario de la unidad, por parte de la supervisora de enfermería de la UCIN y con apoyo de la autora del presente trabajo.

La sala deberá contar con suficientes sillas para el personal sanitario que asista y con el material audiovisual necesario para poder realizar de forma efectiva la presentación (ordenador, pantalla, proyector, etc.)

La intervención se planificará para el mes de mayo y la sesión se realizará un día intersemanal con una duración de unos 30-45 minutos y en tres horarios diferentes (8h, 15h y 22h) para que la información pueda llegar al mayor número de personal posible. En caso de que aún falte personal sanitario por recibir la sesión informativa, se repetirá un día de la semana siguiente en uno de los tres horarios establecidos.

La sesión consistirá en explicar las razones de la instauración del protocolo, las actividades que se tendrán que llevar a cabo y se resolverán las dudas que puedan presentarse.

| <b>Horario</b> | <b>Miércoles 9/05</b> | <b>Miércoles 16/05</b> |
|----------------|-----------------------|------------------------|
| 8.00-8.30/45   | Sesión                | Sesión                 |
| 15.00-15.30/45 | Sesión                | Sesión                 |
| 22.00-22.30/45 | Sesión                | Sesión                 |

#### **Fase 4: Evaluación de la intervención**

Para implementar el protocolo y ejecutar su posterior evaluación se formarán dos grupos: el grupo experimental y el grupo de control. Este aspecto también se transmitirá en la sesión informativa dirigida al equipo neonatal.

El grupo experimental estará constituido por padres a los que se les aplicarán las actividades acordadas en el protocolo durante el cambio de unidad, mientras que el grupo control será aquel grupo de padres al cual no se le realizará ningún tipo de intervención previa al traspaso. Los padres serán distribuidos de manera aleatoria con la intención de formar grupos homogéneos. Esto se realizará a aquellos padres que cumplan los criterios de inclusión, que estén de acuerdo en participar en el proyecto y que el cambio de unidad del bebé sea durante las dos últimas semanas de mayo y las dos primeras de junio (véase cronograma de la intervención).

Con la finalidad de evaluar la intervención se le pasará a ambos grupos la escala de estrés parental llamada Parental Stressor Scale para conocer el nivel de estrés y ansiedad antes y después del traslado a la unidad de intermedios, y que se incorpora al material de recogida de datos junto a diversas variables socio-demográficas (40) y otras variables clínicas del neonato (Anexo 3) (41,42).

La escala de estrés parental es una medida centrada en la percepción del estrés y ansiedad parental más que en una evaluación de los factores estresantes. Sirve para diferenciar el estrés parental del estrés general, lo que ha evitado confundir el estrés matrimonial con el parental (42).

Centrándose en la influencia de los niños sobre los padres, esta escala evalúa la tensión causada por la ansiedad y fatiga y las recompensas del rol parental (41).

La escala consta de 17 ítems que a su vez incluye 4 subescalas o dominios de crianza: recompensas, factores estresantes, la pérdida de control y la satisfacción. Las respuestas de la escala se dividen en 5 categorías con puntuaciones del 1 al 5: 1= muy en desacuerdo, 2= en desacuerdo, 3= indeciso, 4= de acuerdo, 5= totalmente de acuerdo. La escala es breve, por lo que su uso es ideal en clínicas médicas pediátricas (42).

Tras el ajuste con diversos artículos, la puntuación de la escala se encuentra entre 17 y 85 puntos. Cuanta más alta sea la puntuación, mayor será el nivel de estrés parental (42).

