



UNIVERSIDAD DE OVIEDO
CENTRO INTERNACIONAL DE POSTGRADO
MÁSTER UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y CUIDADOS
CRÍTICOS

“CUIDADOS CENTRADOS EN EL DESARROLLO BAJO LA PERSPECTIVA
DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
NEONATALES DE UN HOSPITAL DE ESPAÑA Y DE MÉXICO”

SULPICIA GUDALUPE CONTRERAS JASSO

JUNIO 2012

TRABAJO FIN DE MÁSTER





UNIVERSIDAD DE OVIEDO
CENTRO INTERNACIONAL DE POSTGRADO
MÁSTER UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y CUIDADOS
CRÍTICOS

“CUIDADOS CENTRADOS EN EL DESARROLLO BAJO LA PERSPECTIVA
DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
NEONATALES DE UN HOSPITAL DE ESPAÑA Y DE MÉXICO”

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Autora

Sulpicia Gudalupe Contreras Jasso

Tutora

Dra. M^a Pilar Mosteiro Díaz



MASTER UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS

MARIA PILAR MOSTEIRO DIAZ, Doctora en Psicología por la Universidad de Oviedo, Profesora Titular de Universidad del Departamento de Medicina, Área de Enfermería y Profesora del Master de Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos,

CERTIFICA:

Que el trabajo fin de Máster presentado por Dña Sulpicia Guadalupe Contreras Jasso, titulado **“CUIDADOS CENTRADOS EN EL DESARROLLO BAJO LA PERSPECTIVA DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DE UN HOSPITAL DE ESPAÑA Y DE MÉXICO”** realizado bajo mi dirección, dentro del Máster en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos de la Universidad de Oviedo, reúne a mi juicio las condiciones necesarias para ser admitido como Trabajo Fin de Máster en la Universidad de Oviedo.

Y para que así conste dónde convenga, firmo la presente certificación.

En Oviedo a uno de junio del 2012

V ° B °

Fdo: **María Pilar Mosteiro Díaz**

Tutora/Directora del Proyecto

AGRADECIMIENTOS:

El presente Trabajo Fin de Máster es un esfuerzo en el cuál, directa o indirectamente, participaron varias personas leyendo, opinando teniéndome paciencia, dando ánimo, acompañando en los momentos de crisis y en los momentos de felicidad, Dr. Ricardo

Agradezco infinitamente a la Dra. Pilar Mosteiro por haber confiado en mi persona, por brindarme su apoyo en muchos aspectos, por la paciencia ante mi inconsistencia y por la dirección en este trabajo.

A mi Madre y hermanas que me acompañaron en esta aventura que significó la Maestría que a pesar de la distancia estuvieron de forma incondicional, siempre atentas para saber como iba mi proceso.

ÍNDICE

1. <u>INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN</u>	3
2. <u>ESTADO ACTUAL DEL TEMA</u>	7
2.1 Recién Nacido Prematuro	7
2.2 Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales	10
2.3 Cuidados Centrados en el Desarrollo	12
2.4 Programa de Evaluación y Cuidado Individualizado del Desarrollo del Recién Nacido	22
3. <u>HIPÓTESIS Y OBJETIVOS</u>	28
3.1 Hipótesis Alternativa	28
3.2 Hipótesis Nula	28
3.3 Objetivos	28
3.3.1 Objetivo General	28
3.3.2 Objetivos Específicos	28
4. <u>METODOLOGÍA</u>	29
4.1 Tipo de Estudio	29
4.2 Población	29
4.3 Criterios de Inclusión	29
4.4 Criterios de Exclusión	29
4.5 Lugar de Estudio	30
4.6 Tiempo de Estudio	30
4.7 Definición de las Variables	30

4.8 Cuestionario	31
4.9 Procedimiento	31
4.10 Estudio Estadístico	33
5. <u>LIMITACIONES</u>	34
6. <u>CONSIDERACIONES ÉTICAS</u>	35
7. <u>RECURSOS NECESARIOS</u>	36
7.1 Recursos Humanos	37
7.2 Recursos Materiales	37
7.3 Presupuesto	37
8. <u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	38
9. <u>ANEXOS</u>	39

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

El profesional de Enfermería es uno de los responsables del cuidado dirigido al desarrollo físico, psíquico y social del recién nacido en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). En este trabajo se dará a conocer el Programa de Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NID-CAP) y principalmente, como son los cuidados centrados en el desarrollo bajo la perspectiva del profesional de Enfermería que trabaja en la UCIN, en un hospital de Oviedo, España y de San Luis Potosí, México, tomando en cuenta que en Latinoamérica no se ha implementado como tal el programa NID-CAP, exceptuando un centro de entrenamiento conocido en Argentina¹.

En México sin embargo se llevan a cabo cuidados centrados en el desarrollo, de tal manera que es importante conocer las diferentes perspectivas, desde el punto de vista de la Enfermería, que es quien implementa estos cuidados, las diferencias entre un programa estandarizado a nivel Europeo y la aceptación que tendría en México, dada la diversidad existente entre hospitales, por lo tanto se realizará el estudio en dos hospitales de similar población de profesionales para comprender la experiencia de enfermeras que actúan en la UCIN de ambos países.

En la actualidad existen muchos estudios que han propuesto que la calidad del cuidado que reciben los recién nacidos prematuros en la UCIN ha tenido un impacto significativo en esta población² Para reducir las disfunciones en el desarrollo del recién nacido pretérmino, el cuidado neonatal se debe modificar para apoyar el progreso emocional, social y cerebral durante la hospitalización, mediante el cuidado centrado en el desarrollo.

El recién nacido pretérmino (RNPT), pasa meses en la UCIN, en donde está expuesto a un ambiente muy distinto al del útero. Este ambiente incluye largos períodos de luz, ruidos no naturales, alteraciones repetidas y molestias y dolor por los procesos de atención sanitaria. Por ello, se han hecho intentos para modificar el ambiente de la UCI neonatal y la experiencia de los niños. El NIDCAP introducido a mediados de los ochenta, en el que se utiliza una combinación de estrategias para disminuir el estrés asociado a los cuidados de la UCI neonatal, es único. El programa incluye control de los estímulos externos (auditivos, visuales y táctiles), posición y grupos de actividades de enfermería según la valoración de las necesidades ambientales de cada recién nacido³.

También en los años ochenta se introduce la atención orientada al desarrollo, en donde se veía al prematuro más allá de un respirador, y un cuidado asistencial, es decir, como una estrategia para abordar los impactos ambientales, con un enfoque diseñado para modificar el entorno de la UCIN, incluyendo a la familia y así minimizar el estrés que sufre el RN.

En los últimos años la comunidad internacional ha realizado esfuerzos para convocar a cada uno de los países al desarrollo de programas de todo tipo encaminados a la protección de la infancia, para poder lograr mejorar la calidad en los Recién Nacidos, para que alcancen niveles cada vez más altos de desarrollo.

Los principales focos de investigación clínica neonatal han sido los avances tecnológicos y farmacológicos en los cuidados intensivos neonatales y su impacto en los resultados a corto y largo plazo. La mortalidad neonatal alcanzó un mínimo insuperable a finales de los noventa. Sin embargo, esto se ha asociado con altos índices de morbilidad neonatal y alteraciones del desarrollo neurológico⁴

Desde la perspectiva del profesional de enfermería se han realizado importantes aportes en relación con el concepto cuidado de la salud en su dimensión individual y colectiva, con elementos cognitivos, teórica y metodológicamente. El cuidado centrado en el desarrollo implica para el profesional de enfermería, una relación con el recién nacido, dirigida a potencializar sus capacidades y a estimular la utilización de medidas que ayuden a mejorar su bienestar, lo que requiere el trabajo en equipo con otros profesionales y la participación de la familia cara a prestar unos cuidados adecuados a su desarrollo y a una buena calidad de vida.

El profesional de enfermería siempre tiene como objeto de estudio los cuidados, en este caso cuidados dirigidos al niño y a su familia. Por este motivo me pareció de interés la elección de este tema debido a mi experiencia profesional en el Área pediátrica así como la realización del itinerario de niño en este Máster. Asimismo, el tener la posibilidad de trabajar en un entorno hospitalario español y además volver a México me da la oportunidad de planificar un proyecto de trabajo que quisiera desarrollar.

Para iniciar la elaboración de este proyecto he realizado una recopilación bibliográfica para saber la diferencia entre lo establecido y lo realizado en el cuidado, que actividades son prioritarias dentro de la unidad, cual es la percepción que tienen del programa y el apego a éste, así como en el ámbito preventivo, cómo se maneja el profesional para proporcionar un desarrollo integral al niño y familia, para conocer cuál es la importancia que le dan las Enfermeras de la UCIN a los Cuidados Centrados en el Desarrollo.

