

GRADO EN ENFERMERÍA

TRABAJO DE FINAL DE GRADO

**“PROGRAMA DE ALFABETIZACIÓN
PARENTAL PREVIO AL ALTA
HOSPITALARIA DE PREMATUROS
TARDÍOS”**

PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN NO FINALIZADO



Autora: Ana López Cebrián

Tutora: Carmen Bertrán Noguera

Curso académico: 2022/2023

Agradecimientos

A mí madre, mi mejor amiga y referente, quien ha creído en mí siempre y apoyado mis sueños y ambiciones, gracias a ti soy la persona que soy hoy día. Gracias por alegrarte por mis triunfos como si fuesen tuyos, por secarme las lágrimas en los momentos complicados y por no dejarme tirar la toalla nunca.

A mis tías y abuela, quienes, desde la distancia, han velado por mi bienestar y me han aportado el amor y coraje.

A la Dra. Carmen Bertrán Noguera, mi tutora, quien durante este año me ha guiado y ha resultado ser un gran apoyo, incentivándome a dar forma y luchar por uno de los proyectos más importantes hasta el día de hoy.

A la Dra. Sònia Marcos Ruiz, quien en un principio de incertidumbre me aportó la inspiración y claridad que necesitaba.

Finalmente, y no menos importante, a quienes, en algún punto del camino me han recordado de lo que era capaz, me han transmitido la fuerza y la consciencia de luchar por lo que me hace feliz. Gracias a todas estas personas que han apostado por mí y me han ayudado en los momentos más complicados, me habéis ayudado a crecer como persona y descubrir la clase de enfermera que anhelo ser.

Glosario de términos:

- **ONU:** Organización Naciones Unidas.
- **SG:** Semanas de gestación.
- **EG:** Edad gestacional.
- **EC:** Edad corregida.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **MMC:** Método madre canguro.
- **LM:** Lactancia materna.
- **LA:** Lactancia artificial.
- **NP:** Nutrición parenteral.
- **NE:** Nutrición enteral.
- **CEIC:** Comité de ética de investigación clínica.
- **HDJT:** Hospital Doctor Josep Trueta.
- **SPSS:** Statistical Package for the Social Sciences.
- **RNPT:** Recién nacidos pretérmino.

ÍNDICE

- Agradecimientos
- Glosario de términos
- 1. Resumen
- 2. Abstract
- 3. Justificación
- 4. Marco conceptual
 - 4.1 Introducción
 - 4.2 Un poco de historia
 - 4.3 Desarrollo embrionario y fetal
 - 4.4 Definición de prematuro
 - 4.5 Clasificación del recién nacido no prematuro
 - 4.6 Clasificación del recién nacido pretérmino
 - 4.7 Etiología de la prematuridad
 - 4.8 Datos y cifras
 - 4.9 Límite de la viabilidad
 - 4.10 Método canguro en prematuros
 - 4.11 Alimentación en el bebé prematuro
 - 4.11.1 Nutrición parenteral
 - 4.11.2 Nutrición enteral
 - 4.11.3 Tipología de la alimentación del prematuro
 - 4.11.4 Fortificantes
 - 4.12 Cambios posturales en prematuros
 - 4.13 Cuidado de la piel y eliminación
 - 4.14 Nuevo rol parental
 - 4.15 Alfabetización para la salud
- 5. Bibliografía
- 6. Objetivos
- 7. Metodología
 - 7.1. Revisión bibliográfica
 - 7.2. Tipo de estudio
 - 7.3. Ámbito
 - 7.4. Población
 - 7.5. Muestra
 - 7.6. Criterios de inclusión
 - 7.7. Criterios de exclusión
 - 7.8. Descripción de variables

1. RESUMEN

La prematuridad supone una problemática a nivel mundial evidente pese a la variabilidad de las tasas. Es por ello la decisión de crear un programa de alfabetización parental que proporcione a padres, madres y/o cuidadoras principales los conocimientos y habilidades necesarias para fomentar tanto la seguridad del bebé como el favorecimiento del empoderamiento parental. Para ello, se aporta información previa a través de los antecedentes de la prematuridad y factores relevantes. El programa se estructura en 5 sesiones de diferentes temáticas (cuidado, método madre canguro, alimentación, cambios posturales y cuidado de la piel) y divididas en partes tanto teóricas como prácticas, intentando promover a través de la reflexión la iniciativa de los y las participantes potenciales. También incluye anexos varios constituyentes de partes evaluativas, de los recursos educativos, así como galerías de imágenes acerca del contenido de las sesiones.

Palabras clave: Prematuros, pretérminos tardíos, alfabetización, educación en salud, habilidades.

2. ABSTRACT

Prematurity is an evident worldwide problem despite the variability of rates.² Hence the decision to create a parental literacy program to provide parents and/or primary caregivers with the necessary knowledge and skills to promote both infant safety and parental empowerment. To this end, a preliminary journey is made through the background of prematurity and relevant factors. There are 5 sessions on different topics (care, kangaroo mother method, feeding, postural changes and skin care) and divided into theoretical and practical parts, trying to promote through reflection the initiative of potential participants. Also included are various appendices containing evaluative parts, educational resources as well as image galleries about the content of the sessions.

Key words: Preterm, late preterm, literacy, health education, skills.

3. JUSTIFICACIÓN

Mundialmente, la estimación de nacimientos prematuros es de 15 millones anuales, con una tasa variable entre el 5% y el 18% entre diferentes países. ¹ Es por ello la valoración de la necesidad relativa a intervenciones de carácter parental, creando un programa de alfabetización en salud para padres, madres y/o personas cuidadoras de prematuros tardíos con el fin de poder proporcionar recursos que fomenten la educación y empoderamiento, mayormente parental en una situación de fragilidad previa al alta hospitalaria. Este proyecto, ha sido pensado teniendo en cuenta los objetivos de desarrollo sostenible avalados por la ONU con propuesta de cumplimiento en 2030. Concretamente relacionado con el objetivo 3, “Salud y bienestar”, garantizando una vida saludable y en bienestar. ²

4. MARCO CONCEPTUAL

4.1. Introducció

A lo largo de este marco conceptual se realiza un recorrido sobre cuestiones directamente relacionadas con la temática que se trata, la prematuridad. Empezando por conocer brevemente la historia y epidemiología de la prematuridad, el desarrollo embrionario y tasas específicas hasta incluir temáticas específicas relacionadas con el programa, como podría ser el MMC (Método Madre Canguro) o el nuevo rol parental pasando por la alimentación en el recién nacido pretérmino e incluso cuestiones relacionadas con cambios posturales y eliminación en prematuros.

4.2. Un poco de historia

De la mano del griego Soranus, médico que durante el siglo primero y segundo DC se dedicó, entre otras cosas, al cuidado de la madre y el niño en el proceso del parto; se menciona por primera vez la supervivencia de algunos neonatos nacidos a los 7 meses de gestación, es esta la primera referencia a la prematuridad.

Posteriormente, en el siglo XIX, William Blackstone se referiría a los bebés prematuros como: “mitad humanos y mitad bestias, sin derechos a heredar de sus padres”. Esta escueta síntesis de hechos remarcables en relación con la prematuridad acaba en el siglo XX, con el nacimiento de la neonatología moderna de la mano de Jullius Hess, inaugurando la primera unidad dedicada al cuidado del prematuro en el Hospital Michael Reese en Chicago.³

A partir de aquí multitud de acontecimientos han ido aconteciendo al compás de los descubrimientos en el campo hasta la fecha.

4.3. Desarrollo embrionario y fetal

Previo al nacimiento de una nueva vida, innumerables acontecimientos han sido necesarios. Es por ello que es necesario conocer mínimamente el desarrollo embrionario y fetal, ya que es una parte fundamental, con gran peso y relevancia en el concepto de prematuridad que se tratará a posteriori. Una gestación normal dura entre 37 y 42 semanas aproximadamente. A

continuación, se explica lo que va aconteciendo a lo largo de este intervalo de tiempo según las SG.

En la **semana 5**, se da el comienzo del “periodo embrionario”. Las células del embrión comienza un proceso masivo de división y comienzan a asignarse funciones específicas, la llamada “diferenciación”. Comienzan a desarrollarse células sanguíneas, renales y nerviosas además de estructuras tan importantes como el cerebro, la médula espinal y el corazón.

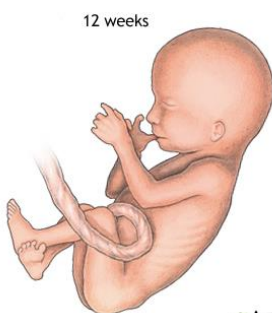
Durante las próximas semanas y hasta la **semana 10** las extremidades crecen y empiezan a formarse otras estructuras, tales como pulmones, ojos y orejas. Además, poco a poco las características faciales son más distintivas y los dedos pueden empezar a distinguirse. En este punto, se deja de lado la etapa embrionaria para dar paso a la etapa fetal.



ADAM.

Imagen 1: Feto a las 8.5 SG. (8)

Entre la **semana 11 y 18**, la cara del feto se encuentra bien formada y los párpados se cerrarán hasta la semana 28. Comienzan a insinuarse los genitales, las uñas y el tejido muscular y óseo sigue desarrollándose. La cabeza del feto conforma alrededor de la mitad del tamaño total y la piel es prácticamente transparente. En esta etapa comienzan los movimientos.



ADAM.

Imagen 2: Feto a las 12 SG. (8)

De la **semana 19 a la semana 25** suceden acontecimientos impresionantes tales como la aparición de la capacidad de oír, se da el primer movimiento en el tracto intestinal y aparecen las cejas y pestañas. Alrededor de las semanas 23-25 el feto comienza a almacenar grasa.



Imagen 3: Feto a las 24 SG (8)

A partir de la **semana 26**, la totalidad de los ojos del feto está desarrollada y comienzan a desarrollarse las huellas dactilares. Pasando al periodo comprendido entre la **semana 27 y la semana 30**, el cerebro acelera el crecimiento y el sistema nervioso comienza a ser autosuficiente en relación a algunas funciones corporales. Además, el sistema respiratorio produce surfactante, lo cual es necesario para que los alveolos se llenen de aire.



Imagen 4: Feto entre las 26 y 30 SG. (8)

En el periodo comprendido entre la **semana 31 a la 34** se da un crecimiento rápido y el feto gana mucha grasa, los huesos están formados y se comienzan a almacenar en el organismo elementos como hierro, calcio y fósforo.

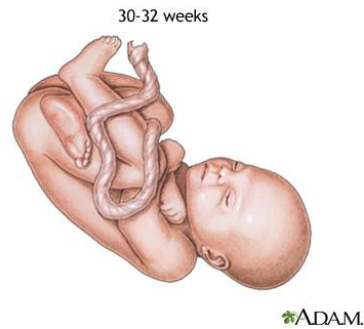


Imagen 5: Feto entre las 30 y 32 SG. (8)

De la **semana 35 a la 37** el crecimiento se ralentiza, los músculos están completamente formados, al igual que el corazón y los vasos sanguíneos.

Finalmente, entre la **semana 38 y 40** el feto está completamente formado y preparado para el nacimiento. ^{4,5}.

4.4. Definición de prematuro

Actualmente, la prematuridad viene definida en relación a la edad gestacional, anteriormente esto no era sustentado de esta manera y se denominaba prematuro a cualquier recién nacido con un peso inferior a 2,5 kg. Sin embargo, se concluyó que esta relación era incorrecta y que muchos recién nacidos con un peso inferior al límite de los 2,5 kg se muestran maduros, postérmino y posmaduros, o bien, pequeños para la edad gestacional, lo cual debemos diferenciar del término prematuridad.

Resulta relevante también la definición del parámetro que nos permite determinar si un recién nacido es prematuro o no, la edad gestacional. La edad gestacional es un criterio impreciso que representa las semanas existentes entre el primer día del último periodo menstrual de la madre con la fecha del parto. ⁶

El concepto prematuridad está directamente relacionado con nacer antes de tiempo. Existen diversas definiciones, pero la más aceptada en la actualidad es la de aquel recién nacido que nace previamente a cumplir las 37 SG.