Se considerará que la intervención ha sido efectiva cuando el nivel de estrés y ansiedad del grupo experimental haya disminuido respecto al grupo control, tras el cambio de unidad.

| Semanas   | Octubre |   |   |   | Noviembre |   |   |   | Diciembre |   |   |   | Enero |   |   |   | Febrero |   |   |   | Marzo |   |   |   | Abril |   |   |   | Mayo |   |   |   | Junio |   |   |   | Julio |   |   |   |  |  |  |  |
|---|---------|---|---|---|-----------|---|---|---|-----------|---|---|---|-------|---|---|---|---------|---|---|---|-------|---|---|---|-------|---|---|---|------|---|---|---|-------|---|---|---|-------|---|---|---|--|--|--|--|
|   | 1       | 2 | 3 | 4 | 1         | 2 | 3 | 4 | 1         | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 | 1    | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 |  |  |  |  |
| Búsqueda bibliográfica  |         |   |   |   |           |   |   |   |           |   |   |   |       |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |  |  |  |  |
| Observación UCIN  |         |   |   |   |           |   |   |   |           |   |   |   |       |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |  |  |  |  |
| Recogida de datos   |         |   |   |   |           |   |   |   |           |   |   |   |       |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |  |  |  |  |
| Elaboración trabajo y diseño del protocolo                                  |         |   |   |   |           |   |   |   |           |   |   |   |       |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |  |  |  |  |
| <b>Intervención</b>   |         |   |   |   |           |   |   |   |           |   |   |   |       |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |  |  |  |  |
| <b>1. Conocimiento del protocolo</b>  |         |   |   |   |           |   |   |   |           |   |   |   |       |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |  |  |  |  |
| Sesión informativa al equipo neonatal                                       |         |   |   |   |           |   |   |   |           |   |   |   |       |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |  |  |  |  |
| <b>2. Ejecución</b>   |         |   |   |   |           |   |   |   |           |   |   |   |       |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |  |  |  |  |
| Implementación protocolo de traslado UCIN-intermedios en grupo experimental |         |   |   |   |           |   |   |   |           |   |   |   |       |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |  |  |  |  |
| <b>3. Evaluación</b>  |         |   |   |   |           |   |   |   |           |   |   |   |       |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |  |  |  |  |
| Administrar Parental Stressor Scale a ambos grupos                          |         |   |   |   |           |   |   |   |           |   |   |   |       |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |  |  |  |  |
| Analizar resultados   |         |   |   |   |           |   |   |   |           |   |   |   |       |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |  |  |  |  |
| Evaluar efectividad del protocolo   |         |   |   |   |           |   |   |   |           |   |   |   |       |   |   |   |         |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |  |  |  |  |

Tabla 4. Cronograma de la intervención



## 7. Consideraciones éticas

El Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC), es un organismo formado por profesionales sanitarios y no sanitarios, encargados de velar por la protección de los derechos, de la seguridad y del bienestar de los seres humanos que participan en proyectos de investigación que puedan comportar algún riesgo físico o psicológico y dar garantía pública, evaluando la corrección metodológica, ética y legal de dichos proyectos y llevando a cabo el seguimiento de su realización en centros incluidos en el ámbito de actuación acreditado (43). Actualmente en Cataluña, hay treinta y cinco comités acreditados (44).

Por este motivo, a fin de realizar la intervención que se propone y su posterior evaluación, será necesario informar al CEIC del HUAV del proyecto con tal de tener su aprobación y consentimiento.

Una vez obtenido el permiso del CEIC, se facilitará a padres y personal de enfermería que participen en el estudio de investigación, una hoja informativa que explica la naturaleza del proyecto (Anexo 1, Anexo 2) y el consentimiento informado (CI) (Anexo 1, Anexo 2) (45). Se entiende por CI, la conformidad que expresa el paciente tras la obtención de información acerca del proyecto de forma escrita. Esta comunicación debe ser en un lenguaje y grado de complejidad comprensible para el sujeto y nadie debe ser obligado a participar (46,47). A través de este consentimiento se expresa la libertad individual que tiene cada persona para decidir. La ley 41/2002 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica aborda el principio bioético de la autonomía (48), por lo que en el contexto de este proyecto de intervención, se respetará la decisión tanto de los profesionales como de los padres de participar en él o no.

A su vez, se debe considerar la Ley Orgánica 15/1999 que tiene por objetivo proteger los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas, especialmente de su honor e intimidad personal y familiar (49). Se debe informar a los participantes que su participación será de forma anónima y que los datos personales recogidos durante las entrevistas serán utilizados únicamente en relación a la investigación.