En segundo lugar describiré las características de las Unidades donde realizaré el estudio: El Hospital Universitario Central de Asturias en el que ya se lleva a cabo parte del programa de CCD, aunque no de forma completa y en San Luís Potosí, México, en el Instituto Mexicano de Seguridad Social Zona 2, no tiene desarrollado el programa de NIDCAP, sin embargo tienen un programa en donde se llevan a cabo los cuidados centrados en el desarrollo, todo esto bajo la perspectiva de Enfermería, con fin de dar a conocer las modificaciones necesarias y los logros que han alcanzado con los CCD, para poder realizar un programa Iberoamericano enfocado en la disminución del ambiente nocivo para disminuir el estrés y con esto evitar secuelas y promover su neurodesarrollo.

2. ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Para llevar a cabo el estado actual del tema se realizó una búsqueda bibliográfica en el Registro de Ensayos del Grupo Cochrane para una Práctica y Organización Sanitaria Efectivas, MEDLINE, EMBASE, Google y Google Scholar, Grupo Cochrane de Neonatología (Cochrane Neonatal Review Group), PubMed, EMBASE. No se aplicó ninguna restricción de idioma.

Se utilizó la siguiente estrategia de búsqueda: NIDCAP 2. AND nurse care OR infant stimulation.

2.1 Recién Nacido Prematuro

La Organización Mundial de la Salud (OMS) con el apoyo de centros europeos, definió como prematuro a aquel recién nacido (RN) antes de las 37 semanas de embarazo cumplidas (259 días), basado en que los RN entre 37-38 semanas, serían de bajo riesgo, especialmente en países en desarrollo, donde este grupo se comporta como RN maduros y por tanto no necesitan atención especial.⁵

Los neonatos prematuros están en riesgo de desarrollar problemas del desarrollo, incluidos los trastornos del desarrollo motor y cognitivo; El desarrollo cognitivo se refiere a la habilidad del pensamiento, aprendizaje y el desarrollo motor al movimiento de los neonatos, como sentarse, gatear y caminar, las intervenciones tempranas del desarrollo se dirigen a reducir los problemas motores y cognitivos, sin embargo, los beneficios de estos programas no son claros. Una revisión de los ensayos sugiere que los programas de intervención del desarrollo después del alta hospitalaria para neonatos prematuros son efectivos para mejorar el desarrollo cognitivo a corto y mediano plazo (hasta la edad preescolar). Hay pruebas limitadas acerca de que las

intervenciones tempranas del desarrollo mejoren el resultado motor o el resultado cognitivo a largo plazo (hasta la edad escolar)⁶

Existen factores de riesgo relacionados con la prematuridad como son:

- Bacteremia o Pielonefritis
- Enfermedad periodontal
- Infecciones de transmisión sexual
- Placenta previa
- Edad materna (<18 o >40años)
- Hemoglobina materna <19mg/dL.
- Toxicomanías, Estrés, Fatiga ocupacional
- Parto pretérmino en embarazo previo.

Los recién nacidos prematuros pueden desarrollar diversos problemas porque sus órganos no están maduros. Hay inquietud de que un ambiente desfavorable en la UCIN puede agravar estos problemas y afectar negativamente en el crecimiento del neonato que tiene el cerebro particularmente vulnerable.

La prematuridad es uno de los mayores problemas sanitarios de los países desarrollados, en España el 8% de los neonatos nace antes de la 37 semanas de edad gestacional (recién nacidos prematuros) y el 1%, antes de la semana 32 (grandes prematuros). Este último grupo (menores de 32 semanas y/o menores de 1500 gr. de peso) conlleva una alta morbi-mortalidad y genera un elevado coste familiar, social, sanitario y económico, tanto en su ingreso neonatal como en su seguimiento a lo largo de toda su infancia.⁷

En México, en los últimos años se ha registrado un incremento de niños prematuros de los 2.300.000 nacimientos al año, se estima que el 1.46% son de un peso menor a 1500 gramos; casi 40.000 recién nacidos requerirán cuidados intensivos⁸

Actualmente en España nacen alrededor de 30000 recién nacidos prematuros tardíos cada año, representando un 79 % de los nacimientos de prematuros tardíos y constituyen una población que tiene una tasa de morbilidad significativamente mayor que los recién nacidos a término, de hecho el riesgo de morbilidad se multiplica por dos cada semana que se adelanta el parto antes de las 38 semanas, a pesar de ello existe una cierta infravaloración respecto a su evolución respecto a su evolución a corto y largo plazo⁹

Se constata un aumento de las tasas de prematuridad en España en los últimos 20 años. En los datos disponibles en el Instituto Nacional de Estadística (INE) de los últimos 10 años, la tasa de prematuridad global varió entre 1996 y 2006 del 5,84% al 6,84%,¹⁰, habiendo diferencias entre las Comunidades Autónomas y los diferentes Hospitales que superan en algunos al 10 % del total de nacimientos.

El registro oficial de los recién nacidos de peso inferior a 1.500 gr. era de 0,62% en el año 1996 y el 0,75% en 2006, el número de recién nacidos en España en el año 2006 fue de 482.957, y se atendieron 3.651 neonatos de peso inferior a 1500 gr. ambas tasas referidas a los que sobrevivieron más de 24 horas.¹¹

A pesar de la mejoría en las tasas de supervivencia en las últimas dos décadas, la tasa de discapacidades se mantuvo relativamente constante. Los recién nacidos prematuros o de bajo peso al nacer presentan un mayor riesgo para padecer trastornos cognitivos, motores y conductuales en comparación con los recién nacidos

de término. Hasta 50% de los niños prematuros pueden presentar dichos trastornos y de 5% a 15% presentarán parálisis cerebral infantil¹²

2.2 Unidad De Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)

La mortalidad en los niños prematuros ha disminuido de forma muy importante debido principalmente al avance tecnológico y científico, sin embargo, no ha existido una disminución significativa en las secuelas a largo plazo especialmente las áreas del neurodesarrollo. Los problemas que presentan los niños que fueron prematuros en edad escolar o adolescentes se han relacionado con el ambiente muchas veces estresante de las unidades de cuidados intensivos neonatales. Los nuevos programas de atención enfocados en el desarrollo del recién nacido prematuro, han logrado disminuir estas secuelas. El nacimiento pretérmino coloca al prematuro fuera de su entorno en el útero, en un momento en que su cerebro está creciendo más rápidamente que en cualquier otro período de su vida. Ha sido privado bruscamente de protección materna frente a perturbaciones ambientales, aporte mantenido de nutrientes, temperatura estable y ciclos cronobiológicos. Su supervivencia requiere un cuidado médico y tecnológico muy especializado, sólo practicable en una UCIN, definida por algunos como un cruce de humanidad y tecnología¹³

La capacidad del recién nacido pretérmino para organizar su conducta y adaptarse al medio es limitada y es incapaz de rechazar estímulos desfavorables. Los estímulos inapropiados que un niño recibe durante su estancia en la unidad neonatal pueden tener como resultado la inhibición del desarrollo neuronal e interferir en su diferenciación morfológica y funcional¹⁴

El recién nacido, incluso el prematuro muy pequeño, es capaz de demostrar una conducta motora más organizada cuando está en un ambiente tranquilo y más adaptado a sus necesidades. En los bebés prematuros, la calidad y tipo de experiencias antes de alcanzar la edad de término influyen significativamente en el desarrollo cerebral.¹⁵

El concepto de cuidado neonatal con atención preferente al desarrollo ha aparecido en los últimos años en respuesta a preocupaciones crecientes acerca del impacto del ambiente de las UCIN, en el desarrollo de los niños pretérmino a largo plazo. A pesar de la dramática mejoría de las tasas de supervivencia, la incidencia de alteraciones sensoriomotoras, cognitivas y de conducta permanece significativamente alta.

La UCIN constituye ambiente terapéutico apropiado para tratamiento del RN en estado grave la fragilidad, la creciente implementación de procedimientos de alto riesgo y la baja tolerancia a errores de medicación en los RN son algunas preocupaciones de los profesionales de enfermería que actúan en la UCIN.¹⁶

La constante interacción con los familiares de los recién nacidos, requiere capacitación del equipo de salud para ofrecerles soporte en ese momento de vulnerabilidad, siendo así la enfermera responsable de la implantación de un cuidado que valora el desarrollo físico, psíquico y social del RN y familia.¹⁷

El niño en las UCIN recibe un patrón de estimulación inapropiado (no contingente, no recíproca, y dolorosa) que podría inhibir el desarrollo neuronal e interferir en su diferenciación. El niño es capaz de demostrar una conducta motora más competente cuando está en un estado más organizado, tranquilo y de alerta.