El suceso que es nacer pretérmino supone una serie de consecuencias de las cuales se tratarán más a fondo posteriormente, pero en sí van relacionadas con la inmadurez derivada, de los órganos y sistemas del cuerpo, así como de

patologías relacionadas en consecuencia del no haberse completado el desarrollo necesario.⁷

4.5. Clasificación del recién nacido no prematuro

Fundamentalmente, existen dos clasificaciones en relación a los recién nacidos a término, la EG y según la EG junto con el peso al nacimiento.

En función a la **EG**:

- **Recién nacido a término:** Nacido entre la 37 y 41 SG.
- **Recién nacido posttérmino:** A partir de la 42 SG.
- **Recién nacido con bajo peso:** Nacido con un peso corporal inferior a 2500 gr, independiente a la EG.

EG y **peso** en el nacimiento:

- **Hipotrófico (bajo peso):** Inferior al P10 respecto a la EG.
- **Eutrófico (peso adecuado):** Peso situado entre el P10 y P90 respecto a la EG.
- **Hipertrófico (alto peso):** Peso mayor al P90 respecto a la EG.⁸

4.6. Clasificación del recién nacido pretérmino

Se considera un nacimiento pretérmino aquel que acontece previo a las 37 SG. La clasificación se realiza en función a la EG y el peso al nacer, aunque como hemos comentado anteriormente un recién nacido a término podría encontrarse en los límites de peso establecidos.

En función a la **EG**:

- **Prematuro extremo:** <28 SG.
- **Muy pretérmino:** De la 28 SG a 31+7 SG.
- **Pretérmino moderado:** A partir de la 32 SG hasta la 33+6 SG.
- **Pretérmino tardío:** De la 34 SG a 36+6 SG.^{1,9}

4.7. Etiología de la prematuridad

Resulta de relevancia conocer las causas que desencadenan el nacimiento de un recién nacido prematuro, y es que, aunque es de relevancia el papel de factores médicos (predisposición genética, ruptura prematura de membranas) obstétricos (preeclampsia, diabetes gestacional) , nutricionales, ambientales (hábitos tóxicos) y sociodemográficos; en la mayoría de los nacimientos pretérmino no existe un factor claro.^{10, 11}. Aún así, bien es cierto que existen factores los cuales son más usuales a desencadenar un parto pretérmino, como puede ser en el caso de las gestaciones múltiples, donde el riesgo se multiplica hasta nueve veces.¹⁰.

Existen conclusiones variopintas según los distintos autores en relación a la etiología del parto pretérmino, sin embargo, en este caso se realiza una subdivisión correspondiente a lo postulado por Huertas.

Se realiza la distinción en dos grupos según el tipo de causa del parto pretérmino.

En primer lugar, se encuentra el parto pretérmino espontáneo, al que corresponden unas 2/3 partes de los partos pretérminos totales.

En segundo lugar, estaría aquel que se denomina parto pretérmino iatrogénico, aquel que se desencadena por prescripción médica tras la aparición de algún tipo de complicación, tanto obstétrica como fetal. Entre estas complicaciones sería interesante destacar algunas como la preeclampsia severa, desprendimiento prematuro de placenta y la restricción del crecimiento intrauterino.

Por tanto, de vuelta al primer grupo se puede concluir que el estudio de causas se limita a aquel parto pretérmino que ocurre de manera espontánea. Entonces, se hablaría de causas intrínsecas (activaciones tanto neuronales como hormonales) y extrínsecas (infecciones maternas, estrés, malformaciones uterinas...).¹².

4.8. Datos y cifras

A nivel mundial, anualmente se dan alrededor de 15 millones de nacimientos de recién nacidos que no llegan a término. La prematuridad viene definida por la edad gestacional (EG), previamente se definía como prematuro a aquel recién nacido con un peso inferior a 2,5kg.

Se denomina entonces, en primera instancia, prematuro, a aquel neonato nacido antes de las 37 semanas de gestación. ⁶ La prematuridad representa la primera causa de muerte en menores de 5 años a nivel mundial, además las tasas de nacimientos prematuros mantienen una tendencia que se observa en aumento.

Volviendo a cifras, se conoce que el 60% de los nacimientos prematuros a nivel mundial se dan en los continentes de Asia meridional y África. Se ha relacionado de forma directa la prevalencia de los partos prematuros en los países con mejor nivel económico (12% de partos pretérmino) frente a países con mayor poder económico (9%)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), expone las siguientes tasas: ¹

Tabla 1: Tasas de nacimientos prematuros a nivel mundial. Extraído de OMS.

Tasas de nacimientos prematuros (%)	
Malawi	18,1
Comoras	16,7
Congo	16,7
Zimbabwe	16,6
Guinea Ecuatorial	16,5
Mozambique	16,4
Gabón	16,3
Pakistán	15,8
Indonesia	15,5
Mauritania	15,4

Fuente: Elaboración propia. Datos extraídos de OMS.

En la tabla anterior se representan los 10 países con tasas más altas de nacimientos prematuros por cada 100 recién nacidos vivos a nivel mundial.

A nivel europeo, la incidencia de los partos pretérmino se mueve **entre el 5% y el 7%** de los recién nacidos vivos. ¹³

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) ¹⁴, en España, según los datos del año 2020 que se visualizan en la siguiente table se puede apreciar que la tasa de nacimientos prematuros es del **6%**, lo cual representa que 6 recién nacidos de cada 100 son prematuros.

Tabla 2: Nacimientos según tipo de parto y maduración.

	A término	Prematuro	Total
Parto natural	241.037	11.927	252.964
Cesárea	75.495	8.282	83.777
Total	316.532	20.209	336.741

Fuente: Elaboración propia. Datos extraídos de INE.

A nivel catalán, en el año 2021 (datos provisionales), según el Instituto de Estadística de Cataluña se dieron los siguientes nacimientos en relación al tipo de parto (natural o cesárea), a la maduración (a término o prematuro) y aquellos nacimientos de los cuales no consta información. ¹⁵

Tabla 3: Nacimientos según tipo de parto y maduración.

	A término	Prematuro	No consta	Total
Parto natural	34.483	1.790	1.421	37.694
Cesárea	12.464	1.534	562	14.560
No consta				4.728
Total	46.947	3.324	1.983	56.982

Fuente: Elaboración propia. Datos extraídos de Idescat, estadística de nacimientos.

A partir de los datos disponibles, se puede observar que la tasa de prematuridad en Cataluña es de un **5,83%**, es decir, 5,83 recién nacidos de cada 100 son prematuros.

Resulta interesante indagar en las posibles diferencias existentes a lo largo de los años a nivel español y catalán, la comparación de sus tasas puede dar lugar a una nueva perspectiva e incluso llevar a cuestionar las causas de esta variabilidad.

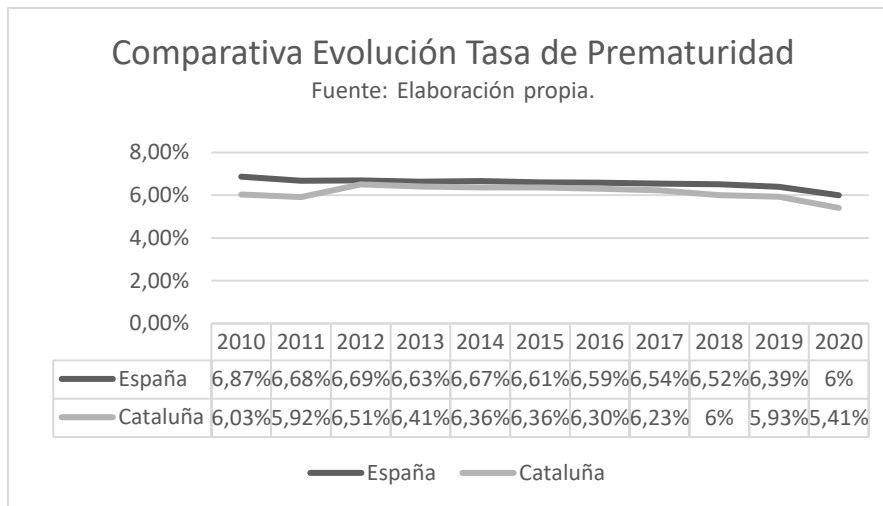


Gráfico 1: Comparativa Evolución Tasa de Prematuridad los 2010-2020 en España y Cataluña. Datos extraídos de INE e IDESCAT.

En el gráfico anterior se puede observar la evolución de la tasa de prematuridad desde el 2010 hasta el 2020. Esta tasa se ha mantenido relativamente estable en España, siendo los últimos años en los que se puede apreciar una bajada. Por otra parte, en Cataluña se puede apreciar como durante estos años ha mantenido una tasa menor en todo momento con fluctuaciones evidentes, pero que finalmente en los últimos años, también se ha observado una decaída progresiva.

4.9. Límite de la viabilidad

La supervivencia de los recién nacido prematuros ha ido aumentando progresivamente en las últimas décadas. Aún resulta difícil marcar un límite en la viabilidad de la vida y sigue marcado por diferentes factores y en ocasiones es aleatorio. Sin embargo, el rango se sitúa entre las semanas 21 y 25 de gestación.¹⁶

Bien es cierto, que el nacimiento prematuro sigue siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad a pesar de los avances tecnológicos ya acontecidos. Aún así, es un hecho que con la disminución de la EG tanto la mortalidad como la morbilidad a corto plazo está disminuyendo.¹⁷

La definición de este límite puede ser entendida de dos maneras: definiendo la EG y/o el peso al nacer cuando el feto tiene la capacidad de sobrevivir fuera del útero o bien mediante la EG y/o peso al nacer en el que se sitúan más del 50%

de neonatos que llegan al alta hospitalaria. La OMS, por su parte, establece el límite de la viabilidad a las 22 SG, 500 gramos o 25 cm de talla.

En los países en vías de desarrollo, el 95% de los prematuros menores de 28 SG que no recibe cuidado intensivo neonatal muere. Por lo contrario, en países desarrollados el tratamiento de los recién nacidos de la misma EG es obligatorio, siendo el 90% supervivientes.¹⁷

En 2016, se publicó un estudio sueco que estudiaba la supervivencia de los prematuros extremos (a partir de las 22 SG) nacidos durante los años 2004 a 2007 con los nacidos durante le periodo comprendido entre el 2014 y 2016.¹⁸

Tabla 4: Supervivencia en distintas series de prematuros en el límite de la viabilidad.

País/Institución/Autoría	Supervivencia	Años
Japón, Japanese Neonatal Network Ishii	36% a las 22 SG	2003-2005
EEUU, Universidad de Iowa. Kyser	33% a las 22 SG	2000-2009
Alemania, Colonia. Mehler	67% entre la 22-23 SG	2010-2014
EEUU. Rysavy	23% a las 22 SG	2006-2011
EEUU. Ehret	28% a las 22 SG	2012-2016
España. García-Muñoz	54,8% a las 25 SG	2004-2010
Alemania. Rieger-Feckeldey	56% en menores de 500 gr	1998-2001
Australia Keir	56% en menores de 500 gr	2005-2010
Reino Unido. Pedley	64% en menores de 500 gr	2004-2010
EEUU, California Perinatal Quality Care Griffin	21% entre 300 y 500 gr	2005-2012
Canadá Bashir	55% en menores de 500 gr	1993-2012
Japón Nagara	80% en menores de 500 gr	2003-2012

Fuente: Elaboración propia. (13)

A nivel nacional, la supervivencia sin morbilidad asociada en menores de 23 SG tuvo un carácter excepcional. A partir de las 23-24 SG la supervivencia se consideró muy baja y se visualizó una proporción en aumento en relación a la EG con los siguientes datos registrados:¹⁷

Partiendo de las 22 SG, los porcentajes de supervivencia resultan los más bajos, siendo de un 3,2%. Avanzando una semana más, en la 23 SG se muestra un ascenso hasta el 10%. Pasando a la 24 SG comienza a apreciarse de forma más evidente el aumento, con un porcentaje que llega al 35,8%. Por su parte, en la 25 SG ya se encuentra más allá del ecuador en los porcentajes

de supervivencia, ascendiendo al 54,8%. Finalmente, en la 26 SG este porcentaje se encuentra en un 71,2%.