Finalmente, es necesario tener presente que este proyecto de intervención no comporta ningún riesgo sobre la salud de los participantes, si no que aportará beneficios tanto a los padres y neonatos disminuyendo el estrés durante el cambio de unidad y fomentando el vínculo padre e hijo, como al personal de enfermería de la UCIN, consiguiendo mejorar sus competencias en la cura centrada en la familia de RN ingresados en la UCIN que serán trasladados a la unidad de cuidados intermedios.

## 8. Discusión

Un nacimiento prematuro y otras patologías que derivan en ingreso en UCIN, son condiciones impredecibles, por lo que ningún padre está preparado para afrontar este tipo de situaciones. Cuando esto ocurre, puede ocasionar altos niveles de estrés a causa de diversas fuentes como es el ambiente de la UCIN, el comportamiento y la apariencia del bebé, y la comunicación con el personal de salud, con repercusiones sobre el desempeño del rol parental y el establecimiento del vínculo (33,34).

Para afrontar estas situaciones, los padres requieren apoyo psicosocial por parte del equipo sanitario encargado del cuidado del RN, facilitando la reducción del estrés, el afrontamiento de la enfermedad, ayudándoles a entender y cuidar de su hijo, y fomentando el vínculo materno/paterno filial (5,34).

La literatura muestra diferentes intervenciones en las que se incluyen apoyo educativo y psicológico a los padres, pero sobre todo la mayoría de estas fomentan el cuidado centrado en la familia y son lideradas por el personal de enfermería (34). Según Hall SL. et al (29), los padres de niños ingresados en la UCIN tienen un mayor riesgo de sufrir depresión post parto, trastornos de estrés post traumático y ansiedad. Por ello, el refuerzo psicológico es fundamental para disminuir los factores de riesgos que puedan provocar el desarrollo de estas condiciones.

La bibliografía relacionada con el estudio del estrés parental en la UCIN, solo menciona la aparición de angustia y ansiedad en los progenitores durante la estancia hospitalaria y deriva de las intervenciones a realizar en dicha unidad. Sin embargo, en relación con el paso de la UCIN a la Unidad de Cuidados Intermedios, no existen estudios ni literatura suficiente que indiquen que este proceso sea otro factor de estrés para ellos.

A pesar de ello, se ha visto durante el periodo de prácticas que este paso es otra causa de estrés parental en la UCIN. Esto es debido a que, una vez se adaptan a la unidad, ellos crean su zona de confort en la que se sienten "seguros". A pesar de que el paso a Cuidados Intermedios en la mayoría de ocasiones es debido a una mejoría del bebé y para el personal sanitario es una muy buena noticia, en ellos

provoca miedo e incertidumbre ya que no conocen la nueva unidad y deben adaptarse a otros profesionales y otro espacio físico, entre otros condicionantes.

Hoy en día, gran parte de las unidades neonatales de nuestro país se encuentran en el proceso de cambio organizativo para adaptarse al nuevo concepto de neonatología denominado "cuidados centrados en la familia" (50), pero las intervenciones siguen siendo escasas, por lo que es necesaria la continuidad de nuevas investigaciones centradas en la atención de las necesidades de los familiares de niños ingresados en la UCIN, para garantizar una estancia hospitalaria menos traumática y fomentar el vínculo materno/ paterno filial.

En consecuencia, la elaboración e instauración de un protocolo para el paso de la UCIN a la Unidad de Cuidados Intermedios, podría disminuir el estrés parental y producir efectos muy satisfactorios en ellos. Para ello, es necesario contar con la colaboración de todo el personal sanitario de ambas unidades, puesto que serán ellos los encargados de acompañar a los padres durante todo el proceso de hospitalización, incluyendo este traslado.

Cabe añadir que las limitaciones de este programa de intervención son la necesidad de participación de todo el personal sanitario de la unidad con la motivación suficiente para poder abordar esta situación y la iniciativa de participación de los padres, ya que muchas veces, debido a la presión asistencial a la que están sometidos puede provocar dificultades para recoger datos y/o llevar a cabo las actividades establecidas.