Cuando un niño nace antes de tiempo, se sumerge rápidamente en el mundo de UCIN, donde existe una explosión de los estímulos excesivos (ruido, luz, olores, manipulación, procedimientos dolorosos) la alteración del ritmo circadiano y una separación de su madre.

2.3 Cuidados Centrados En El Desarrollo (CCD)

En las últimas décadas se ha creado una nueva filosofía del cuidado del niño prematuro, basada en la atención del desarrollo con una forma de atención más cálida, humana, y de sentido común para cubrir las necesidades del bebé prematuro y su familia. Se ha demostrado que los niños que reciben una atención centrada en el desarrollo, en el marco de tratamiento médico de las UCIN, han mejorado los resultados neuroconductuales a largo plazo¹⁸

La estancia del niño prematuro en la unidad neonatal provoca efectos no deseados tanto en el recién nacido como en su familia. La exposición del niño a un medio hostil, como lo es una unidad de cuidados intensivos, dificulta la organización del cerebro en desarrollo. Además, los padres sienten un impacto emocional, que modifica el proceso de crianza. La investigación ha puesto de manifiesto que los programas de cuidados centrados en el desarrollo tienen un efecto favorable para el desarrollo del recién nacido.¹⁹

Las intervenciones del cuidado individualizado enfocadas en el desarrollo están dirigidas a mejorar los resultados físicos y de conducta, disminuyendo los factores ambientales estresantes y reestructurando las actividades de cuidado en respuesta a las claves de conducta del niño.

Los Cuidados Centrados en el Desarrollo, son una categoría de intervenciones amplia diseñada para minimizar el estrés del ambiente de la UCIN. Las cuales pueden incluir ciertos elementos como el control de los estímulos externos (vestibulares, auditivos, visuales, táctiles), el agrupamiento de las actividades de cuidado de enfermería y el posicionamiento o el empleo de rollos de toallas o mantas para brindar al recién nacido una sensación de contención similar a la experiencia intrauterina.

Los recién nacidos prematuros experimentan un rango de morbilidad relacionado con la inmadurez de sus sistemas orgánicos y con las patologías concurrentes. Existe cierta preocupación acerca de la posibilidad de que un ambiente desfavorable en la UCIN aumente esta morbilidad. La modificación del ambiente podría minimizar los efectos iatrogénicos. Un impacto negativo del ambiente de la UCIN se puede manifestar de diversas maneras en el neonato prematuro.

Los típicos marcadores de estrés son los parámetros fisiológicos como el aumento de la frecuencia cardíaca y la disminución de la saturación de oxígeno. El crecimiento del recién nacido se ve negativamente afectado por un mayor gasto de energía que puede ocurrir durante la atención de enfermería de rutina. Los efectos adversos del ambiente podrían también demorar la recuperación del recién nacido de las típicas enfermedades del prematuro. El cerebro del prematuro se desarrolla rápidamente, y es particularmente vulnerable a un ambiente estresante. Los efectos perjudiciales de este estrés podrían tener implicaciones a corto y largo plazo para un desarrollo neuroconductual comprometido.²⁰

De tal manera se han desarrollado estrategias para generar un macro y micro ambiente para los cuidados especiales en la UCIN, a continuación se detallaran:

Visita de los Padres

Convencionalmente se ha pensado que para controlar la infección nosocomial en las unidades neonatales era primordial limitar el contacto físico del neonato con su familia e incluso la entrada a la misma, a la zona de ingreso puesto que las madres y los padres se veían como una fuente posible de contaminación. Por otro lado el neonato y más aun el prematuro se consideraba un ser sin capacidad de relacionarse y con poca expresividad de daño emocional secundario a experiencias tempranas o incluso sin capacidad de recuerdo. Esto, unido a la complejidad de los cuidados, hace que los espacios se limiten y den a la unidad un aspecto muy técnico, frío, poco amigable y con poco espacio para las visitas.²¹

La Organización Mundial de la Salud, (OMS), recomienda no separar al recién nacido de su madre, ya que hacerlo conlleva perjuicios para la salud física, emocional y mental del bebé y la madre. La cercanía con la madre favorece un mejor desarrollo psicomotriz, una mayor estimulación y un aumento de sensación de seguridad al bebé. El contacto piel con piel inmediato del recién nacido y su madre tras el nacimiento regula el ritmo cardíaco, la temperatura, la glucosa en sangre y el sistema inmunitario del recién nacido²² de tal manera que se han demostrado los siguientes beneficios:

- Las madres y los padres se sienten mejor y les ayuda a disminuir su grado de ansiedad²³,
- Mejora el grado de satisfacción de su experiencia en la unidad neonatal²⁴
- Mejora la calidad del vínculo con el niño
- Beneficia la interacción con el niño
- Facilita la práctica del método canguro que conlleva efectos de mejora en la estabilidad metabólica y hemodinámica del niño, disminución de infecciones, analgesia y disminución del llanto, mejora la tasa de lactancia y su duración,

con todas las ventajas que implica y mejora el desarrollo psicomotor y neurosensorial

- Aporta a las familias facilidad para cuidar de su hijo no sólo durante el ingreso sino en su casa mejorando el ambiente familiar²⁵

Por lo tanto los cuidados a implementar primero es reconocer el papel de la familia como esencial durante el ingreso del niño y a partir de esto favorecer la unión y la fuerza de la familia dentro de la unidad neonatal así como facilitar un espacio físico confortable para la familia y áreas donde los hermanos puedan permanecer tranquilos sin que alteren la visita de los padres, ayudar al aprendizaje y participación de la familia en los cuidados y toma de decisiones del niño, respetar la diversidad de culturas, religiones y tradiciones familiares, promocionar una atención individualizada, favorecer las reuniones de padres y grupos de apoyo entre las familias.

También se debe de divulgar el lavado de manos en los visitantes, familiares y personal sanitario como la principal medida de control para prevenir infecciones nosocomiales y principalmente desarrollar políticas y prácticas hospitalarias que favorezcan la Iniciativa de hospitales y unidades neonatales amigas de la madre y niño de acuerdo con UNICEF ²⁶

Cuidado Madre/Padre Canguro

El Método de Cuidado Madre Canguro (MMC) se define como el contacto piel a piel entre una madre o padre y su recién nacido. En la definición más amplia del MMC se incluye que el niño esté con lactancia materna exclusiva o casi exclusiva y que se intente el alta temprana del hospital²⁷

El MMC nace en Bogotá, Colombia. En 1983, los doctores Rey y Martínez, desarrollan este método como alternativa a los cuidados en incubadora, para los recién nacidos prematuros que habían superado dificultades iniciales y que únicamente necesitaban alimentarse y crecer. Consiste fundamentalmente en un contacto piel con piel temprano, continuo y prolongado entre la madre y su hijo. Se trata de un método eficaz y fácil de aplicar que fomenta la salud y el bienestar tanto del recién nacido como de la madre²⁸.

En España, el método Canguro se utiliza de manera complementaria a la incubadora aunque es un recurso no muy utilizado en las unidades neonatales ya que solamente un 10% de las unidades neonatales tienen las puertas abiertas a los padres y casi la mitad de las unidades ponen dificultades para el contacto físico de los padres con su hijo.¹⁹

Beneficios del MMC:

- Los recién nacidos prematuros cuidados bajo el MMC presentan una mayor estabilidad de las constantes vitales
- Durante el MMC los niños consiguen tener un mayor periodo de sueño, siendo éste más profundo y estable; incluso hay estudios que demuestran que la maduración de los patrones de sueño se ve favorecida por el MMC²⁹.
- El MMC favorece la lactancia materna, incrementando su duración (5,08 meses en el grupo canguro frente a 2,05 meses en el grupo control ($p= 0,003$), incluso la producción láctea de las madres.³⁰
- Cuando los niños se encuentran en canguro con sus padres sienten menos dolor ante los estímulos dolorosos, evitando por tanto los efectos no deseados que tiene el dolor sobre los cerebros en desarrollo.