De los datos anteriores es remarcable como el sistema sanitario influye en los límites de viabilidad junto con factores más específicos como pueden ser el uso prenatal de corticoesteroides (usados para la maduración pulmonar) y sulfato de magnesio. El primero mostró una evidente disminución de la morbimortalidad neonatal, en el segundo, sin embargo, se reveló cierta mejoría en patología y mortalidad pero no de forma tan significativa.¹⁹

Según declaraciones del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, así como la Sociedad de Medicina Materno-Fetal guía con las siguientes directrices en torno al tratamiento obstétrico y neonatal:

- **20-21 SG:** No es recomendado la administración de corticoesteroides, cesárea ni evaluación neonatal para reanimación.
- **22 SG:** Se deja en mano de los médicos la evaluación neonatal para reanimación.
- **23 SG:** Los médicos pueden considerar todas las medidas necesarias para el tratamiento tanto obstétrico como neonatal.
- **24 SG:** Consideración de parto por cesárea por indicación fetal además de las medidas comentadas anteriormente.
- **25 SG:** Parto por cesárea por indicación fetal y otras medidas activas.²⁰

Pese a todos los datos aportados, sigue existiendo el dilema ético en un momento de decisiones rápidas basadas tanto en los conocimientos propios de la experiencia como en los principios éticos que sustentan la práctica clínica:

Tabla 5: Principios éticos.

- Autonomía: El paciente o en este caso sus responsables son libres y responsables para tomar decisiones en materia de salud.
- Beneficencia: Derecho a hacer el bien en beneficio del paciente.
- No maleficencia: Obligación de no hacer daño.
- Justicia: Es el compromiso de otorgar a cada paciente lo que corresponde según la razón y los derechos.

Fuente: Elaboración propia. (21, 22)

Salas, Jodorkovsky y Martínez; manifiestan como eje central en la toma de decisiones el principio de beneficencia, exponen que la duda se extiende en resolver si se debe ayudar a vivir a una persona con riesgo de nula calidad de vida o bien asistir en su muerte. Llegado el momento de toma de decisiones críticas son los padres quien la toman tras la previa opinión de los profesionales. Esta opinión representa la información de manera adecuada, franca y completa sobre la situación crítica que se está viviendo. ²¹.

4.10. Método canguro en prematuros (piel con piel)

Hasta hace no demasiado tiempo, se pensaba que el ambiente ideal para los neonatos prematuros se resumía a su estancia en la incubadora, como hábitat idóneo para su desarrollo. Bien es cierto que juega un papel de relevancia, pero hoy en día se ha dado paso a una visión global que, en su caso, incluye el rol de desempeño parental como piedra angular en el crecimiento y desarrollo adecuado del neonato.

Como intervención destacable en el ámbito se encuentra el método madre canguro (MMC) que se basa, de forma básica, en el contacto piel a piel. Se ha demostrado que este método proporciona amplios beneficios, tanto al bebé

como bien a sus progenitores. Estos beneficios oscilan desde la promoción de la lactancia materna hasta el favorecimiento del vínculo afectivo.²³

Este método fue descubierto hace ya varias décadas, concretamente en 1978, por el colombiano Edgar Rey. Se pensó en la puesta en práctica de este método frente a los cuidados ya estandarizados existentes en la época.²⁴

Resulta también de relevancia mencionar la inclusión del MMC dentro del método NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program).²³

El MMC puede ser aplicado de al menos dos formas diferentes: continua e intermitente. La última mencionada hace alusión a aquella más común en las unidades de neonatología en nuestro país.

Para la realización de la técnica, son necesarias una serie de acciones de manera previa. Entre estas se incluyen la necesidad de realizar una ducha diaria por parte de la persona que vaya a estar con el bebé, así como la ausencia de colonias o perfumes. Las joyas, tales como relojes, pulseras, collares, etc. deben evitarse y el uso de ropa cómoda está recomendado.

Por su parte, el bebé ha de estar simplemente con el pañal y gorrito, posteriormente se le cubrirá la espalda durante el tiempo que se realice piel con piel.

Es fundamental la higiene de manos previa, así como la abstinencia de realizarlo si se está pasando por algún proceso infeccioso. La persona que vaya a realizar el MMC se colocará de forma cómoda, es una posición de semi incorporación. Posteriormente, se pondrá al bebé en el pecho de la madre o el padre, de forma vertical, de forma parecida a la posición de una rana y con contacto piel con piel entre los dos. La cabeza, por su parte, se mantendrá de un lado, favoreciendo la correcta respiración.

Durante la realización del MMC, en el cual la duración mínima que ha demostrado riesgo-beneficio eficacia es de una hora para favorecer la adaptación. Durante este tiempo, los estímulos que recibe el bebé han de ser tenues, suaves y en voz baja. ²⁵.

Indagando en los beneficios del MMC, la multiplicidad de estos resulta de gran interés. Los beneficios esperados conciernen tanto al bebé como a sus padres. Para los padres, resulta un contacto físico estrecho que, en ocasiones, por las circunstancias no ha podido existir desde un primer momento. Este contacto propicia el acercamiento y reconocimiento de los padres con su hijo.

También, el hecho de ser capaces de realizarlo promueve un sentimiento de capacidad y competencia parental que puede llegar a disminuir la angustia o ansiedad derivada de la adaptación al nuevo rol.

Por otra parte, para el neonato, los beneficios estudiados resultan múltiples. Entre ellos se encuentra la regulación de la temperatura, aun favoreciendo la termorregulación, en neonatos muy prematuros es necesario realizar un control de la temperatura durante la duración de la técnica.

Otro de los beneficios esperados es la mejora de los signos vitales, siendo destacables los parámetros respiratorios tales como la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno. También resulta de relevancia su papel en el favorecimiento de la lactancia materna. ²⁶ Siguiendo con la dinámica de los beneficios, se destacan aquellos como:

- **Reducción del reflujo gastroesofágico:** Podría darse un efecto protector relacionado con la posición que adquiere el neonato.
- **Reducción de las apneas del prematuro:** Existen contradicciones las cuales apelan que en los prematuros con apneas inestables no deberían someterse al MMC de manera prolongada. Sin embargo, diversos

estudios afirman lo beneficioso de su práctica en la prevención de la apneas centrales debido a la estimulación recibida.

- **Disminución del estrés y dolor:** Existe evidencia científica que afirma que el contacto piel con piel previo y durante un procedimiento doloroso muestra un menor dolor percibido por parte del neonato según la escala PIPP.²⁵

Los nombrados anteriormente son solo algunos de los beneficios, no se detienen aquí, el MMC aporta numerosos de estos y se encuentra en constante investigación.

4.11. Alimentación en el bebé prematuro

Los bebés que nacen pretérmino, es decir, antes de las 37 semanas de gestación poseen necesidades que distan de las que podría tener un bebé nacido a término, una de estas necesidades “alteradas” sería la nutrición. En primer lugar, resulta usual que los prematuros tengan dificultades al alimentarse en el sentido relativo a la succión (del pecho materno o bien del biberón), la coordinación de las funciones implicadas (respiración eficaz, deglución y succión) puede no resultar efectiva debido a la inmadurez de la prematuridad.²⁷

Sin embargo, actualmente existen herramientas que artificialmente favorecen el desarrollo del bebé prematuro en lo relativo a la nutrición, ya sea por medio de nutrición parenteral, sonda nasogástrica u orogástrica, con sus diferentes métodos (bomba de infusión o declive), o bien mediante la lactancia artificial.²⁸

Como he mencionado anteriormente, existen distintas fuentes mediante las cuales se puede realizar la función de nutrición. Son las siguientes:

4.11.1 Nutrición parenteral: En los recién nacidos que, por diferentes razones no toleren la nutrición enteral se optaría por la nutrición parenteral como medida nutritiva. Este tipo de nutrición consiste, de forma básica, en el aporte de nutrientes que cubran las necesidades nutricionales tanto basales como

bien específicas y acordes a la situación del neonato.²⁹ Son administrados de forma intravenosa componentes específicos que resultan en una fórmula efectiva para cubrir las necesidades corporales.³⁰ Esta composición posee elementos distintos y variantes en función, fundamentalmente al volumen a infundir.

Tabla 6: Requerimientos de nutrición estandarizada tricámara.

Volumen (ml/kg/d)	50	60	70	80	90	100	110	120	128
Aminoácidos (g/kg/d)	1,6	1,9	2,2	2,5	2,8	3,1	3,4	3,8	4,0
Glucosa (g/kg/d)	6,7	8,0	9,3	19,7	12,0	13,3	14,7	16	17,1
Lípidos (g/kg/d)	1,3	1,5	1,8	2,0	2,3	2,5	2,8	3,0	3,2
Energía total (kcal/kg/d)	46	55	64	73	82	91	100	109	116
Sodio (mmol/kg/d)	1,1	1,3	1,5	1,8	2	2,2	2,4	2,6	2,8
Potasio (mmol/kg/d)	1,0	1,2	1,4	1,7	1,9	2,1	2,3	2,5	2,6
Magnesio (mmol/kg/d)	0,08	0,09	0,11	0,13	0,14	0,16	0,17	0,19	0,2
Calcio (mmol/kg/d)	0,6	0,8	0,9	1,0	1,1	1,3	1,4	1,5	1,6
Fosfato (mmol/kg/d)	0,6	0,8	0,9	1,0	1,1	1,3	1,4	1,5	1,6
Cloruro (mmol/kg/d)	1,6	1,9	2,2	2,5	2,8	3,1	3,4	3,7	4,0

Fuente: Elaboración propia. (31)

Se ha demostrado que el inicio temprano de la NP es un factor protector en el favorecimiento del neurodesarrollo. El inicio temprano de este tipo de nutrición en prematuros con un peso inferior a 1,5kg resulta fundamental y es considerado una urgencia nutricional.³¹ Esta vía nutritiva debe mantenerse hasta poder conseguir un aporte adecuado por vía enteral. Sin embargo, una nutrición parenteral prolongada se ha relacionado con un mayor riesgo de trombosis, infecciones e incluso enfermedades metabólicas.^{32,33.}

4.11.2 Nutrición enteral: En prematuros estables tanto respiratoria como hemodinámicamente, es recomendable comenzar con la alimentación trófica desde el primer día de vida. Esta consiste en la administración de pequeñas cantidades de alimentación con el fin de estimular al neonato en términos de motilidad gastrointestinal.^{34,35.}

La preferencia en relación con la alimentación enteral del prematuro se basa en la leche materna, aún empezando con dosis tróficas. Los beneficios de la leche materna son múltiples, tanto a corto como largo plazo en términos de

protección contra infecciones, displasia broncopulmonar e incluso se ha demostrado el fomento del neurodesarrollo. ^{36,37.}

Usualmente, los prematuros requieren de dispositivos para iniciar la NE, ya sea de forma total o parcial. Los dispositivos más usuales que se encuentran en las unidades de hospitalización neonatal son la sonda nasogástrica y orogástrica. Estos recursos son utilizados para bien suplir o completar la nutrición adecuada en el prematuro que permita su correcto desarrollo. ^{38.}

La NE viene desde la dada por los dispositivos anteriores hasta la lactancia materna realizada por la madre o la toma de biberón. Cuando se usan dispositivos tales como la sonda naso u orogástrica, de forma básica hay dos tipos de aporte de la nutrición, por bomba de infusión en un tiempo y unos mililitros determinados o bien por declive. La leche que se recibe a través de los dispositivos puede ser de distintos tipos, leche materna fortificada, leche de banco también fortificada o bien leche artificial. ^{35,38.}

4.11.3 Tipología de la alimentación del prematuro

Anteriormente se ha mencionado el como la **leche materna** resulta la primera opción para la alimentación del neonato derivada de sus múltiples beneficios. La protección que ofrece la leche materna no está clara en cantidad pero sí se estipula que es proporcional a la cantidad y la duración de la toma de esta. Resulta de relevancia el papel de los componentes con propiedades antivíricas, inmunológicas e incluso antiinflamatorias. Su composición destaca por el alto contenido en proteínas contrarrestado por un déficit de calcio, zinc y otros elementos esenciales, por ello es necesaria la fortificación para los neonatos prematuros.