## 9. Conclusiones

- La elevada prevalencia de ingresos de RN en UCIN muestra un alto índice de estrés parental. Esto implica la necesidad de una adaptación familiar y llevar a cabo actividades centradas en los cuidados de la familia, ya que esta situación ocurre de forma inesperada y ningún padre está preparado para soportarla.
- Dentro del proceso de hospitalización del recién nacido en la UCIN, son diferentes los factores que contribuyen al desarrollo del estrés parental. A lo largo de toda la evolución clínica del RN, existen periodos de inestabilidad emocional con un aumento del riesgo de sufrir estrés y ansiedad por parte de los padres.
- El traslado de una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales a una Unidad de Cuidados Intermedios, pese a que es debido a una mejoría clínica del bebé, puede conllevar una fuente de estrés adicional en los progenitores.
- A pesar de una búsqueda bibliográfica exhaustiva, la evidencia científica no contempla intervenciones en el marco del traslado. En estos casos, la participación del personal sanitario de la unidad se considerará imprescindible ya que serán ellos los encargados de dar el soporte necesario a la familia durante la estancia hospitalaria del niño.
- La implantación de un protocolo que gestione el paso de una unidad a otra, puede resultar efectiva para disminuir no solo el estrés parental, sino también fomentar el vínculo materno/paterno filial y mejorar el bienestar del recién nacido.

## 10. Bibliografía

1. Ros R, López V, Mimón I, Pérez E. Protocolo acogida ingreso recién nacido UCI neonatal. *Enfermería Integr.* 2014;10:3–5.
2. Alvarez E, Añaños A, Colet A, Frabregues F, Llurba E, Martinez C, et al. Protocol de prevenció i atenció a la prematuritat [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Agència de Salut Pública de Catalunya; 2014 [citado 27 de octubre de 2018]. p. 19–22. Disponible a: [https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1149/protocol\\_preveccio\\_atencio\\_prematuritat\\_2014.pdf?sequence=1](https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1149/protocol_preveccio_atencio_prematuritat_2014.pdf?sequence=1)
3. López MV, Martínez Y, Martínez K, Pinzón N, Roldán JT, Trujillo RY, et al. Manual de Procedimientos de Enfermería en las Unidades Neonatales. [Internet]. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá; 2016 [citado 2 de octubre de 2018]. Disponible a: [http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Manual\\_UCIN.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Manual_UCIN.pdf)
4. Acosta M, Cabrera N. Percepción de padres de hijos prematuros frente a la hospitalización en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal: un estudio de revisión documental. *UNIMAR.* 2016;34(1):193–9.
5. Cuesta Miguel MJ, Espinosa Briones AB, Gómez Prats S. Enfermería neonatal: cuidados centrados en la familia. *Enfermería Integr.* 2013;12(98):36-40.
6. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades [Internet]. 2005 [citado 4 de marzo de 2018]. p. 1169–72. Disponible a: [http://files.sld.cu/dne/files/2012/03/vol1\\_definiciones.pdf](http://files.sld.cu/dne/files/2012/03/vol1_definiciones.pdf)
7. Cannizzaro C, Paladino M. Fisiología y fisiopatología de la adaptación neonatal. *Anest Analg Reanim.* 2011;24(2):2–24.
8. Villanueva D. Neonatología: programa de actualización continua en neonatología [Internet]. Guadalajara: Federación Nacional de Neonatología de México; 2016 [citado 4 de marzo de 2018]. p. 2–5. Disponible a: [http://www.consejoneonato.com.mx/Libros/PAC\\_Neonato\\_4\\_L2.pdf](http://www.consejoneonato.com.mx/Libros/PAC_Neonato_4_L2.pdf)
9. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos Prematuros [Internet]. 2017 [citado 16 de noviembre de 2018]. Disponible a: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
10. Organización Mundial de la Salud. Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros [Internet]. 2012 [citado 27 de febrero de 2018]. Disponible a: [http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm\\_birth\\_report/es/index3.html](http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/es/index3.html)