- Los padres que cuidan a sus hijos bajo el MMC durante el ingreso en las unidades de cuidados intensivos muestran menores niveles de ansiedad y además posteriormente desarrollan mayor confianza en el cuidado de sus hijos y una mayor atención a sus necesidades³¹

La duración diaria del contacto piel con piel entre el niño/a y sus padres no debería ser inferior a una hora pero puede llegar hasta prácticamente las 24 horas del día, y desde unos pocos días hasta varias semanas. Cuanto más duran los cuidados, más fuerza adquiere la posible asociación directa y causal entre el MMC y sus efectos beneficiosos; Para llevar a cabo el MMC el recién nacido debe colocarse en una posición vertical entre los pechos de la madre o sobre el tórax del padre, en decúbito ventral (posición de rana); la cabeza girada hacia un lado, ligeramente extendida para dejar libre la vía aérea y además favorecer el contacto visual entre madre e hijo, el tórax del padre/madre estará desnudo para favorecer el mayor contacto con su hijo/a, evitando en la medida de lo posible la utilización de cadenas, el uso de colonias o cremas con olor, Se le debe recomendar al padre/madre utilizar ropa cómoda y a ser posible de algodón, el niño estará vestido con un gorro y un pañal, se recomienda el uso de fajas, que permiten una mayor movilidad a la madre/ padre durante el tiempo que permanezcan en MMC, aunque el niño este fuera de la incubadora se debe de continuar monitorizando las señales vitales, los padres y madres pueden ir aprendiendo cómo colocarse al niño y cómo mantenerlo adecuadamente en posición canguro.³²

Analgesia no Farmacológica

El dolor es definido por la Internacional Association for the Study of Pain (IASP) como: “una experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos”³³

Se denomina analgesia no farmacológica a una serie de medidas profilácticas y complementarias que tienen como objeto la reducción del dolor y que no conllevan la administración de medicación. La exposición al dolor de forma temprana, repetida y prolongada puede contribuir a la aparición de alteraciones en el desarrollo cognitivo y en el aprendizaje.

Antes de las 28 semanas de gestación, el feto ha desarrollado los componentes anatómicos, neurofisiológicos y hormonales necesarios para la percepción del dolor, pero además se sabe que la vía inhibitoria descendente nociceptiva no está funcionalmente madura hasta varias semanas o meses después del nacimiento³⁴

Uso de Sacarosa

Su eficacia ha sido ampliamente evaluada y actualmente se puede concluir que es segura y efectiva para el control del dolor en procedimientos aislados (punción de talón, venopunción). No está identificada la dosis más efectiva ni para niños a término ni para los prematuros pero la dosis que mas se ha evaluado ha sido 0,2 cc de sacarosa al 20% dos minutos antes del procedimiento doloroso³⁵.

Succión no Nutritiva

La succión de una tetina reduce las puntuaciones en los escores de dolor. El efecto máximo se consigue cuando se utiliza la administración de sacarosa junto con la succión de la tetina.³⁶

Amamantamiento

Los componentes de la lactancia materna que pueden contribuir al efecto analgésico incluyen la presencia de una persona reconfortante (la madre), la sensación física de contacto piel a piel, la distracción de la atención y la dulzura de la leche materna.

Tomar el pecho durante el procedimiento doloroso disminuye el llanto y la expresión dolorosa. Reduce el dolor comparado con placebo y tiene similar efecto que la sacarosa. El porcentaje de niños que lloran durante el procedimiento se reduce en un 40%. El tiempo de llanto se reduce en un 50% y existe un menor incremento en la frecuencia cardíaca. También se ha demostrado que la administración de leche de madre previa mente al procedimiento reduce los signos de dolor, sin embargo no hay estudios en niños prematuros.³⁷

Contención

Se trata de mantener al niño en posición de flexión y con los miembros próximos al tronco y hacia la línea media. Los niños que se mantienen así durante el procedimiento doloroso recuperan antes la frecuencia cardíaca basal y tienen menos expresión del dolor

Otras Medidas de Analgesia

Algunos autores incluyen en la analgesia no farmacológica son la saturación sensorial, el masaje, la música y la exposición al olor materno. Ninguna de ellas, hasta el momento, ha mostrado claros efectos analgésicos.

Cuidado Individualizado del Recién Nacido

Conjunto de medidas que deben estar siempre presentes durante la realización de cualquier cuidado y/o procedimiento. Estos cuidados en relación con la posición y manipulación del recién nacido tienen presente en todo momento la capacidad de percepción y los aspectos emocionales del niño/a. Se intenta que los padres participen en estos cuidados lo antes posible.

Se debe respetar en lo posible el derecho del RN al reposo, oscuridad, proximidad, liberación del dolor si lo tuviera, y procurando un cuidado individualizado tanto para él como para su familia. El neonato ingresado en una UCIN es un paciente muy complejo por lo que necesita de un abordaje multidisciplinar óptimo.

Los grandes prematuros que ingresan en la UCIN tienen un desarrollo incompleto en el tejido muscular, en el tono flexor de las extremidades, en la estructura de sus articulaciones, en el cráneo y en las curvaturas de la columna vertebral. El desarrollo primario del tejido muscular tiene lugar antes del nacimiento, pero la diferenciación de las fibras musculares se considera incompleta hasta la semana 40 de gestación. Como consecuencia de esto los neonatos están predispuestos a sufrir fatiga muscular especialmente en los músculos respiratorios

Uno de los elementos ambientales más importantes al que se enfrenta el RNPT es la fuerza de la gravedad. En estos niños una medida muy importante es la contención del cuerpo. De esta forma se les incrementa la sensación de seguridad, proporcionando quietud y auto-control, se les puede ayudar colocándoles dentro de un “nido”, con las extremidades flexionadas dentro de este, semejando un útero materno artificial, y favoreciendo el encuentro con la línea media.³⁸

Disminución del ruido y adecuación del nivel de luz en las UCIN

El impacto fisiológico del Ruido ha sido comunicado en diferentes trabajos, la relación entre la intensidad del ruido y los parámetros biológicos inmediatos es variable, pero en general se muestra que al disminuir el ruido disminuye el ritmo cardíaco, la presión arterial, el ritmo respiratorio y también influye sobre los ciclos del sueño alargando el periodo de sueño tranquilo, evitando los incrementos de presión intracraneal e hipoxemia.³⁹

Deberían seguirse las recomendaciones que propone la Academia Americana de Pediatría: < 45 dB (10 – 55 dB) y un máximo de 65- 70 dB de forma transitoria; La colocación de sonómetros en forma de oreja en las paredes de las salas puede ayudar a adecuar nuestro timbre de voz, niveles de alarmas de respiradores y monitores, etc. Es aconsejable que inicialmente se conozca el nivel habitual de ruido para colocar las alarmas lumínicas, y cada cierto tiempo iremos disminuyendo los niveles hasta conseguir lo adecuado.⁴⁰

Se teorizó mucho sobre los efectos de la luz intensa y el daño retiniano, por lo que se debe individualizar la exposición a la luz según la madurez y la estabilidad, estableciendo diferentes estrategias para disminuir la intensidad, con cobertores o mantas en las incubadoras, proteger y facilitar el sueño, Para proteger a los niños prematuros de estímulos lumínicos que podrían perjudicarles, se recomienda:

- Evitar la exposición a la luz directa. En las manipulaciones en las que se precise alta intensidad lumínica se taparán los ojos del niño.
- Individualizar la exposición a la luz según la madurez y la estabilidad, estableciendo diferentes estrategias para disminuir la intensidad, con cobertores o mantas en las incubadoras y proteger y facilitar el sueño
- Facilitar una transición suave desde el sueño a la vigilia y viceversa; recoger el nivel de tolerancia a la luz de cada niño a través de la observación.
- Medir la intensidad de la luz y ajustarla a las recomendaciones anteriores.
- Proporcionar ritmos circadianos a los mayores de 32 semanas durante una o dos horas, de día y cuando el niño esté preparado.

2.4 Newborn Individualized Developmental Care And Assessment Program (NIDCAP) / *Evaluación Y Cuidado Individualizado Del Desarrollo Del Recién Nacido*

La Dra. Heidelise Als, desarrolló una teoría y método sistemático para valorar las necesidades de desarrollo de los recién nacidos prematuros: NIDCAP. La atención orientada al desarrollo, se centra en el medio ambiente y el neonato, está diseñada para disminuir el estrés del neonato en la UCIN. Cherry Bond, enfermera neonatal, es la pionera en hablar del tacto positivo. Ella observó que 90% del tacto que recibe un neonato en la UCIN, es negativo y 10% positivo. El 8% es aportado por los padres y 2% por el personal de enfermería¹⁴.