Otra parte a tener en cuenta es la **leche de banco**, o **leche materna donada**, la cual es sometida a un proceso de pasteurización que en consecuencia provoca la pérdida de diferentes propiedades (lipasas y linfocitos), pero aún así sigue presentando beneficios. ^{38.}

Finalmente, la **lactancia artificial** resulta un hecho que se debe tener en cuenta derivado de diversas situaciones. Las madres de prematuros pueden

experimentar más dificultad a la hora de la subida de la leche, o bien no pueden aportar leche por motivos diversos o no desean realizar lactancia materna.

La LA puede ser exclusiva o bien concomitante con la LM, sin embargo el riesgo de enterocolitis necrosante aumenta una vez que la LA entra en juego. Por otra parte, la LA presenta una serie de ventajas, la especificidad de sus fórmulas promueve la personalización de los aportes nutricionales necesarios en función a la situación individual del neonato. Existen fórmulas diseñadas para prematuros, contienen mayor contenido calórico y proteínas que las diseñadas para neonatos a término. También se diferencia por su composición en vitaminas y minerales. La LA específica de los prematuros es recomendada hasta que estos alcanzan su EC. ^{37,38.}

4.11.4 Fortificantes

Aunque la leche materna presenta todo tipo de beneficios, fisiológicamente es la adecuada para bebés nacidos a término y posteriormente. Sin embargo, la alimentación del prematuro, que exige de un crecimiento rápido (hasta doblar su peso en 4-6 semanas) resulta necesario la aplicación de fortificantes dentro de su aporte nutricional normal. Estos se componen de micro y macronutrientes que fomentan el crecimiento adecuado. La fortificación resulta variada, pero básicamente se compone de proteínas, ácidos grasos, minerales, hierro, vitamina D... Cabe destacar la individualización de la fortificación en función a las necesidades del neonato. ^{33,37.}

4.12. Cambios posturales en prematuros

La postura del recién nacido prematuro presenta una importante relevancia en el eje de los cuidados. Esta influye en el desarrollo de las articulaciones y partes que no están totalmente desarrolladas tales como el cráneo, columna vertebral... Cabe destacar que los recién nacido pretérmino presentan un elevado grado de plasticidad musculoesquelética, por lo que fácilmente se adaptan a las diferentes posturas. ^{39.}

En el cuidado postural de los prematuros recae una suma relevancia directamente relacionado con la fragilidad de estos por su incidencia en funciones neuromotoras.⁴⁰

Resulta destacable, según la evidencia científica, posiciones como pueden ser el decúbito prono han demostrado grandes ventajas en los pretérmino. Aún así, ha de valorarse el riesgo-beneficio por el riesgo de muerte súbita neonatal derivada del sueño profundo y los menores episodios de despertar, que aumentan el riesgo de vulnerabilidad. Es por ello, que se recomienda la vigilancia de constantes vitales cuando existe un tiempo recurrente en esta posición.

Es importante recalcar también la importancia de mantener una posición funcional y que promueva en todo momento integridad física.⁴⁰

4.13. Cuidado de la piel y eliminación

Como ya se ha expuesto de manera previa, la inmadurez tanto fisiológica como anatómica de los recién nacidos pretérmino resulta un hecho irrefutable. Una de las problemáticas derivadas que pueden surgir son relativas al pañal, el uso inapropiado de estos puede conllevar problemática relativa a la dermatitis de pañal, neurodesarrollo e incluso problemas posturales.⁴¹

Estrechamente relacionado con la inmadurez y lo expuesto anteriormente, están los cuidados generales de la piel. La piel de los RNPT se caracteriza por ser más fina, rojiza o rosada. Esta capa resulta protectora, haciendo efectos protectores, de conservación del calor, prevención de la entrada de agentes externos y de regulación electrolítica.⁴²

4.14. Nuevo rol parental

La adaptación al nuevo rol parental resulta un hecho cuando nace un bebé, más aún cuando las circunstancias resultan de carácter más “especial” con el nacimiento de un bebé prematuro debido a la inmadurez anatómica y fisiológica derivada.

En este punto, resulta relevante la perspectiva de género y el avance en función al cambio de rol en la ética del cuidado. Resulta fundamental para cumplir con esta ética la visión de la salud integral y la perspectiva

biopsicosocial. El enfoque de género en la práctica clínica predica como objetivos la calidad y equidad en la atención, dejando de lado los sesgos de género, visibilizando las necesidades existentes.

Durante este programa, se ha hecho uso de un lenguaje inclusivo y tenido en cuenta los diferentes roles de género y diferentes tipologías de familias existentes. El modelo contemporáneo identifica al núcleo social como el propio individuo en sí y denomina al motivo de unión pensando en la vivencia del amor y sexualidad, de manera libre y en forma de alianza de recursos mediante modelos de relaciones no jerarquizadas, valores individuales y roles pluri-funcionales.⁴³

4.15. Alfabetización para la salud

El Consorcio Europeo sobre Alfabetización para la Salud estipula como definición más adecuada la siguiente: “La alfabetización para la salud está vinculada a la alfabetización y conlleva el conocimiento, la motivación y las aptitudes para acceder, comprender y aplicar la información en temas de salud, con el fin de hacer valoraciones y tomar decisiones en lo concerniente a temas cotidianos de salud, prevención de enfermedades y fomento de la salud, con la intención de mantener o mejorar la calidad de vida en el transcurso de esta”.⁴⁵

Este término conlleva tanto el proceso como la realización de las actividades que se propongan así como los efectos, que pretenden relacionarse al aumento proporcional de los conocimientos. Se trata de un desarrollo de competencias, para la evaluación e incluso contextualización de la problemática.⁴⁶

También existen barreras para la alfabetización en salud, y han de tenerse en cuenta. No solo influyen factores personales, sino también ambientales. Un nivel de alfabetización general bajo conlleva normalmente una alfabetización en salud también baja. Así pues, otro factor a tener en cuenta es el socioeconómico, relacionado con el nivel de educación, así como un menor grado de participación social.⁴⁷

5. Bibliografía

1. Preterm birth [Internet]. World Health Organization. [citado 1 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
2. Miluska.Jara. Objetivos y metas de desarrollo sostenible [Internet]. Desarrollo Sostenible. [citado 9 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/sustainable-development-goals/>
3. Del Moral T, Bancalari E. Evolución de la actitud frente al recién nacido prematuro. Bol Pediatr [Internet]. 2010 [citado el 25 de Noviembre de 2022];50 (Supl 1):39-42. Disponible en: http://sccalp.org/documents/0000/1648/BolPediatr2010_50_supl1_39-42.pdf
4. Fetal development: MedlinePlus Medical Encyclopedia [Internet]. [citado 5 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/ency/article/002398.htm>
5. Fetal development [Internet]. UF Health, University of Florida Health. 2012 [citado 5 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://ufhealth.org/fetal-development>
6. Preterm infants - Pediatría [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado 30 de Noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/professional/pediatrics/perinatal-problems/preterm-infants>
7. Prematuridad | Niños Prematuros. PortalCLÍNICA [Internet]. Clínic Barcelona. [citado 6 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/prematuridad>
8. Gómez-Gómez M, Danglot-Banck C, Aceves-Gómez M. Classification of the new borns. Rev Mex Pediatr. 2012; 72(1) [citado el 23 de diciembre de

- 2022] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2012/sp121g.pdf>
9. World Health Organization. WHO recommendations for care of the preterm or low-birth-weight infant: web supplement: evidence base [Internet]. World Health Organization; 2022 [citado 23 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/363699>
10. Vogel JP, Chawanpaiboon S, Moller AB, Watananirun K, Bonet M, Lumbiganon P. The global epidemiology of preterm birth. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. octubre de 2018;52:3-12. [citado 26 de diciembre de 2022] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29779863/>
11. A case control study of risk factors and neonatal outcomes of preterm birth | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [citado 7 de enero de 2023]. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1028455918302328?token=3054971A722BD2C4AE468DED8651E0715B00C362D35513A2C456AC2FAD743C3B84C8FF630E052940AF657A1481C4589F&originRegion=eu-west-1&originCreation=20230117172941>
12. Institute of Medicine (US) Committee on Understanding Premature Birth and Assuring Healthy Outcomes. Preterm Birth: Causes, Consequences, and Prevention [Internet]. Behrman RE, Butler AS, editores. Washington (DC): National Academies Press (US); 2007 [citado 1 de marzo de 2023]. (The National Academies Collection: Reports funded by National Institutes of Health). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11362/>
13. Día mundial del prematuro: Casi el 7% de los nacimientos en España son prematuros [Internet]. Campus Vygon. 2018 [citado 1 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://campusvygon.com/dia-mundial-prematuros/>

14. Partos por edad de la madre , tipo de parto y maturidad. [Internet]. INE. [citado 2 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?tpx=50546>
15. Idescat. Estadística de naixements. Parts segons l'edat de la mare, tipus de part i maturitat. Catalunya [Internet]. [citado 2 de diciembre de 2022]. Disponible en: <http://www.idescat.cat/pub/?fil=11&col=&id=naix&n=5121>
16. Sánchez Luna M. «Límite de la viabilidad» en la actualidad. An Pediatr (Barc). 1 de junio de 2014;80(6):346-7. [citado 7 de diciembre de 2022] Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-limite-viabilidad-actualidad-articulo-S1695403314000630>
17. Pescador MI, Zeballos SE, Ramos C, Sánchez-Luna M. LÍMITE DE VIABILIDAD: ¿DÓNDE ESTAMOS Y HACIA DÓNDE VAMOS? Rev Med Clin Condes. 1 de noviembre de 2021;32(6):656-63. [citado 7 de diciembre de 2022] Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-limite-de-viabilidad-donde-estamos-S0716864021001036>
18. M. Norman, B. Hallberg, T. Abrahamsson, L.J. Björklund, M. Domellöf, A. Farooqi, *et al.* Association Between Year of Birth and 1-Year Survival Among Extremely Preterm Infants in Sweden During 2004-2007 and 2014-2016. JAMA., 321 (2019), pp. 1188-1199 [citado el 9 de diciembre de 2022] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2019.2021>
19. Escribano Cobalea M, Peña Salas MS, López González E, Gómez Soto P. Morbimortalidad asociada al parto prematuro y su relación con el uso de corticoides y sulfato de magnesio. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. 1 de abril de 2021;48(2):110-6. [citado el 15 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210573X20300794>

- 20.** American College of Obstetricians and Gynecologists and the Society for Maternal–Fetal Medicine, Ecker JL, Kaimal A, Mercer BM, Blackwell SC, deRegnier RA, Farrell RM, et al. Periviable birth: interim update. *Am J Obstet Gynecol.* 2016; 215(2):B2-B12.e1. doi: 10.1016/j.ajog.2016.04.017.[citado el 20 de diciembre de 2022] Disponible en: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/obstetric-care-consensus/articles/2016/09/severe-maternal-morbidity-screening-and-review>
- 21.** De Proost L, Geurtzen R, Ismaili M'hamdi H, Reiss IK, Steegers E, Verweij EJ. Prenatal counseling for extreme prematurity at the limit of viability: A scoping review. *Patient Education and Counseling.* 2022;105(7):1743-60. [citado el 23 de diciembre de 2023] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399121007187>
- 22.** Aguirre-Gas H. Principios éticos de la práctica médica. *Cirugía y Cirujanos.* 2004;(6). [citado el 23 de diciembre de 2022] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2004/cc046m.pdf>
- 23.** Beneficios del método madre canguro en recién nacidos prematuros. Revisión bibliográfica. [Internet]. *RSI - Revista Sanitaria de Investigación.* 2022 [citado el 3 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/beneficios-del-metodo-madre-canguro-en-recien-nacidos-prematuros-revision-bibliografica/>
- 24.** Zirpoli D, Mendes R, Reis T, Barreiro MDS, Menezes A. Benefits of the Kangaroo Method: An Integrative Literature Review. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online.* 2019;11:547. [citado el 5 de febrero de 2023]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/330550676_Benefits_of_the_Kangaroo_Method_An_Integrative_Literature_Review_Beneficios_do_Metodo_Canguro_Uma_Revisao_Integrativa