11. Perkin Elmer and Analytical Sciences. Nacimiento prematuro: retos y oportunidades de la predicción y la prevención [Internet]. Finlandia: Perkin Elmer and Analytical Sciences; 2009 [citado 28 de febrero de 2018]. p. 3–9. Disponible a:  
[http://www.efcni.org/fileadmin/Daten/Web/Brochures\\_Reports\\_Factsheets\\_Position\\_Papers/Prevention\\_Perkin\\_Elmar/1244-9856\\_Perkin\\_Elmer\\_Spanish.pdf](http://www.efcni.org/fileadmin/Daten/Web/Brochures_Reports_Factsheets_Position_Papers/Prevention_Perkin_Elmar/1244-9856_Perkin_Elmer_Spanish.pdf)
12. Ovalle A, Kakarieka E, Rencoret G, Fuentes A, del Río M, Morong C, et al. Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago. *Rev Med Chile*. 2012;140:19–29.
13. Novoa J, Milad A, Vivanco G, Fabres J, Ramírez R. Recomendaciones de organización, características y funcionamiento en Servicios o Unidades de Neonatología. *Rev Chil Pediatr*. 2009;80(2):168–87.
14. Blanco Bravo D. Niveles asistenciales y recomendaciones de mínimos para la atención neonatal. *An Pediatr*. 2004;60(1):56–64.
15. Rite Gracia S, Fernández Lorenzo J, Echániz Urcelay I, Botet Mussons F, Herranz Carillo G, Moreno Hernando J, et al. Niveles asistenciales y recomendaciones de mínimos para la atención neonatal. *An Pediatr*. 2013;79(1):51.e1-51.e11.
16. Servicio de Neonatología: guía para padres [Internet]. 1a ed. Barcelona: Hospital Universitari Vall d'Hebron; 2011 [citado 5 de marzo de 2018]. p. 4–5. Disponible a:  
[http://intranet.vhebron.net/documents/10165/10190667/GUIA\\_PADRES\\_NEONAT\\_DEF\\_CASTELLA.pdf](http://intranet.vhebron.net/documents/10165/10190667/GUIA_PADRES_NEONAT_DEF_CASTELLA.pdf)
17. Agra Varela Y, Aguayo Maldonado J, Álvarez González M, Botet Mussons F, Bustos Lozano G, Díaz Torres P, et al. Unidades de Neonatología: estándares y recomendaciones de calidad [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014 [citado 9 de marzo de 2018]. p. 47–56. Disponible a:  
[https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/NEONATOLOGIA\\_Accesible.pdf](https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/NEONATOLOGIA_Accesible.pdf)
18. Mena Nanning P, Mülhausen Muñoz G, Novoa Pizarro J, Vivanco Giesen G. Guías Nacionales de Neonatología [Internet]. Santiago de Chile: Gobierno de Chile. Ministerio de Salud; 2005 [citado 9 de marzo de 2018]. p. 19–21. Disponible a:

[http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/2005\\_Guia%20Nacional%20de%20neonatalogia.pdf](http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/2005_Guia%20Nacional%20de%20neonatalogia.pdf)