El NIDCAP es un programa de evaluación e intervención realizado por profesionales entrenados en el Neurodesarrollo que se basa en observaciones conductuales formales del niño antes, durante y después de los procedimientos de cuidado. Sirve para utilizar todas las técnicas de desarrollo integral acerca de la atención individualizada y centrada en la familia; Plantea una nueva filosofía para el cuidado del prematuro desde hace más de tres décadas, con gran preocupación por el impacto ambiental en el desarrollo de los pretérminos en su evolución a largo plazo. En este programa el niño y la familia pasan a ser el centro de atención y las intervenciones en sí mismas quedan en un segundo plano.

El objetivo es asegurar una respiración coordinada, calmada, el descanso, la coloración adecuada, tracto digestivo “en calma”, expresión facial tranquila, adecuado tono de extremidades y tronco; posición confortable, individualizar el tiempo de realización de cada procedimiento e intervención según las necesidades y patrones de descanso de cada bebe y proveer de periodos de autorregulación y relajación

acompañados durante los mismos. Los proveedores del NIDCAP, mediante la observación de los signos de estrés y confort del recién nacido, ajustan los cuidados y tienen el concepto del bebé como participantes activos de su propio cuidado. Los padres son apoyados en el cuidado de sus hijos, se les alienta a participar en los cuidados de enfermería y cargarlos tanto tiempo como deseen en el ciclo de 24 horas.

Bases del NIDCAP: Teoría de Interacción Del Desarrollo y Práctica Observacional

El programa NIDCAP, proporciona un marco para el cuidado individualizado del prematuro ayudando a comprender su conducta a través del lenguaje corporal se basa en el desarrollo de la Teoría de Interacción, en esta teoría el RN es considerado como el actor principal de su propio desarrollo cuyo funcionamiento se basa alrededor de cinco subsistemas que están en estrecha interacción entre sí, sujetos a la influencia del medio ambiente que proporciona un marco para comprender la conducta de los prematuros:

1. **Motor:** Valora el tono muscular, movimiento, actividad y postura.
2. **Autonómico:** Es el funcionamiento básico del cuerpo necesario para la supervivencia., los indicadores son el color de la piel, F. y patrón respiratorio.
3. **Estados:** Categoriza el nivel del sistema nervioso central en cuanto a vigilia - sueño - despertar - llanto, demostrando la robustez y modulación de sus estados y los patrones de transición de uno a otro
4. **Atención-interacción:** Capacidad del niño para interactuar con el medio
5. **Autorregulación,** valora los esfuerzos del niño para conseguir el balance con los otros subsistemas ⁴¹

Práctica Observacional

Otras de las bases del NIDCAP es la práctica observacional del comportamiento detallado del RN a través de una tabla de evaluación basada en la escala de Brazelton, donde se enumeran los parámetros fisiológicos y de comportamiento del RN llevándose a cabo antes y después de haber realizado un procedimiento de atención, cabe destacar la capacidad y vulnerabilidad de los niños en esta etapa de desarrollo, el nivel de adaptación con el medio ambiente como lo son:

- 1) Estructurar el medio ambiente adecuado en la UCIN para un RNPT y su familia
- 2) Distribuir y organizar los cuidados de Enfermería así como las intervenciones medicas adecuadas a la individualidad del RN y su familia
- 3) Proporcionar apoyo y confianza a los padres en el cuidado de las necesidades físicas y de desarrollo de sus bebés.⁴²

Cuando el cuidador observa, interpreta y reacciona ante las señales del RN durante su atención, para responder a las necesidades individuales del niño, de tal manera que el diseño de la atención se ha transformado para ya no estar basado en protocolos, si no más bien en centrar los cuidados, individualizarlos para cada paciente e interactuar con estos.

El NIDCAP pone al niño y a su familia en el centro de la atención y considera el recién nacido como un ser humano con sus propios derechos y necesidades específicas. Además es el único programa estructurado de atención dirigida específicamente al fin de mejorar el entorno completo e individualizado y a la atención clínica de RN hospitalizados durante varias semanas⁴³.

En la década de 1980 Als. Et al desarrolló una teoría acerca de el cuidado individualizado del recién nacido, establecida como Atención y evaluación del Programa NIDCAP, este programa en donde el profesional de Enfermería y Médicos fueron entrenados para observar los comportamientos de formación neonatal antes, durante y después de las intervenciones de cuidado, posteriormente presentaron una declaración de las recomendaciones para el cuidado por el personal y los padres.⁴⁴

Intervenciones del NIDCAP

Se realizan observaciones conductuales en cada neonato, que incluyeron el estado respiratorio, el color, las respuestas viscerales (p.ej., náuseas, hipo), el estado motor (p.ej., tono, postura), las expresiones faciales (p.ej., muecas, sonrisas) y la atención. Esta evaluación individualizada se utiliza como una medida de la tolerancia del recién nacido al ambiente y a las actividades de cuidado. Los hallazgos se convierten entonces en la base de las intervenciones del desarrollo utilizadas para disminuir los efectos perjudiciales postulados del ambiente del cuidado intensivo neonatal.⁴⁵ Las intervenciones específicas en la aplicación del programa NIDCAP son:

Modificación del Ambiente

Adecuación del ruido y luz, cubrir las incubadoras, moderar la actividad. Es importante para el desarrollo del recién nacido contar con un ambiente tranquilo, sin estímulos potencialmente nocivos como lo son el ruido. La Academia Americana de Pediatría (AAP) recomienda un nivel máximo de sonido de 45 decibeles en toda la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, ya que sonidos mayores pueden repercutir en la conducta y la agudeza auditiva. Otros estudios demuestran que la disminución de la intensidad de luz facilita el descanso, mejora los patrones de comportamiento, aumenta los periodos de sueño, disminuye la actividad motora, la frecuencia cardiaca, las fluctuaciones de la tensión arterial y aumenta la ganancia de peso.

Ayudas Posturales

Los recién nacidos tienen tendencia a permanecer en la posición que los hemos colocado, aunque ésta sea desagradable, lo que puede conducir a modificaciones en la extensión y elasticidad de los músculos así como contracturas musculares. En esta situación no se produce equilibrio entre la flexión y la extensión lo que puede conducir a un retraso en el desarrollo motor normal y a la aparición de varias alteraciones. Algunos de los dispositivos se deberían emplear para dar una adecuada posición son: dispositivos para el balance entre las posturas de flexión y extensión, rollos para contener en flexión, colchones de gel y almohadas que pueden ayudar a aliviar los puntos de presión, cojines en forma de cuña

Estructurar la Manipulación Directa

Muchos procedimientos y tratamientos de rutina en la UCIN se asocian con fluctuaciones en la presión arterial y presión venosa central con riesgo de hemorragia intraventricular. Las manipulaciones serán más frecuentes durante el día y más espaciadas por la noche. El resto del tiempo la observación será por métodos no invasivos

Promover las Conductas Autorregulatorias

La autorregulación es la capacidad del recién nacido para ajustarse y mantener el equilibrio en relación a los cambios ambientales. La base del programa es que el neonato pueda desarrollar conductas que lo protejan de estímulos inapropiados en tiempo, complejidad e intensidad. El neonato será capaz de mantener en equilibrio e integrar sus subsistemas, así como la habilidad de responder ante dichos estímulos. Una manera de promover una conducta autorregulatoria es que durante alguna

intervención que se realice al neonato se le ofrezca contención, llevar su mano a la boca o alguna maniobra que le permita llegar a la estabilidad.

Succión no nutritiva

Consiste en ofrecer al niño un chupón para que succione entre tomas, ya sea alimentado por sonda o por vía oral. Los beneficios de la succión no nutritiva se han demostrado por varios estudios, entre ellos: estabilización de la frecuencia cardiaca, aumento de los niveles de oxigenación, mejoría de la organización conductual, mayor tiempo en vigilia, menor agitación, acelera la transición a la alimentación oral.

Involucrar a los Padres en el Cuidado de su Hijo:

Es importante que los padres conozcan a sus hijos se enseñen a reconocer sus necesidades, aprendan a identificar sus señales y participen en su cuidado, esto servirá para iniciar el vínculo que se rompe al momento de la separación y aprenderán como deben manejarlo en casa y se sentirán más tranquilos y seguros. Los estudios de la Dra. Als fueron los primeros en demostrar la importancia que tiene la calidad de los cuidados del recién nacido y por lo tanto, la disminución del estrés para contrarrestar los efectos nocivos en el desarrollo cerebral del prematuro.