- 25.** Método madre canuguro. Hoja informativa. ICS. 2018. [citado el 8 de febrero de 2023] Disponible en: http://zeus.cpd1.grupics.intranet/qualitat_cerca_intranet/documents/fulls/FI_UNE_008_METODE%20PELL%20AMB%20PELL_20211224124354.pdf
- 26.** Narciso LM, Beleza LO, Imoto AM. The effectiveness of Kangaroo Mother Care in hospitalization period of preterm and low birth weight infants: systematic review and meta-analysis. *Jornal de Pediatria*. 2022;98(2):117 [citado el 8 de febrero de 2023] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002175572100098>
- 27.** Neonatal weight gain and nutrition: MedlinePlus Medical Encyclopedia [Internet]. [citado 18 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/ency/article/007302.htm>
- 28.** Barranco-García J, Muñoz-Villanueva MC, Rite-Gracia S. La nutrición en el prematuro y su influencia en la vida adulta. *Bol Pediatr*. 2016; 56:171-181. [citado el 9 de marzo de 2023]. Disponible en: https://sccalp.org/uploads/bulletin/pdf_version/137/Bol_SCCALP_261.pdf#page=171
- 29.** Lapillonne A, Berleur MP, Brasseur Y, Calvez S. Safety of parenteral nutrition in newborns: Results from a nationwide prospective cohort study. *Clinical Nutrition*. 2018;37(2):624-9 [citado el 12 de marzo de 2023] Disponible en: [https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614\(17\)30219-1/fulltext](https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614(17)30219-1/fulltext).
- 30.** Total parenteral nutrition - infants: MedlinePlus Medical Encyclopedia [Internet]. [citado 12 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/ency/article/007239.htm>

31. Osegueda Mayen JR, Sarmiento Aguilar A. Uso de nutrición parenteral estandarizada en la UCIN: análisis de composición de bolsa tricamara. Acta Pediatr Mex. 2022;43(3):167. [citado el 20 de marzo de 2023] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2022/apm223c.pdf>
32. Wiechers C, Bernhard W, Goelz R, Poets CF, Franz AR. Optimizing Early Neonatal Nutrition and Dietary Pattern in Premature Infants. International Journal of Environmental Research and Public Health. enero de 2021;18(14):7544. [citado el 21 de marzo de 2023] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34300000/>
33. Wolfgang B, Poets CF, Franz AR. Choline and choline-related nutrients in regular and preterm infant growth. European journal of nutrition [Internet]. 2019 [citado 23 de marzo de 2023];58(3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30298207/>
34. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França, GVA., Horton S, Krasevec, J, Murch S et al. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet 2016, 387, 475–490.[citado el 22 de marzo de 2023] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26869575/>
35. ¿Sabías que...La Nutrición Enteral Mínima, tiene beneficios en el prematuro y neonato? [Internet]. [citado 21 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://www.gastronutriped.com/index.php/profesionales/actualizacion/239-gastropediatra-nutricion-pediatria>
36. Abdelhadi RA, Rahe K, Lyman B. Pediatric Enteral Access Device Management. Nutrition in Clinical Practice. 2016;31(6):748-61.[citado el 1 de abril de 2023] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27738202/>
37. Brune KD, Donn SM. Enteral Feeding of the Preterm Infant. NeoReviews. 2018;19(11):e645-53. [citado el 19 de abril de 2023] Disponible en: <https://publications.aap.org/neoreviews/article->

[abstract/19/11/e645/91861/Enteral-Feeding-of-the-Preterm-Infant?redirectedFrom=fulltext](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31301818/)

38. Asadi S, Bloomfield FH, Harding JE. Nutrition in late preterm infants. *Seminars in Perinatology*. 1 de noviembre de 2019;43(7):151160. [citado el 20 de abril de 2023] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31301818/>
39. Ruiz Fernández E. Cuidados Centrados En El Neurodesarrollo Del Recién Nacido Prematuro Hospitalizado. *Rev. enferm. CyL [Internet]*. 2016 [citado el 20 de abril de 2023]; 18(1):61-70. Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/177/148>
40. Picheansathian W, Woragidpoonpol P, Baosoung C. Positioning of Preterm Infants for Optimal Physiological Development: a systematic review. *JB Libr Syst Rev*. 2009;7(7):224-59. [citado el 10 de mayo de 2023] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27820087/>
41. Corebima BI, Sulistijono E, Akmal TD, Sinatra TC. Diaper Use in Preterm Neonates: Effects on Skin, Musculoskeletal System, and Neurodevelopment. *Journal of Neonatology*. 2022;36(3):227-35. [citado el 10 de mayo de 2023] Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/09732179221113682?journalCode=nnta>
42. Díaz LB. Valoración e intervenciones en el cuidado enfermero de la piel del recién nacido prematuro. 2019 [citado 10 de mayo de 2023] Disponible en: <http://rdi.uncoma.edu.ar/handle/uncomaid/14171>
43. Arias SV. Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género. 2008. [citado el 10 de mayo de 2023] Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendVelasco2009.pdf#:~:text=Visibilizar%20a%20las%20mujeres%20c>

omo%20sujetos%20del%20problema.,las%20condiciones%20de%20g%C3%A9nero%20de%20las%20personas%20atendidas.

44. Zapata Moran M. Programa académico de maestría en gestión de servicios de la salud. Competencias específicas de la enfermera en el cuidado del prematuro del Hospital de Apoyo II. 2022 [citado el 10 de mayo de 2023] Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/80404/Zapata_MM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
45. Juvinyà Canal D, Bertran Noguera C, Suñer-oler R. Alfabetización para la salud, más que información. Gaceta Sanitaria. enero de 2018;32(1):8-10. [citado el 10 de mayo de 2023] Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/ga/v32n1/0213-9111-gs-32-01-00008.pdf>
46. Gavidia Catalán V, Garzón Fernández A, Talavera Ortega M, Sendra Mocholí C, Mayoral García-Berlanga O. Alfabetización en salud a través de las competencias. Enseñanza de las ciencias : revista de investigación y experiencias didácticas [Internet]. 2019 [citado 10 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://redined.educacion.gob.es/xmlui/handle/11162/195790>
47. Gould R. El alfabetismo en salud: otra barrera para los hispanohablantes en el sistema de salud en los Estados Unidos. 2022. [citado el 10 de mayo de 2023] Disponible en: <https://jayscholar.etaown.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1015&context=modlangstu>
48. Chang-Xiang YE, Sheng-Bao C, Ting-Ting W, Sen-Mao Z, Jia-Bi G, Li-Zhang C. Risk factors for preterm birth: a prospective cohort study [Internet]. [citado el 7 de enero de 2023]. Disponible en: <http://www.zqgdek.com/EN/abstract/abstract25355.shtml>

6. OBJETIVOS

Evaluar el impacto de un programa de alfabetización parental en progenitores y/o personas cuidadoras de prematuros tardíos.

7. METODOLOGÍA

7.1. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Ha sido realizada una revisión bibliográfica principal desde Octubre de 2022 a Noviembre de 2022, constituyendo el cuerpo del proyecto, es decir, los aspectos más básicos. Ejemplos de los descriptores utilizados son los siguientes: “Prematurity AND Etiology”, “Prematurity OR Preterm”, “Late preterm AND Complications”, “Preterm NOT Extreme”... Posteriormente, se realizó una segunda búsqueda bibliográfica en profundidad complementaria a la primera y con temática añadida. Algunos ejemplos de los descriptores utilizados son: “Nutrition AND Prematurity”, “Tipos AND Nutrición AND Prematuros NOT extremos”, “Método madre canguro AND Prematuros”, “Piel con piel AND beneficios AND pretérmino”, “Eliminación AND Normalidad AND Bebés”, “Postural changes AND Prematures”... Los límites que se establecieron para la búsqueda de forma general fueron: 5 últimos años, en español o bien inglés y artículos de visualización gratuita por medio del acceso con la institución (Universitat de Girona). De forma excepcional, se han consultado artículos que no cumpliesen el límite de antigüedad o bien el idioma si se ha estimado interesante su contenido y utilidad aplicable.

Para seleccionar los artículos que finalmente han resultado útiles se realizaron una serie de preguntas:

- ¿Incluye esta investigación mi problema a estudio?
- ¿Evalúa esta investigación la intervención?
- ¿Valora esta investigación la serie de objetivos propuestos?
- ¿Me resulta de utilidad en cualquiera de las temáticas que quiero tratar?
- ¿Resulta una información a priori fiable y de fuentes acreditadas?

Posteriormente, se realizó la lectura crítica de la selección de artículos y se extrajo la información oportuna para construir el cuerpo del proyecto. Durante todo el desarrollo del proyecto cabe destacar que la revisión bibliográfica ha sido constante en todas sus fases, bien para complementar, comparar o discernir elementos. También se ha consultado en ocasiones, páginas de literatura gris, que apoyada con artículos que evidencian su contenido ha sido valorado su contenido y dispuesto.

7.2. TIPO DE ESTUDIO:

Estudio cuasi-experimental que se llevará a cabo entre Septiembre de 2023 y Septiembre de 2024.

7.3. ÁMBITO DE ESTUDIO:

Hospital Universitario de Girona Doctor Josep Trueta, centro de referencia de la Región Sanitaria de Girona.

7.4. POBLACIÓN DIANA:

Padres, madres y/o personas cuidadoras principales de recién nacidos pretérminos tardíos nacidos en el Hospital Universitario Doctor Josep Trueta durante el periodo comprendido entre Septiembre de 2023 y Enero de 2024.

7.5. MUESTREO:

Se incluyen en el estudio todos los padres, madres y/o personas cuidadoras principales de recién nacidos pretérmino tardíos nacidos en el Hospital Universitario Dr. Josep Trueta de Girona en el período comprendido entre Septiembre de 2023 y Septiembre de 2024 que cumplan los siguientes criterios de inclusión.

7.6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Ser progenitores o personas cuidadoras de recién nacidos pretérmino igual o posterior a las 34 SG que hayan requerido o no ingreso en la Unidad de Neonatología.
- Cumplimentación de la solicitud de inserción al programa.
- Formalización del consentimiento informado.
- Compromiso de asistencial al programa de educación sanitaria.

7.7. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Los padres, madres y/o personas cuidadoras de recién nacidos pretérmino que hayan precisado ingreso en UCIN prolongado mayor de 2 semanas.
- Los padres, madres y/o personas cuidadoras de recién nacidos pretérmino que presenten patología añadida (cardíaca, respiratoria...

7.8. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Cuando hablamos de variables, nos referimos en este caso a una propiedad objeto de estudio sujeta al cambio.

7.8.1. Variables sociodemográficas

Estas variables son de carácter cualitativo, independientes y policotómicas (más de dos características posibles) en los diferentes ítems a nombrar:

La valoración de estas variables se realiza a través de la cumplimentación de un cuestionario previo a la realización del programa, concretamente la parte de datos personales. Los descriptores de las variables son los siguientes:

- **Sexo:** Variable cualitativa nominal.
- **Edad:** Variable cuantitativa continua.
- **Estado civil:** Variable cualitativa categórica.
- **Nivel de estudios:** Variable independiente ordinal
- **Número de hijos:** Variable cuantitativa de razón.
- **Lugar de nacimiento:** Variable cualitativa policotómica.
- **Lugar de residencia:** Variable cualitativa policotómica.
- **Situación laboral:** Variable cualitativa categórica.
- **Religión:** Variable cualitativa categórica.