19. Purdy I, Craig J, Zeanah P. NICU discharge planning and beyond: recommendations for parent psychosocial support. *J Perinatol*. 2015;35:24–8.
20. Cano Moroba S, Marsellés Vidal M, Jové Monclús G. Un paseo por la 5ª planta. Análisis de las vivencias y el grado de satisfacción de los padres de bebés hospitalizados en la UCIN del hospital universitario Arnau de Villanueva de Lleida. *Rev Educ Inclusiva*. 2012;5(3):23–34.
21. Manual para padres con niños prematuros [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Neonatología; 2008 [citado 3 de marzo de 2018]. p. 21–62. Disponible a: <http://www.se-neonatal.es/Portals/0/LibroPrematuros.pdf>
22. Bolívar L, Montalvo A. Uncertainty Associated to Parents of Preterm Infants Hospitalized in Neonatal Intensive Care Units. *Invest Educ Enferm*. 2016;34(2):360–7.
23. Gallegos Martínez J, Reyes Hernández J, Silvan Scochi C. El neonato prematuro hospitalizado: significado para los padres de su participación en la Unidad Neonatal. *Rev Latino-Am Enferm*. 2013;21(6):1360–6.
24. Cuesta Miguel M, Espinosa Briones A. Enfermería neonatal: cuidados centrados en la familia. *Enfermería Integr*. 2012;(98):36–40.
25. Ahn Y, Kim N. Parental Perception of Neonates, Parental Stress and Education for NICU Parents. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2007;1(3):199–208.
26. Carter J, Mulder R, Bartram A, Darlow B. Infants in a neonatal intensive care unit: parental response. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*. 2005;90:109–13.
27. Aftyka A, Rozalska I, Rosa W, Rybojad B, Karakula H. Post-traumatic growth in parents after infants' neonatal intensive care unit hospitalisation. *J Clin Nurs*. 2016;26:727–34.
28. Musabirema P, Brysiewicz P, Chipps J. Parents perceptions of stress in a neonatal intensive care unit in Rwanda. *Curationis*. 2015;38(2):1–8.
29. Hall S, Hynan M, Phillips R, Press J, Kenner C, Ryan D. Development of Program Standards for Psychosocial Support of Parents of Infants Admitted to a Neonatal Intensive Care Unit: A National Interdisciplinary Consensus Model. *Newborn Infant Nurisng Rev*. 2015;15:24–7.
30. Navarro Vásquez J. Percepción de los padres acerca de la calidad del cuidado que brinda la enfermera al recién nacido, Unidad de Cuidados Intermedios



- Neonatales, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, septiembre 2012. *Rev Peru Obs Enferm.* 2012;8(2):108-18
31. Villafáfila C, Quirós C, Delgado EE, Mesas E, Guijarro E, Castillo MA. Visita guiada a la uci-neonatal: influencia en los estados afectivos y emocionales de los padres [Internet]. 2015 [citado 20 de enero de 2018];11(3):1-21. Disponible a: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0854.pdf>
  32. Villamizar Carvajal B, Vargas Porras C, Gómez Ortega O. Metaanálisis: efecto de las intervenciones para disminuir el nivel de estrés en padres de prematuros. *Aquichan.* 2016;16(3):276–95.
  33. Sánchez Rubio, L. Necesidades de información para la toma de decisiones de los padres frente a la hospitalización de sus hijos en Unidades de Cuidado Intensivo Pediátrico [tesis doctoral a internet]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2015 [citado 3 de marzo de 2018]. Disponible a: <http://www.bdigital.unal.edu.co/49503/1/51984829.2015.pdf>
  34. Escobar D, Ballesteros Celis N, Serrano Reatiga M. Determinantes estresores presentes en madres de neonatos pretérmino hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos. *Rev Cienc y Cuid.* 2012;9(1):43–53.
  35. Heidari H, Hasanpour M, Fooladi M. An Exploration of the Viewpoints of Parents and Nurses on Care Provision in Neonatal Intensive Care Units. *Iran J Neonatol.* 2015;6(4):30–5.
  36. Rosa C, Alonso P. Cuidados centrados en el desarrollo en las unidades neonatales. *An Pediatr Contin.* 2014;12(2):62–7.
  37. Aguiñaga Zamarripa M, Reynaga Ornelas L, Beltrán Torres A. Estrés percibido por los padres del neonato en estado crítico durante el proceso de hospitalización. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2016;24(4):27–35.
  38. Salafranca E. Haciendo camino: necesidades de los padres en la unidad de cuidados intensivos neonatales [trabajo final de máster]. Lleida: Universidad de Lleida; 2012.
  39. Brecht C, Shaw R, John N, Mccue S. Effectiveness of Therapeutic and Behavioral Interventions for Parents of Low-Birth-Weight Premature Infants: a review. *Infant Ment Heal.* 2012;33(6):651–65.
  40. Pérez Padilla J, Lorence Lara B, Menéndez Álvarez-Dardet S. Estrés y competencia parental: un estudio con madres y padres trabajadores. *Suma Psicológica.* 2010;17(1):47–57.