En NIDCAP se refuerza la relación entre el niño, los padres y los cuidadores además de disminuir el requerimiento de ventilación la asistencia, el suministro de oxígeno, y la duración de la estancia, mejorar el aumento de peso, y mejorar a largo plazo desarrollo²⁰

3. HIPOTESIS Y OBJETIVOS

3.1 Hipótesis Alternativa

La percepción de enfermería sobre los Cuidados Centrados en el Desarrollo es diferente entre España y México e influye en la aplicabilidad de los CCD, que proporciona una atención más humana, para lograr ofrecer un cuidado de calidad al recién nacido pretérmino.

3.2 Hipótesis Nula

La percepción de enfermería sobre los Cuidados Centrados en el Desarrollo no es diferente entre España y México y no influye en la aplicabilidad de los CCD.

3.3 OBJETIVOS

3.3.1 Objetivo General:

Conocer la percepción del profesional de Enfermería que trabaja en la UCIN ante el cuidado centrado en el desarrollo, en España y en México para identificar los diferentes aspectos de los cuidados que se proporcionan a los recién nacidos y sus familias, y así posteriormente implementar un protocolo estandarizado a nivel Iberoamericano.

3.3.2 Objetivos Específicos

- Describir cómo se aplican los CCD en España y en México
- Describir las condiciones ambientales y los mecanismos de control en las UCINs en los dos países
- Comparar los CCD implementados en los diferentes países

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo De Estudio

Estudio descriptivo transversal

4.2 Población

La población diana del estudio es la totalidad del personal de Enfermería (30 sujetos) que trabaje en el momento del estudio en la UCIN del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), Oviedo, España, y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS N°2), San Luis Potosí, México (30 sujetos).

Para la selección de la población se escogieron dos Hospitales Gubernamentales con similar población diana.

4.3 Criterios de Inclusión

1. Todo el personal de Enfermería que acepte participar en el estudio.
2. Que cumplimente la encuesta en su totalidad, o en su defecto al menos el 80%.
3. Que ocupe una plaza en la UCIN de las dos instituciones incluidas y se encuentren trabajando en el momento del estudio.
4. Que lleven más de 3 meses trabajando en la UCIN.

4.4 Criterios de Exclusión

1. Todo el personal de Enfermería que no acepte participar en el estudio.
2. Que no hayan completado la encuesta un mínimo del 80%.
3. Personal de Enfermería que no tenga una plaza en la UCIN en cualquiera de los dos hospitales de los países seleccionados.
4. Personal que haya trabajado menos de 3 meses en la UCIN.

4.5 Lugar de Estudio

Este estudio se realizará en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Universitario Central de Asturias de Oviedo, España y en la UCIN del Instituto Mexicano del Seguro Social Zona 2 San Luis Potosí de México.

Breve descripción de las dos UCIN:

- En el HUCA existen 12 incubadoras intensivas, 17 incubadoras de cuidados Intermedios, dos box de Aislamiento. En el último año (2011) los motivos de ingreso más frecuentes fueron Crecimiento Intrauterino Retardado, Aspiración de Meconio, Prematuridad, Reanimación severa, cardiopatías, Sepsis, Apneas, Distrés Respiratorio.
- En el IMSS2 existen 8 incubadoras de terapia Intensiva, existen 2 salas de Fototerapia con 12 cunas, una sala de Incremento Ponderal con 7 incubadoras, y cuentan con un aislado. Durante el último año (2011) los motivos de ingreso más frecuentes fueron: Asfixia neonatal, cardiopatía congénita, hiperbilirrubinemia, infecciones, Síndrome de Distrés Respiratorio.

4.6 Tiempo de estudio

El estudio se llevará a cabo durante el año 2012, iniciando la recogida de datos en mayo de 2012. Se completa la información en Plan de trabajo y Cronograma. (Tabla 1)

4.7 Definición de Variables

1. Sociodemográficas:
 - Edad: en años
 - Sexo:
 - Estado civil: Soltero, casado, divorciado,

- Estudios complementarios: Auxiliar, Grado, Postgrado, Master, Doctorado
2. Lugar de estudio:
 - HUCA, España
 - IMSS, México
 3. Experiencia profesional: en meses
 4. Conocimiento sobre NIDCAP: Si/ No
 5. Conocimiento sobre CCD: Si / No

4.8 Cuestionario CCD y NIDCAP

El instrumento de medición será el cuestionario de CCD y NIDCAP para valorar la percepción que tiene el personal ante los CCD y NIDCAP, incluye una escala tipo Likert y tiene 30 ítems. Dicho cuestionario lo representamos en el (Anexo 1).

4.9 Procedimiento.

Una vez obtenido el permiso, (Anexo 2) para llevar a cabo el estudio, la investigadora se dirigirá a las diferentes unidades de cuidados intensivos para explicar los objetivos del estudio y pedir colaboración a los enfermeros susceptibles de participar en el estudio.

Una vez que la investigadora tiene el compromiso de participación se facilitará toda la documentación a cumplimentar a las dos personas que van a colaborar en la recogida de datos.

Tres veces por semana en los diferentes turnos (matutino, vespertino y nocturno) se pasará por las unidades para recoger y/o ayudar en la cumplimentación de los cuestionarios.

Una vez completada la recogida de datos, estos se introducirán en una base de datos que habrá sido confeccionada para el estudio para su posterior análisis y tratamiento estadístico.

TABLA 1. Plan de Trabajo y Cronograma

Actividades	Abr.	May.	Jun.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.
1. Búsqueda y revisión bibliográfica							
2. Ubicación del problema de investigación en el contexto de su problemática							
3. Selección de elementos necesarios para el Estado Actual.							
4. Formulación de Objetivos y elaboración de Hipótesis							
5. Selección de la Población y Operacionalización de variables							
6. Determinación de limitaciones							
7. Presentación del proyecto y aprobación del estudio							
8. Solicitud de Permisos							
9. Capacitación para la aplicación del cuestionario							
10. Recursos materiales obtenidos							
11. Aplicación de la encuesta en IMSS							
12. Aplicación de la encuesta en el HUCA							
13. Análisis e interpretación de los datos							
14. Elaboración de Conclusiones							
15. Presentación de Informe final.							

4.10 Estudio Estadístico

El análisis de datos se llevará a cabo mediante el paquete estadístico SPSS versión 15-0 (SPSS Inc. Chicago, Illinois, USA). Se realizará un estudio estadístico basado en los resultados de las encuestas de las diferentes variables y, para una identificación más gráfica de los resultados se utilizarán diagramas circulares.

En la base de datos SPSS se realizarán análisis estadísticos de la siguiente manera:

- Describir las variables que caracterizan la muestra (sociodemográficas, del profesional, la UCIN) mediante procedimientos de estadística descriptiva habitual.
- Estudiar la comparabilidad de los dos hospitales en función de las variables estudiadas mediante análisis bivariantes

5. LIMITACIONES Y POSIBLES SESGOS DEL ESTUDIO

Las posibles limitaciones para llevar a cabo este estudio serían:

- El personal de Enfermería de base, no se encuentra en el momento de la realización de la encuesta en buenas condiciones para responder a los cuestionarios.
- Falta de participación y/o colaboración del personal de Enfermería.
- La posibilidad de que los enfermeros a participar en el estudio no continúen hasta la finalización de la recogida de datos.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Las principales fuentes de orientación ética sobre la realización de investigaciones clínicas han sido el Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki, y las normas del Consejo para la Organización Internacional de las Ciencias Médicas⁴⁶

El presente trabajo de investigación tendrá en cuenta el consentimiento informado que es, desde el punto de vista ético no solo su obtención sino el proceso por el que se obtiene, este proceso ha de reunir tres características básicas: la información suficiente, su comprensión y la voluntariedad, de tal manera se ha elaborado un formulario de consentimiento informado para que sea firmado por los participantes en el estudio. (Anexo 3).

Además se solicitará la autorización al Comité de ética del HUCA y del IMSS2 para poder llevar a cabo el proyecto.

7. RECURSOS NECESARIOS

7.1 Recursos Humanos

Para poder llevar a cabo el presente estudio se necesita la participación de los siguientes colaboradores:

- 2 Enfermeras que se encuentran en Oviedo
- 2 Enfermeras que se encuentran en San Luis Potosí

7.2 Recursos Materiales

- Material de papelería: Lápices, bolígrafos, tinta de impresora, hojas de cuestionario, consentimiento informado, permisos.
- Material Informático: Paquete estadístico SPSS, para la elaboración de la base de datos y elaboración de documentos, impresora, ordenador, scanner.