7.8.2. Variables relacionadas con conocimientos

El nivel de educación previo puede influir tanto positiva como negativamente en la manera de adquirir conocimientos y en aquellos previos. La alfabetización en salud puede suponer un reto mayor dependiendo los conocimientos previos de las personas.

Las variables descriptoras en este apartado son:

“Diferencias de cuidado de bebé a término y prematuro” y “Peculiaridades del prematuro”. Se tratan ambas de variables cualitativas politómicas, evaluada con escala LiKer del 0 al 10, siendo 0 “ausencia de diferencia” y 10 “presencia total de diferencia”.

7.8.3. Variables relacionadas con habilidades

Las habilidades personales usualmente también proporcionan variabilidad en la capacitación de la persona para adquirirlas o potenciarlas. Los descriptores encontrados en esta tipología de variable son los dos siguientes:

“Creencia de habilidades adquiridas en relación al cuidado de prematuros” y “Potenciación de habilidades en el cuidado de prematuros”. Estos ítems se valoran siguiendo una escala numérica, por tanto estaríamos hablando de una variable de investigación cualitativa ya que pese a ser una escala numérica va directamente relacionada con un resultado cualitativo policotómico. evaluada con escala LiKer del 0 al 10, siendo 0 “creencia de ausencia de habilidades” y 10 “creencia de presencia total de habilidades”. De igual manera pasaría con el siguiente descriptor.

7.8.4. Variables relacionadas con la información recibida de los y las profesionales de la salud

En este punto se valora la formación previa de los profesionales, los conocimientos que poseen, la capacidad comunicativa y de entendimiento.

La valoración se realiza en torno a la variable “Información recibida” a través de una escala del 1 al 10 donde 0 representa “ausencia de información” y 10

“totalmente informado”, de carácter cualitativa policotómica, tal y como las anteriores.

Otra variable sería “Fuente de información”, la cual se trata de una variable de tipo cualitativa categórica.

En este punto también encontramos: “Organización del programa” y “Conocimientos de los profesionales”. Estos ítems se valoran siguiendo una escala numérica, por tanto estaríamos hablando de una variable de investigación cualitativa ya que pese a ser una escala numérica va directamente relacionada con un resultado cualitativo policotómico. evaluada con escala LiKer del 0 al 10, siendo 0 “ausencia de organización” ” y 10 “presencia total de organización. Respecto a la segunda, sería igual, siendo 0 “ausencia de conocimientos” y 10 “presencial total de conocimientos.

7.8.5. Variables relacionadas con la identificación de necesidades

La valoración de las necesidades puede resultar en ocasiones dificultosa, es una valoración que se realiza de forma cualitativa y en ocasiones no puede resultar claramente objetiva, a través de preguntas abiertas de respuesta libre. Es por ello que denominamos a este tipo de variable “compleja”

8. INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS

Para la recogida de los datos necesarios, se han creado una serie de cuestionarios (anexos 2, 4 y 11) En el primero, se recogen los datos básicos relativos a la idoneidad para la inserción al programa. Relativo al segundo, correspondiente con la encuesta previa a la realización del programa, se recogen datos relativos a los conocimientos previos y lo que se espera tratar en el programa. Finalmente, con el último cuestionario, el posterior a la realización del programa se mide de forma cualitativa por medio de las preguntas y su comparación con el cuestionario anterior el cambio que ha podido surgir tras finalizar el programa. Además, durante el desarrollo de las sesiones se dedica un tiempo a evaluación, donde se recoge información, aunque cabe destacar la subjetividad posible de esta.

Los cuestionarios son de elaboración propia, elaborados tras un minucioso proceso de identificación y revisión bibliográfica. Se tratan de cuestionarios de respuesta rápida, aproximadamente 10 minutos a lo sumo y muy intuitivos en cuanto a su cumplimentación: valoración del 1 al 10, "Sí/No", respuesta corta...

9. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Presentación del programa de investigación al CEIC del Hospital Universitario Doctor Josep Trueta, en Girona.
Solicitud de autorización al HDJT (gerencia, dirección asistencial, jefe de servicio y supervisión de enfermería).
Información a los participantes potenciales.
Reclutamiento de participantes.
Administración de la información del estudio.
Cumplimentación del consentimiento informado.
Cumplimentación del cuestionario previo.
Desarrollo del programa.
Cumplimentación del cuestionario posterior.
Recogida y gestión de la información.
Análisis de datos.
Evaluación de los datos.
Desarrollo de conclusiones y resultados.

10. ANÁLISIS DE DATOS

Cuando estén recogidos los datos necesarios para la realización del estudio se realizará un procesamiento informático de estos mediante SPSS®. Los datos cuantitativos se estudiarán por medidas estándares tales de tendencia central como: mediana, media y moda. También se estudiarán ítems como el rango, la desviación típica, varianza y coeficiente de variación. Por su parte, los datos cualitativos (los más abundantes) se procesará su análisis mediante una tabla de frecuencias, absolutas, relativas y porcentuales.

A posteriori, se realizará un análisis estadístico descriptivo bivalente que relaciones distintas variables. Dos variables cuantitativas mediante la prueba de correlación y dos cualitativas mediante Chi cuadrado. También se valora la prueba t-Student para relacionar variables cuantitativas de 2 categorías con una cualitativa y ANOVA por su parte para la función contraria, la relación de una variable cualitativa de 2 categorías con una cuantitativa.

11. ASPECTOS ÉTICOS

El proyecto ha de ser aceptado por el comité de ética, en este caso el CEIC del HDJT. Por otra parte, todas las personas participantes del proyecto han de haber firmado de manera previa el consentimiento informado y haber cumplimentado las solicitudes correspondientes. Se garantiza previo, durante y posterior al programa total anonimato de todos sus participantes.

Para finalizar, ha de declararse la no existencia de conflicto de interés por todas las personas participantes del programa.

12. PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

12.1. OBJETIVOS

Conocer las necesidades parentales en torno al nuevo rol a desempeñar tras el nacimiento prematuro tardío.

- Proporcionar formación útil en los diferentes ámbitos específicos tras el nacimiento.
- Ofrecer recursos relativos al cuidado del bebé pretérmino tardío a padres y/o cuidadores principales.
- Apoyar en el periodo de transición resultante tras el nacimiento de un bebé pretérmino tardío.

12.2. SESIONES

Las sesiones se realizarán presencialmente en el Hospital Universitario Doctor Josep Trueta, se presentará la solicitud para el uso de una sala destinada a docencia en la cual se concretarán las fechas y horarios para la realización de las actividades.

Para la difusión del programa, se realizará un tríptico informativo (anexo 1) que explique fundamentalmente la base de este, así como una breve síntesis de las diferentes sesiones; estos estarán presentes en la unidad de Neonatología del Hospital Doctor Josep Trueta. Además, se prevé la creación de recursos digitales para la difusión del programa (página web, redes sociales...)

Previo al comienzo del programa, los interesados deben cumplimentar el cuestionario de requisitos y la solicitud correspondiente (anexo 2 y 3). Respecto a los diversos recursos materiales, aquellos como sillas y sillones serán cedidos por el propio hospital, así como elementos tales como proyectores y ordenadores que se encuentren en la misma sala. En relación al resto de los recursos se realizará un presupuesto estimado para la adquisición de estos, así igual con el salario de los profesionales implicados en el desarrollo de las sesiones.

Al comienzo de la primera sesión, se cumplimentará una encuesta para evaluar distintos ítems previos a la realización del programa (anexo 4) y al final de las sesiones de completará otra encuesta (anexo 12) que nos servirá como recurso para evaluar el programa, la satisfacción, puntos de mejora... También, los 15 últimos minutos de cada sesión se destinarán a realizar un breve “debriefing” entre los participantes, compartiendo opiniones sobre la sesión, resolviendo dudas...

12.2.1. Sesión 1: ¿Quiénes somos?

RECURSOS MATERIALES	
Sala amplia y luminosa	
14 sillas y/o sillones	
Taco de notas	
Rotuladores y bolígrafos	
Bote transparente.	
Pelota de gomaespuma	
7 cuadernillos	
1 proyector	
1 ordenador	
Power point explicativo	

RECURSOS HUMANOS	
Enfermera de la Unidad de Neonatología	
Ayudante	

TIEMPO ESTIMADO	
Preparación de la sesión	3 horas y 30 minutos
Duración de la sesión	1 hora y 30 minutos

Objetivos de la sesión

- Crear un ambiente confortable entre los participantes e impartidores.
- Desarrollar la aceptación del nuevo rol parental.
- Autoexplorar las inquietudes y fomentar el uso de técnicas de afrontamiento.
- Dar a conocer la importancia del autocuidado.

Preparación

El comienzo del programa viene de la mano de esta primera sesión denominada *¿Quiénes somos?*. Para el desarrollo de esta sesión se ha realizado una presentación en formato "Power Point" (anexo 5) y una serie de actividades.

Tras una breve presentación del programa y los participantes coincidiendo con el comienzo de la primera sesión se dará paso a la visualización de la presentación a medida que se realizan las actividades posteriormente descritas.

Actividad 1: Se pedirá a cada pareja de participantes que tome una hoja de notas y un bolígrafo/rotulador y piensen durante aproximadamente 3 minutos una continuación a la siguiente frase:

Cuando nació mi bebé, lo primero que pensé fue...

Pasado el tiempo, se invitará a que doblen el papel y lo introduzcan en el bote transparente que se irá pasando. Posteriormente, se agitará el bote y se leerán 3 de las continuaciones a las frases. Tras leerlas, el objetivo se centra en poder destinar unos 15 minutos a reflexionar de forma común en un entorno sin prejuicios y que permita crear un clima de confianza y seguridad para compartir pensamientos, opiniones...

Después de realizar esta actividad, se dará paso a la visualización de un pequeño vídeo (bibliografía) "Los padres prematuros también necesitan cuidado".

Actividad 2: Con una pelota de gomaespuma se dará paso al comienzo de la siguiente actividad, consistente en el lanzamiento de la pelota de unos a otros, quienes la vayan recibiendo han de sacar de un bote un papel con una temática: alimentación, cambio de pañal, sueño, cuidados de la piel.... Con cada temática existen dos opciones, o bien responder a una pregunta que hagan los compañeros o hablar sobre algo relativa a ella (lo que le han contado, experiencia de hijos anteriores, mitos...) y así sucesivamente durante unos 30 minutos de tiempo máximo.

Antes de comenzar la tercera actividad, y en relación a esta se realizará una pequeña reflexión en torno al autocuidado de los padres y/o cuidadores principales a través de la presentación de las diapositivas.

Actividad 3: La última actividad se realizará de forma personal, se repartirán unos cuadernillos y se dejarán 10 minutos para poder apuntar aquello que nos proporciona una sensación de cuidado hacia nosotros mismos, ¿cómo podemos cuidarnos?, ¿qué me hace feliz?... Tras la reflexión y escritura de estos se pedirá a los participantes que se queden con el cuadernillo y lo tengan en cuenta en su día a día, anotando nuevas cosas o bien si han cumplido una de ellas y recordando como de importante es cuidarse a uno mismo para ser capaz de cuidar a los demás.

Evaluación

Para evaluar la sesión, se realizará una reflexión grupal de carácter cualitativo entre todos los participantes. Si fuese necesario se realizarían preguntas para iniciar la dinámica reflexiva. El fin último de esta evaluación no es sacar unas respuestas exactas y claras, simplemente es dejar llevar una conversación y reflexión que nos permita identificar si la sesión ha fluido e indagar si podemos observar un efecto sobre los participantes. La evaluación de carácter oficial es aquella que se realiza antes de comenzar el programa de forma comparativa con aquella que se realiza tras finalizarlo.