41. Zelman J, Ferro M. The Parental Stress Scale: Psychometric Properties in Families of Children With Chronic Health Conditions. *J Appl Fam Sci.* 2018;67:240–52.
42. Oronoz B, Alonso-Arbiol I, Balluerka N. A Spanish adaptation of the Parental Stress Scale. *Psicothema.* 2007;19(4):687–92.
43. Abado Santos F, Aguado Menéndez C, Aguilar Ros A, Avendaño Fernández C, del Barrio Seoane J, Cubero Herranz J, et al. Aspectos legales básicos de los ensayos clínicos. In: *Ensayos Clínicos en España: ética, normativa, metodología y aspectos prácticos.* 2010. p. 79–81.
44. Comitès d'ètica d'investigació clínica (CEIC) acreditats a Catalunya [Internet]. Canal Salut. Generalitat de Catalunya. 2011 [citado 3 de marzo de 2018]. Disponible a:  
[http://canalsalut.gencat.cat/ca/professionals/consells\\_i\\_comissions/comites\\_etics\\_dinvestigacio\\_clinica\\_ceic\\_acreditats/comites\\_etica\\_dinvestigacio\\_clinica\\_acreditats\\_a\\_catalunya/](http://canalsalut.gencat.cat/ca/professionals/consells_i_comissions/comites_etics_dinvestigacio_clinica_ceic_acreditats/comites_etica_dinvestigacio_clinica_acreditats_a_catalunya/)
45. Hidalgo Alsina G. Disseny d'una intervenció en la Unitat de Cures Intensives Neonatals: Programa de Cures Centrades en la Família [trabajo final de grado]. Lleida: Universidad de Lleida; 2014.
46. Consentiment informat [Internet]. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. 2018 [citado 3 de marzo de 2018]. Disponible a:  
<http://www.san.gva.es/web/dgoeicap/consentimiento-informado>
47. Organización Mundial de la Salud. Pautas para la Buena Práctica Clínica (BPC) en ensayos con productos farmacéuticos. [Internet]. 1995 [citado 4 de marzo de 2018]. Disponible a:  
<http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Jh2957s/6.3.html#Jh2957s.6.3>
48. García Ortega C, Cózar Murillo V, Almenara Barrios J. La autonomía del paciente y los derechos en materia de información y documentación clínica en el contexto de la Ley 41/2002. *Rev Esp Salud Publica.* 2004;78(4):469–79.
49. Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal. Ley 15/1999 de 13 de diciembre. *Boletín Oficial del Estado*, nº 298, (14-12-1999).
50. Ginovart G. Cuidados centrados en el desarrollo: un proyecto común. *Aloma.* 2010;26:15–27.

## 11. Anexos

### Anexo 1. Hoja informativa y consentimiento informado para padres

Bienvenido/a papá/mamá,

Te invitamos a participar en un proyecto de intervención que se realiza para elaborar el Trabajo Final de Grado de Enfermería.

El objetivo de este estudio es disminuir el estrés parental que puede causar el traspaso del recién nacido de la UCIN a la unidad de cuidados intermedios del Hospital Universitario Arnau de Vilanova, mediante la elaboración de un protocolo.

Por este motivo, se te entregará un cuestionario con el que se pretende recoger tu opinión acerca de las vivencias durante este proceso con la finalidad de analizar la situación y determinar las actividades necesarias para favorecer un clima de confianza y satisfacción.

Recuerda que tu participación es totalmente voluntaria y anónima. Si no estás de acuerdo en formar parte de la investigación nadie te atenderá de manera diferente ni la atención que recibe tu hijo/a cambiará.

Muchas gracias.

#### **Consentimiento informado**

Yo, \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_, acepto participar voluntariamente en el proyecto "Gestión del paso del recién nacido de la UCIN a intermedios".

Declaro que he leído la hoja de información del Consentimiento Informado y he recibido una explicación satisfactoria sobre los procedimientos del estudio y su finalidad. Me he quedado satisfecho/a con la información recibida, la he comprendido y todas mis dudas han sido resueltas. Entiendo que la decisión de participar es voluntaria y conozco mi derecho de retirarla cuando lo desee, con la única obligación de informar de mi decisión al responsable del estudio.