7.3 Presupuesto

El material fungible a utilizar es otro de los gastos directos de la investigación. A continuación se desglosa el presupuesto total para llevar a cabo el estudio:

Gastos	Euros
1. Total del Personal	1500
2. Material fungible	
● Papelería	100
● Imprenta	150
● Informática	100
● Inscripciones a congreso internacional	450
3. Viajes y dietas (traslado a México y congreso)	2000
Total	4 300

8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ¹ NIDCAP [acceso 2012 mayo 20] ww.nidcap.org
- ² J.J. Liaw, S.Y. Chen, Y.T. Yin, Nurse's Beliefs and Values about doing cue based care in an NICU in Taiwan , *Journal of Nursing Research*, Dec 2004;12 (4) : 275 - 276
- ³ D. Holditch Davis, S. Blackburn, *Newborn and Infant Neurobehavioral Development* , Lott Comprehensive Neonatal Nursing Care (3rd ed.), W.B. Saunders, Philadelphia (2003), pp 236
- ⁴ Maureen Hack, MbChb Cuidados de los niños pretermino en las UCIN
- ⁵ Hübner G María Eugenia, Ramírez F Rodrigo. Sobrevida, viabilidad y pronóstico del prematuro. *Rev. méd. Chile*. 2002 Ago [acceso 2012 Mayo 21]; 130(8): 931-938. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000800015&lng=es.
- ⁶ Bhutta AT, Cleves MA, Casey PH et al, Cognitive and behavioral outcomes of school aged children who were born preterm, *JAMA* 2002;288:728-737
- ⁷ Pallas Alonso CR, Arriaga Redondo M. Nuevos aspectos en torno a la prematuridad. *Evid Pediatr* 2008; [acceso 2012 mayo 21]; (4): 26 Disponible en: http://www.aepap.org/apapcyl/prematuro_seguimiento.pdf
- ⁸ Información obtenida de Red de Salud Perinatal [acceso 2012 mayo 26]Disponible en:
NEOSANOhttp://www.residentes.salud.gob.mx/contenidos/temas_de_interes/hospitales/himfg/him_ejemplos_de_vida.html
- ⁹ Informadores de Salud [consulta el 20 de mayo del 2012]; disponible en: <http://anisalud.com/es/actualidad/notas-de-prensa/la-tasa-de-nacimientos-prematuros-tardios-representa-un-79-de-los-nacimie>
- ¹⁰ INEBASE [www.INEbase/Demografía y Población/Movimiento natural de la población](http://www.INEbase/Demografía_y_Población/Movimiento_natural_de_la_población) [acceso 2012 mayo 22]
- ¹¹ Pallás Alonso CR, Programa de actividades preventivas en niños prematuros con peso al nacimiento menor de 1500 gs. IV Jornadas de Actualización en Pediatría. *Soc.Ped. Atención Primaria de Extremadura. Foro Ped* 2006: 37-55. Sociedad Española de Neonatología (www.se-neonatal.org). [acceso 2012 mayo 22]
- ¹² Doyle LW. Evaluation of neonatal intensive care for extremely low birthweight infants in Victoria over two decades: Effectiveness. *Pediatrics* 2004;113: 505-596.
- ¹³ Als H, Lawhon G, et al. Individualized developmental care for very-low-birth-weight preterm infants. *JAMA* 1994; 272: 853-8.

- ¹⁴ Sánchez Rodríguez G. et al, Disminución del estrés del prematuro para promover su Neurodesarrollo: Nuevo enfoque terapéutico, Elsevier México. 2010;(12) 176-80
- ¹⁵ Als H, Duffy F, et al. Early Experience Alters Brain Function and Structure. Pediatrics 2004;113:846-857.
- ¹⁶ Alton M, Mericle J, Brandon D. One Intensive Care Nursery's Experience with Enhancing Patient Safety. Adv Neonatal Care. 2006;6(3):112-9.
- ¹⁷ Aita M, Snider L. The art of developmental care in the NICU: a concept analysis. J Adv Nurs. 2003;41(3):223-32. 8 (citado 2012 mayo 24) disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12581110>
- ¹⁸ McAnulty G, Duffy F, Als H, et al. Effects of the Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) at age 8 years: Preliminary Data. Clin Pediat (Phil) 2010;49:258-70
- ¹⁹ Perapoch J, et all. "Cuidados centrados en el desarrollo. Situación en las unidades de neonatología de España". Anales de Pediatría 2006
- ²⁰ Symington A, Pinelli J. Atención orientada al desarrollo para promover el desarrollo y prevenir la morbilidad en lactantes prematuros (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
- ²¹ Maguire CM, Bruil J, Wit JM, Walther FJ. Reading preterm infants behavioral cues an intervention study with parents of premature infants born < 32 weeks. Early Hum Dev. 2007; 83: 419-424.
- ²² Método Madre Canguro. Guía práctica Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas Organización Mundial de la Salud Ginebra. [Consultado en Mayo 2012] disponible en: <http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/kmc/index.html>
- ²³ Miles R, Cowan F, Glover V, Stevenson J, Modi N. A controlled Trial of skin to skin contact in extremely preterm infants. Early Hum Dev. 2006; 82(7):447-455.
- ²⁴ Fregan L, Helseth S, Fagermoen MS. A comparision of mother's and father's experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit. J Clin Nurs. 2008;17(6):810-816..
- ²⁵ Schroeder M, Pridham K. Development of relationship competencies through guided participation for mothers of preterm infants. JOCNN. 2006; 35:358-368.
- ²⁶ Fuerza de la recomendación. Clasificación de la Canadian Task Force <http://www.ctfphc.org/>

- ²⁷ Juan Gabriel Ruiz, Nathalie Charpak et al. Guías de Práctica clínica basadas en la evidencia para la óptima utilización del Método Madre Canguro de Cuidado del Recién nacido pretérmino y/o de bajo peso al nacer. Fundación Canguro y Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Universidad Javeriana; Bogotá, Colombia. 2007. [consultado 2012 Mayo 28] Disponible en: http://kangaroo.javeriana.edu.co/descargas/guias_evidencia.pdf2
- ²⁸ Rey ES, Martínez HG. Manejo racional del niño prematuro. En: Universidad Nacional, Curso de Medicina Fetal, Bogotá, Universidad Nacional, 1983.
- ²⁹ Ludington-Hoe SM, Johnson MW, Morgan K, Lewis T, Gutman J, Wilson PD, Scher MS. Neurophysiologic assessment of neonatal sleep organization: preliminary results of a randomized, controlled trial of skin contact with preterm infants. *Pediatrics*. 2006; 117(5):e909-923.
- ³⁰ Bier JAB, Ferguson AE, Morales Y, Liebling JA, Archer D, Oh W, Vohr B. Comparison of skin-to-skin contact with standard contact in low birth weight infants who are breastfed. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1996; 150:1265-1269.
- ³¹ Johnson AN. Kangaroo holding beyond the NICU. *Pediatric Nursing*. 2005; 31: 53-5.
- ³² Nyqvist, KH. How can Kangaroo Mother Care and high technology care be compatible? *J Human Lactation*. 2004; 20:72-74.
- ³³ Merskey H, Albe-Fessard DG, Bonica JJ, et al. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the ISAP Sub-Committee on Taxonomy Pain 1979; 6: 249-52.
- ³⁴ Grunau R. Early pain in preterm infants. A model for long-term effects. *Clin Perinatol*. 2002; 29: 373-94.
- ³⁵ Carbajal R, Lenclen R, Gajdos V, Jugie M, Paupe A. Crossover trial of analgesic efficacy of glucose and pacifier in very preterm neonates during subcutaneous injections. *Pediatrics*. 2002;110:389-93.
- ³⁶ Carbajal R, Chauvet X, Couderc S, Olivier-Martin M. Randomised trial of analgesic effects of sucrose, glucose, and pacifiers in term neonates. *BMJ*. 1999; 319:1393-1397.
- ³⁷ Shah PS, Aliwalas L, Shah V. Breastfeeding to alleviate procedural pain in neonates: a systematic review. *Breastfeed Med*. 2007;2:74-82.
- ³⁸ Bauer K. Interventions involving positioning and handling in the neonatal intensive care unit: early developmental care and skin-to-skin holding. *Research on Early Developmental Care for preterm neonates*. Paris: John Libbey Eurotext, 2005:59-65.

³⁹ Lasky RE, Williams AL. Noise and light exposures for extremely low birth weight newborns during their stay in the neonatal intensive care unit. *Pediatrics*. 2009;123:540-6.