12.2.2. Sesión 2: Mímame mucho.

RECURSOS MATERIALES
Sala amplia y luminosa
7 sillas
7 sillones
6 maniqués de bebé
Gel hidroalcohólico
6 muselinas
1 proyector
1 ordenador
Power point explicativo

RECURSOS HUMANOS
Enfermera de la Unidad de Neonatología
Ayudante

TIEMPO ESTIMADO	
Preparación de la sesión	5 horas
Duración de la sesión	1 hora y 30 minutos

Objetivos de la sesión

- Dar a conocer el MMC.
- Informar sobre los beneficios de su práctica.
- Explicar la manera correcta de realizarlo.
- Llevar a la práctica lo aprendido teóricamente.
- Resolver las posibles dudas.

Preparación

Para la preparación de esta sesión se han desarrollado una serie de herramientas tales como presentaciones digitales (anexo 5), vídeos educativos y metodología práctica que permite observar el desarrollo e implementación adecuado de los conocimientos aportados así como la resolución de dudas.

En primer lugar, se realizará la bienvenida y destinarán unos minutos de cara a solucionar dudas o comentar inquietudes referentes a la sesión anterior. Posteriormente, se dará paso a una breve introducción de la sesión en específico "Mímame mucho". Posteriormente se procederá con la presentación

en formato "Power Point" y la visualización de un vídeo ilustrativo.³² Tras esto, se comenzará con la parte práctica, consiste en de forma sencilla y siguiendo con las explicaciones dadas, conectar con lo aprendido y poder resolver dudas o aportar pensamientos o inquietudes que puedan surgir. Finalmente se realizará un pequeño "debriefing" en los últimos 15 minutos con el fin de trascender en el desempeño de la sesión y la evaluación de estas por parte de los participantes con opiniones y si fuese necesario la reconducción para poder indagar más acerca del cumplimiento de los objetivos descritos en el siguiente apartado.

También se recomendará la visualización de otro vídeo de manera autónoma tras la sesión: "El método madre canguro estimula el desarrollo del cerebro en bebés prematuros" del canal Guía Infantil. ³³

Evaluación

La evaluación de la sesión será de carácter cualitativo, en forma de reflexión entre los participantes y las personas que imparten la sesión. En caso de necesidad, se reconducirá la reflexión por medio de preguntas abiertas tales como:

- ¿Qué os ha parecido la sesión?
- ¿Cómo veis la aplicabilidad de este método con vuestro bebé?
- ¿Echáis en falta algún tipo de información?

El fin de este tipo de evaluación no es realizar una serie de preguntas que se hayan de responder, se basa en la búsqueda de una conversación y reflexión grupal que aporte a los participantes una visión global de lo tratado. Se evaluará (al igual que antes del comienzo del programa) al final de este con una encuesta final que proporcione información válida.

12.2.3. Sesión 3: Mira cómo como.

RECURSOS MATERIALES
Sala amplia y luminosa
7 sillas
7 sillones
6 maniqués de bebé
6 muselinas
1 mesa
Gel hidroalcohólico
Biberones y tetinas varias.
Muestras de leche de fórmula
Termos varios con agua caliente
Mama anatómica didáctica
1 proyector
1 ordenador
Power point explicativo

RECURSOS HUMANOS
Enfermera de la Unidad de Neonatología
Ayudante

TIEMPO ESTIMADO	
Preparación de la sesión	5 horas y 30 minutos.
Duración de la sesión	2 horas.

Objetivos de la sesión

- Conocer en líneas generales la alimentación del prematuro tardío.
- Indagar sobre los tipos de lactancia existentes.
- Aprender acerca de las especificidades alrededor de la alimentación del prematuro tardío.
- Proporcionar recursos útiles aplicables a la práctica.

Preparación

De cara a la tercera sesión se comenzará con unos minutos destinados a resolver dudas o realizar comentarios relativos a la sesión anterior. Posteriormente se presentará en formato "Power Point" los contenidos de la sesión y su explicación derivada para dar paso a la parte práctica de la sesión,

la cual consta de dos talleres con una duración aproximada de 30 minutos cada uno, el taller de LM y el taller de preparación de biberones.

Para el primer taller, usando los maniquíes y la mama anatómica didáctica (anexo 8) se simulará el hecho de dar el pecho y dar el biberón, teniendo en cuenta cual sería la manera correcta (abarcando la areola al completo), posición (tanto del bebé como la madre) y los cuidados inmediatamente posteriores. El segundo taller, en cambio, consta de la preparación correcta de biberones, según lo visualizado en el vídeo mostrado durante la presentación. Se realizará en forma de juego por cada pareja, uno tiene que dar las instrucciones (sean correctas o no) y la otra persona ha de acatar las instrucciones. Posteriormente se debatirá si se ha realizado bien el proceso o si ha fallado en alguna cosa.

Para finalizar la parte práctica se realizará un test final: ¿adivina cómo? (anexo 9) que consta de 5 preguntas relativas a lo impartido durante la sesión. Finalmente se realizará un pequeño “debriefing” en los últimos 15 minutos de manera similar a las anteriores sesiones.

Evaluación

Se realizará una reflexión grupal de carácter cualitativo entre todos los participantes. Si fuese necesario se realizarían preguntas para iniciar la dinámica reflexiva. En esta sesión, se incita a las reflexiones individuales si existe una dinámica eficaz ya que nos encontramos ante una temática que suele resultar un tema que sustenta grandes preocupaciones.

12.2.4. Sesión 4: Así me nuevo.

RECURSOS MATERIALES
Sala amplia y luminosa
7 sillas
7 sillones
6 maniqués de bebé
6 muselinas
1 mesa
Gel hidroalcohólico
6 peluches
1 proyector
1 ordenador
Power point explicativo

RECURSOS HUMANOS
Enfermera de la Unidad de Neonatología
Ayudante

TIEMPO ESTIMADO	
Preparación de la sesión	5 horas y 30 minutos
Duración de la sesión	1 hora y 30 minutos

Objetivos de la sesión

- Desarrollar conocimientos sobre los cambios posturales en prematuros.
- Fomentar las habilidades parentales en relación a los cambios posturales.
- Promover un espíritu de confianza parental en torno al cuidado de su bebé.

Preparación

Se llevará a cabo una presentación en formato de imágenes como soporte a las distintas explicaciones: importancia de los cambios posturales cada 2 horas, el método nido, la promoción de la alineación corporal y la identificación de signos de estrés. Con los maniqués se proporcionará una pequeña formación postural con ejemplos de la alineación corporal y la realización del nido en la cuna.

Evaluación

La evaluación de esta sesión sigue una dinámica de forma similar a las anteriores, destinando los últimos minutos a realizar un “debriefing” y explorar conjuntamente reflexiones y dudas que nos lleven a enriquecer el grupo y poder aportar ideas y/o conocimientos.

12.2.5. Sesión 5: Cuidémonos.

RECURSOS MATERIALES
Sala amplia y luminosa
14 sillas
6 maniqués de bebé
1 mesa
Gel hidroalcohólico
Pañales
Cremas varias
Toallitas y gasas
Suero fisiológico
Papelera
1 ordenador

RECURSOS HUMANOS
Enfermera de la Unidad de Neonatología
Ayudante

TIEMPO ESTIMADO	
Preparación de la sesión	5 horas
Duración de la sesión	1 hora y 45 minutos

Objetivos de la sesión

- Conocer y desarrollar conocimientos relativo a los cuidados de la piel del RNPT.
- Fomentar habilidades en torno al cuidado de la piel.

Preparación

De cara a esta última sesión, se ha decidido utilizar una dinámica algo diferente a las anteriores. No existirá una explicación previa exhaustiva, se aportarán

datos de relevancia y la idea es generar un debate y un formato de preguntas y respuestas que permita identificar las necesidades reales en esta problemática. De esta manera, se pueden abordar las dudas de una manera más holística, pensando en primera instancia en las preocupaciones de los cuidadores.

Posterior a ello, se realizará el taller, fundamentalmente basado en el cambio de pañal y signos de alerta. Cada maniquí, presentará alguna especificidad (rojeces, color de heces, concordancia de talla...) A partir de esto, se invitará a los participantes a realizar una actuación en torno a lo que presente su maniquí asignado. Una vez realizada la intervención, se pedirá una pequeña explicación de sus acciones y se corregirá si fuese necesario. Un ejemplo podría ser el criterio de normalidad de las heces (consistencia, color...) Este tipo de desarrollo se basa en poder compartir de forma más activa y participativa las necesidades reales.

Evaluación

Como última sesión, se destinará unos 30 minutos a reflexionar y evaluar como anteriormente, con la diferencia de poder compartir de forma global, sentimientos a lo largo del programa, la utilidad, como ha cambiado la actitud frente a diferentes temáticas... En este punto, se busca una introspección sobre la globalidad del programa y lo que ha supuesto para los participantes.

13. LIMITACIONES

Las limitaciones, al tratarse de un estudio no finalizado resultan difíciles de concretar ya que este no se ha llevado a cabo. Sin embargo, es posible especular sobre ella alrededor de los datos de carácter objetivo o las diferentes variables posibles a acontecer (socioeconómicas, de educación previas, conocimientos...)

14. APLICABILIDAD

Resulta de relevancia hablar de la aplicabilidad de un programa de alfabetización parental. Directamente relacionado con los sentimientos de fragilidad que poseen los prematuros derivados de su inmadurez fisiológica pueden conducir a sentimientos parentales de incapacidad o desconfianza

entorno al cuidado. El fin es paliar estos sentimientos y empoderar a los padres en el cuidado de sus hijos proporcionándoles conocimientos y habilidades útiles y creando un hábitat donde puedan expresar las posibles inquietudes y dudas en el periodo de transición que experimentan.

15. CONCLUSIONES

La implementación de un programa de alfabetización en relación al cuidado de los recién nacidos pretérminos tardíos puede resultar a primera instancia complicada derivada de las variables descrita en apartados anteriores. Sin embargo, se trata de una realidad a tratar y trabajar, potenciando como dicho anteriormente el espíritu de empoderamiento parental y creando habilidades y conocimientos que además de generar confianza promueven también la seguridad del bebé.

Este estudio, sin embargo, se trata de un programa no finalizado, es decir, no se ha llevado a cabo y por tanto no existe un análisis de datos ni evaluación de los resultados que respalde su aplicabilidad e idoneidad a la práctica. Al ser un programa no finalizado como se remarca anteriormente, las limitaciones y aplicabilidad queda en un estado de sugestión hasta su puesta en marcha.

16. CRONOGRAMA

	Oct	Nov	Dec	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dec	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov
Lluvia de ideas	■	■																								
Revisión bibliográfica			■	■	■	■	■																			
Elaboración del proyecto			■	■	■	■	■	■																		
Presentación del programa de investigación al CEIC del Hospital Universitario Doctor Josep Trueta									■	■																
Solicitud de autorización al Hospital Universitario Doctor Josep Trueta											■															
Información a los participantes potenciales. Reclutamiento de participantes												■	■													
Administración instrumento de recogida de datos previo. Cumplimentación del consentimiento informado.														■												
Desarrollo del programa de intervención.															■	■										
Administración instrumento de recogida de datos posterior.																	■									
Gestión de la información																		■								
Análisis de datos																			■	■						
Elaboración memoria																					■	■	■			
Difusión de los resultados																								■	■	■

Cabe especificar que el proyecto comienza en Octubre de 2022 y se extiende hasta finales de 2024 e incluso principios de 2025. La variabilidad expuesta anteriormente se encuentra sujeta a la difusión de los resultados y su duración (publicación en revistas, congresos...)

En el apartado “Elaboración del proyecto” se incluye tanto el proyecto de investigación como bien el programa de intervención. Así pues, cuando se solicita autorización al Hospital Universitario Doctor Josep Trueta se pasa por gerencia, dirección asistencial, jefes de servicio y supervisión de enfermería.

17. PRESUPUESTO

Para la realización de un proyecto de investigación resulta fundamental una estimación de costes. En el caso de este programa los costes van dirigidos a las sesiones (recursos materiales y recursos humanos) y a la propia investigación en sí (publicaciones, análisis de datos, evaluación, divulgación...)

En el anexo 12 se encuentra el desglose del presupuesto estimado.