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del participante: \_\_\_\_\_

## **Anexo 2. Hoja informativa y consentimiento informado para los profesionales**

Bienvenido/a,

Te invitamos a participar en un proyecto de intervención que se realiza para elaborar el Trabajo Final de Grado de Enfermería.

El objetivo de este estudio es disminuir el estrés parental que puede causar el traspaso del recién nacido de la UCIN a la unidad de cuidados intermedios del Hospital Universitario Arnau de Vilanova, mediante la elaboración de un protocolo.

Por este motivo, se te entregará un cuestionario con el que se pretende recoger tu opinión acerca de este proceso con la finalidad de analizar la situación y determinar las actividades necesarias por parte del personal de enfermería para favorecer un clima de confianza y satisfacción.

Recuerda que tu participación es totalmente voluntaria y anónima.

Muchas gracias.

### **Consentimiento informado**

Yo, \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_, acepto participar voluntariamente en el proyecto "Gestión del paso del recién nacido de la UCIN a intermedios".

Declaro que he leído la hoja de información del Consentimiento Informado y he recibido una explicación satisfactoria sobre los procedimientos del estudio y su finalidad. Me he quedado satisfecho/a con la información recibida, la he comprendido y todas mis dudas han sido resueltas. Entiendo que la decisión de participar es voluntaria y conozco mi derecho de retirarla cuando lo desee, con la única obligación de informar de mi decisión al responsable del estudio.

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del participante: \_\_\_\_\_

### **Anexo 3. Escala de Estrés Parental y datos socio-demográficos**

#### **Datos generales:**

Sexo del padre/madre:  Hombre  Mujer

Edad: \_\_\_\_\_

Edad en la que fue madre/padre por 1ª vez: \_\_\_\_\_

Número de hijos: \_\_\_\_\_

Sexo del bebé:  Niño  Niña

Semana de Gestación: \_\_\_\_\_

Peso al nacer: \_\_\_\_\_ gr

Edad del bebé: \_\_\_\_\_

#### **Escala de valoración de estrés parental**

Lea las siguientes frases y conteste con una "X" en la casilla que se ajuste mejor a usted, siendo 1 = muy en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = indeciso, 4= de acuerdo, 5 = totalmente de acuerdo.

| <b>Frases</b>  | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|
| Me siento feliz en mi papel como padre/madre                                   |          |          |          |          |          |
| No hay nada o casi nada que no haría por mi hijo/a si fuera necesario          |          |          |          |          |          |
| Atender a mi hijo/a a veces me quita más tiempo y energía de la que tengo      |          |          |          |          |          |
| A veces me preocupa el hecho de si estoy haciendo lo suficiente para mi hijo/a |          |          |          |          |          |
| Me siento muy cercano/a a mi hijo/a  |          |          |          |          |          |
| Disfruto pasando tiempo con mi hijo/a  |          |          |          |          |          |
| Mi hijo/a es una fuente importante de afecto para mi                           |          |          |          |          |          |

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| Tener un hijo/a me da una visión más certera y optimista para el futuro       |  |  |  |  |  |
| La mayor fuente de estrés en mi vida es mi hijo/a                             |  |  |  |  |  |
| Tener un hijo/a deja poco tiempo y flexibilidad en mi vida                    |  |  |  |  |  |
| Tener un hijo/a ha supuesto una carga financiera                              |  |  |  |  |  |
| Me resulta difícil equilibrar diferentes responsabilidades debido a mi hijo/a |  |  |  |  |  |
| El comportamiento de mi hijo/a a menudo me resulta incómodo o estresante      |  |  |  |  |  |
| Si tuviera que hacerlo de nuevo, podría decidir no tener un hijo/a            |  |  |  |  |  |
| Me siento abrumado/a por la responsabilidad de ser padre/madre                |  |  |  |  |  |
| Me siento satisfecho/a como padre/madre                                       |  |  |  |  |  |
| Disfruto de mi hijo/a   |  |  |  |  |  |

Finalmente, puede dejar aquí un comentario y/o sugerencias:

---



---



---

**Muchas gracias por su colaboración**