⁴⁰ American Academy of Pediatrics/American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for Perinatal care. 6th ed. Elk Grove Village. II. Washington, DC, 2007

⁴¹ Glorieux I., N. Montjoux, C. Casper, NIDCAP® (Programme Néonatal Individualisé d'Évaluation et de Soins de Développement) :définition, aspects pratiques, données publiées, Elsevier Masson Archives de Pédiatrie 2009;16:827-829

⁴² Jana L. Pressler and Joseph T. Hepworth A Quantitative Use of the NIDCAP Tool : The Effect of Gender and Race on Very Preterm Neonates' *Clin Nurs Res* Feb 2002 11: 89 [citado 2012 mayo 25]Disponible en :

http://www.aepap.org/apapcyl/prematuro_seguimiento.pdf

⁴³ Jacobs SE, Sokol J, Oblsson A. The Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program is not supported by meta-analyses of the data. *Journal Pediatr* 2002;(140):699-706.

⁴⁴ Als H. A synactive model of neonatal behavioral organization: framework for the assessment of neurobehavioral development in the premature infant and for support of infants and parents in the neonatal intensive care environment. *Phys Occup Ther Pediatr*. 1986;6(3 & 4):3-53

⁴⁵ Ullenhag A, Persson K, et al. Motor performance in very preterm infants before and after implementation of the newborn individualized developmental care and assessment programme in a neonatal intensive care unit. *Acta Pediátrica* 2008;98:947

⁴⁶ González, M, Aspectos éticos de la Investigación Cualitativa, Revista Iberoamericana de Educación, recuperado en junio 2012, Disponible en: <http://www.rieoei.org/rie29a04.htm>

9. ANEXOS



9.1 Cuestionario De CCS Y NIDCAP

Se está realizando un estudio acerca de los Cuidados Centrados en el Desarrollo, desde la perspectiva de Enfermería. Por favor anota el número que más se acerque a tú opinión, y de acuerdo a los cuidados que realizas en la UCIN.

Edad: años	Sexo: Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/>	Tiempo trabajado:	Estado Civil:	
Nivel Académico	Lugar de estudio IMSS <input type="checkbox"/> HUCA <input type="checkbox"/>	Conoces los CCD Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/>	Conoces el NIDCAP Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/>	
1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En Desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de acuerdo
AFIRMACIONES				
1. Realizo los Cuidados Centrados en el Desarrollo diariamente				
2. Son Cuidados que quitan tiempo y son innecesarios				
Papel de la Familia en el Cuidado				
3. Mis pacientes son el recién nacido y su familia				
4. Tomar en cuenta la participación de las familias en la UCIN				
5. Los padres podrían visitar a los bebés durante todo el día				
6. El espacio físico de la UCIN es confortable para la familia				
7. Colaborar con el aprendizaje de la familia en los cuidados del RN				
8. Respetar la diversidad de cultura, religión y tradiciones familiares				
9. Promover el contacto físico y la interacción con los padres				
10. La lactancia Materna es el mejor alimento para el RN				
11. Permitir visitas de familiares como abuelos, hermanos				
Método Canguro				
12. Proporcionar el Método Canguro por menos de una hora				

13. El niño debe colocarse en forma vertical entre los pechos de la madre/ tórax del padre	
14. Debe aplicarse solo con la Madre	
15. Continuar monitorizando las constantes vitales	
16. Proporcionar enseñanza a los padres para que lo realicen ellos	
17. Realizar procedimientos dolorosos en Método Canguro	
Analgesia no Farmacologica	
18. Uso de Sacarosa al 20% minutos antes del estímulo doloroso	
19. La dosis correcta es 0,2 -0.5 ml de Sacarosa al 20%	
20. Disminuye más el dolor con Sacarosa + tetina (chupón)	
21. Lactancia Materna disminuye el nivel del dolor durante el estímulo.	
22. Mantener al niño en posición de flexión y con los miembros próximos al tronco y hacia la línea media	
Ambiente del RNPT	
23. Colocar al RN en "nido"	
24. Proporcionar posturas más simétricas y con apoyo en las extremidades	
25. Agrupar intervenciones para evitar interrupciones del sueño	
26. La colocación de sonómetros visibles en las paredes de las salas puede ayudar a adecuar el tono de voz,	
27. Recomendar de producción de ruido por debajo de 45 dB (10 – 55 dB) y un máximo de 65-70 dB de forma transitoria	
28. La disminución de luz disminuye el ruido	
29. Establecer estrategias para disminuir la intensidad de la luz como colocación de mantas para que no se vea luz	
30. Realizar registros de Cuidados Centrados en el Desarrollo	

9.2 Solicitud Permiso Comité De Ética

ASUNTO: Solicitud de permiso para realizar el Trabajo Fin de Máster

Con motivo de la puesta en marcha por la Universidad de Oviedo del Master en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos, siendo necesaria la realización de un Trabajo Fin de Master, a través de este escrito quiero solicitar al Comité de ética el permiso oportuno para poder realizar el siguiente estudio:

TITULO: *“Cuidados Centrados en el Desarrollo bajo la perspectiva de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en un Hospital de España y de México.”*

AUTORA: Sulpicia Guadalupe Contreras Jasso

TUTORA: Prof. Dra. Pilar Mosteiro Díaz

BREVE RESEÑA DEL ESTUDIO

El profesional de enfermería, en la promoción de la salud, comprende el cuidado como un proceso de salud, vida y bienestar dirigido a su fomento y protección, para adquirir conocimientos tienen relación con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, considerando siempre el objeto de estudio: El Cuidado, y enfocándolo en el área de pediatría, cuando el recién nacido prematuro se encuentra en la unidad neonatal provoca efectos no deseados tanto en el recién nacido como en su familia es decir la exposición del niño a un medio hostil, como lo es una unidad de cuidados intensivos, dificulta la organización del cerebro en desarrollo, además, los padres sienten un impacto emocional, que modifica el proceso de crianza; Después de haber revisado la literatura se ha puesto de manifiesto que los programas de cuidados centrados en el desarrollo tienen un efecto favorable para el desarrollo del recién nacido.

OBJETIVOS:

- Conocer la percepción del profesional de Enfermería que trabaja en la UCIN ante el cuidado centrado en el desarrollo, en España y en México para

identificar los diferentes aspectos de los cuidados que se proporcionan a los recién nacidos y sus familias, y así posteriormente implementar un protocolo estandarizado a nivel Iberoamericano

- Describir cómo se aplican los cuidados centrados en el desarrollo en España y en México
- Describir las condiciones ambientales y los mecanismos de control en las UCINs en los dos países

Material y Método

Estudio descriptivo transversal, que tiene una población diana del estudio es la totalidad del personal de Enfermería que trabajen en el momento del estudio en la UCIN del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), Oviedo, España y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS N°2), San Luis Potosí, México.

La encuesta a cumplimentar se pasará en el mes de Septiembre, debido a que es el mejor momento para que esté disponible todo el personal de plantilla que trabaja en la Unidad de Cuidados Intensivos. Dicha documentación se dejará en la Unidad para su cumplimentación y, si es posible, estará presente el investigador para responder dudas.

En espera de recibir la autorización, dejo E- mail y teléfono de contacto por si es de interés y para que sea comunicada su decisión. De antemano muchas gracias

Sulpicia Jasso: sulpiciajasso@gmail.com, 633261873

Pilar Mosteiro: pilarmosteiro@gmail.com. 686960854

Atentamente

9.3 Consentimiento Informado Para Los Participantes En El Estudio

Se informa al participante Sr./Sra. _____

De la existencia de un proyecto de investigación sobre “Cuidados Centrados en el Desarrollo bajo la Perspectiva de Enfermería en la UCIN de un Hospital de México y uno de España” se solicita su colaboración.

Información para los participantes:

Se esta realizando un estudio titulado “Cuidados Centrados en el Desarrollo bajo la Perspectiva de Enfermería en un Hospital de España y de México”

Objetivo

- Conocer la percepción del profesional de Enfermería que trabaja en la UCIN ante el cuidado centrado en el desarrollo, en España y en México para identificar los diferentes aspectos de los cuidados que se proporcionan a los recién nacidos y sus familias, y así posteriormente implementar un protocolo estandarizado a nivel Iberoamericano.

Su participación en este estudio es completamente voluntaria.

Puede retirarse del estudio en cualquier momento que desee, sin ninguna consecuencia de ningún tipo.

Su firma a continuación confirma que ha leído este documento y que se le ha dado oportunidad de hacer preguntas, de tal manera que usted ha elegido participar en este proyecto de investigación libre y voluntariamente.

Fecha _____

Firma _____