18. BIBLIOGRAFÍA

1. Salvador Llivina T, Fernández Cano A, Puigdemívol Sánchez A. Evaluación de programas de orientación: propuesta de un modelo integrativo. RELIEVE. 1996;2(2):1-19. [citado el 1 de abril de 2023]. Disponible en: http://www.uv.es/RELIEVE/v2n2/RELIEVEv2n2_1.htm (unican.es)
2. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Boletín Oficial del Estado. 2018. 6;(294):119544-119573. [citado el 1 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2018-16673
3. Los padres prematuros también necesitan cuidado | Día Mundial del Prematuro [Internet]. 2021 [citado 8 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=3oUPzlrSUwU>
4. El MÉTODO CANGURO estimula el desarrollo del cerebro de bebés prematuros. Contacto piel con piel [Internet]. 2021 [citado 20 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=nWOJ8-AOGeg>
5. Método canguro con bebés prematuros [Internet]. 2021 [citado 1 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=Pw9rD-NKC-8>
6. Música relajante y fondos marinos. Calma la mente. Quitar la Rabia Interior y la Tristeza - YouTube [Internet]. [citado 3 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=QDsTdphHJ_U&t=3s
7. Cómo lograr un buen agarre del bebé al pecho | Guiainfantil responde sobre lactancia materna [Internet]. 2020 [citado 2 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=7PvMcKz_Rdg
8. Preparar el biberón [Internet]. 2017 [citado 3 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=JPyaWFvPdZc>

ANEXO 1: TRÍPTICO DIVULGATIVO.

**LA
IMPORTANCIA
DEL CUIDAR**

Trataremos en 5 sesiones los ejes generales del cuidado, sesiones dinámicas de 1h 30 donde podremos aprovechar y aportar conocimientos útiles.

¿Quiénes somos?
Mímame mucho
Mira cómo como
Así me muevo
Cuidemonos

CONTACTO:

Para inscripciones y dudas relativas al proceso:

analopezcebrian@hotmail.com
Ana López Cebrián

Hospital Doctor Josep Trueta
Girona

**HE LLEGADO ANTES
DE LO
ESPERADO**

¿AHORA QUÉ HACEMOS?

==

SOY PREMATURO

Pero no soy ni el primero ni el último. De hecho, en Europa la tasa de prematuridad es del 5-7%. Aproximadamente, al año nacen 15 millones de bebés prematuros



SI QUIERES APRENDER SOBRE...

- Peculiaridades del prematuro
- Método madre canguro
- Alimentación
- Cambios posturales
- Cuidados de la piel
- Afrontamiento
- Y todo lo que quieras...

En un entorno familiar, con grupos reducidos y muchas ganas de aprender. ¡Sigue leyendo!

¿Tú bebe ha nacido entre la semana 34 y 36+6? ¡Te invitamos a participar en el programa de educación parental previo al alta de prematuros tardíos!

En él podrás conocer más acerca de estos peques tan especiales, conocer a personas en la misma situación y resolver dudas con profesionales sanitarios

¿Te animas?



ANEXO 2: CUESTIONARIO DE REQUISITOS PARA LA INSERCIÓN AL PROGRAMA.

En orden para la disposición de una buen dinámica en el programa, se han establecido una serie de requisitos para su buen funcionamiento, basados en diferentes aspectos adecuados a la idoneidad de los participantes, las características de sus bebés y el compromiso al cual se adhieren. Destacar, que por cada familia del bebé aceptada en el programa pueden asistir **dos personas**.

NOMBRE DEL INTERESADO:

NOMBRE DEL BEBÉ:

FECHA DE NACIMIENTO DEL BEBÉ:

	SÍ	NO
Mi bebé ha nacido entre la 34 SG y la 36+6 SG.		
Ha requerido de ingreso en UCIN > 2 semanas		
Ha estado sometido a VMI (Ventilación Mecánica Invasiva)		
Actualmente requiere algún tratamiento		
Padece una enfermedad importante		
Tenemos alta prevista en aproximadamente 2 semanas		
Me comprometo a asistir a las 5 sesiones programadas		
Me comprometo a mostrar interés y participar activamente		

Observaciones:

ANEXO 3: SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN “PROGRAMA DE ALFABETIZACIÓN PARENTAL PREVIO AL ALTA HOSPITALARIA DE PREMATUROS TARDÍOS”.

En el presente documento se expone la aceptación de participación en el “Programa de educación parental en prematuros tardíos pre-alta hospitalaria” ofrecido a los padres y/o cuidadores principales de prematuros tardíos nacidos en el Hospital Universitario Doctor Josep Trueta.

El programa consiste en una serie de sesiones realizadas en grupos reducidos, que mediante diferentes recursos didácticos tiene como fin proporcionar los conocimientos y habilidades necesarias en relación al cuidado del bebé prematuro antes del alta hospitalaria a casa. Se fundamenta de 5 sesiones presenciales de aproximadamente 1h 30 min de duración cada una que se realizarán de forma quincenal en una sala habilitada en el propio hospital.

En Girona, a fecha de / ... / ; yo, con DNI:, he sido informado y acepto la participación en el “Programa de alfabetización parental previo al alta hospitalaria en prematuros tardíos”. Para facilitar la comunicación de las fechas en las que se realizarán las diferentes sesiones indique por favor los siguientes datos de contacto:

Correo electrónico:

Teléfono móvil:

Firma del/los participante

Firma del responsable

Este documento se encuentra protegido según la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantías de los derechos digitales. Está sujeto según el artículo 5 al deber de confidencialidad que expone:

1. Los responsables y encargados del tratamiento de datos así como todas las personas que intervengan en cualquier fase de este estarán sujetas al deber de confidencialidad al que se refiere el artículo 5.1.f) del Reglamento (UE) 2016/679.
2. La obligación general señalada en el apartado anterior será complementaria de los deberes de secreto profesional de conformidad con su normativa aplicable.
3. Las obligaciones establecidas en los apartados anteriores se mantendrán aun cuando hubiese finalizado la relación del obligado con el responsable o encargado del tratamiento.

ANEXO 4: CUESTIONARIO PREVIO A LA REALIZACIÓN DEL PROGRAMA.

La siguiente batería de preguntas presenta como fin la evaluación y conciencia de las expectativas y conocimientos previos supuestos a la realización del “Programa de educación parental previo al alta hospitalaria en prematuros tardíos”. Se trata de un cuestionario de **carácter opcional y totalmente confidencial**. Para comenzar, se ruega rellenar los siguientes datos personales:

- **Sexo:**
 - Mujer.
 - Hombre.
 - No binario.
 - Prefiero no contestar.
- **Edad:**
- **Estado civil:**
 - Soltero/a.
 - Casado/a.
 - Separado/a.
 - En pareja.
 - Viudo/a.
- **Nivel de estudios:**
 - Sin estudios.
 - Primarios.
 - Secundarios.
 - Formación profesional.
 - Grado universitario.
 - Doctorado.
- **Número de hijos:**
- **Lugar de nacimiento:**
- **Lugar de residencia:**

- **Situación laboral:**

- Desempleado/a.
- Estudiante.
- Trabajo a tiempo parcial.
- Trabajo a tiempo completo.
- Excedencia.
- Baja.

- **Religión:**

Para la cumplimentación del cuestionario, una serie de preguntas se valorarán del 0 al 10, siendo el **0 totalmente en desacuerdo** y **10 totalmente de acuerdo**. También pueden presentarse preguntas de “**Sí/No**” y otras en las cuales se deba realizar una **respuesta corta**.

1. Pienso que los bebés prematuros presentan diferencias (en el cuidado, alimentación, desarrollo...) frente a aquellos nacidos a término.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. Poseo los conocimientos suficientes respecto a las peculiaridades presentes en los bebés prematuros.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. Poseo las habilidades suficientes respecto a las peculiaridades presentes en los bebés prematuros.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. He sido informado/a por parte de los profesionales sanitarios acerca de los cuidados básicos del bebé prematuro.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5. Me he informado de manera externa acerca de los cuidados básicos del bebé prematuro

- Sí
- No

En caso de haber respondido “**Sí**”, lo he hecho mediante:

- Internet.
- Libros.
- Redes sociales.
- Boca a boca
- Otros:

6. Pienso que el programa a realizar puede resultarme de utilidad a la hora de desarrollar conocimientos y habilidades relativas al cuidado de mi hijo/a prematuro.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

7. Me resulta inquietante la manera de gestionar la llegada del bebé a casa

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8. Me transmite confianza y/o seguridad la existencia de programas de educación parental específicos.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9. Espero conseguir/afianzar conocimientos en relación a:

-
-
-

10. Me gustaría que en el programa se tratasen ámbitos como:

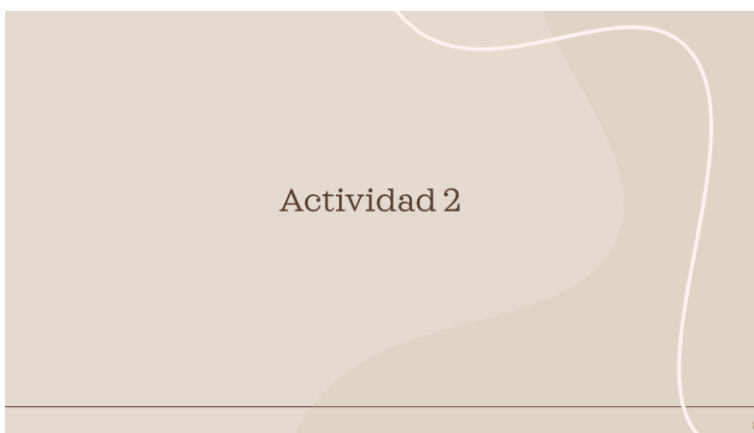
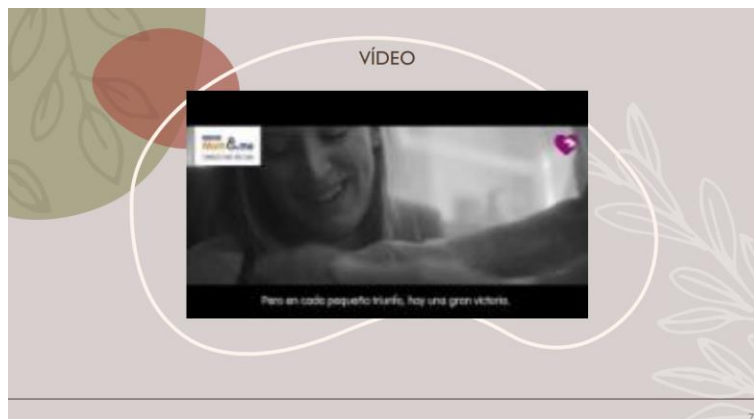
-
-
-

¡Gracias por su participación!

ANEXO 5: PRESENTACIÓN DIAPOSITIVAS SESIÓN 1.

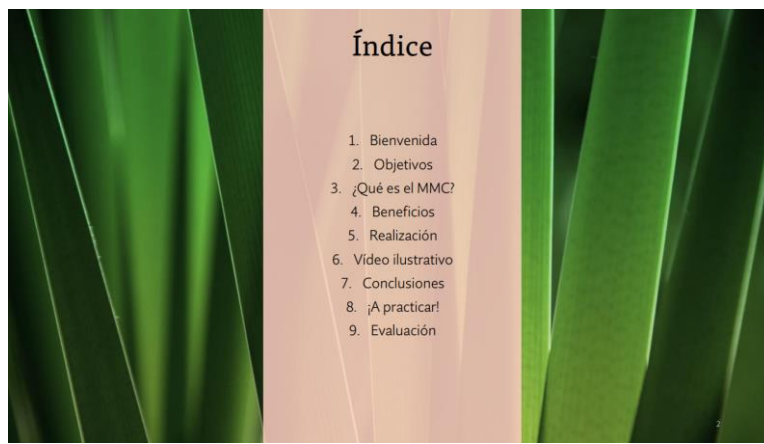








ANEXO 6: PRESENTACIÓN DIAPOSITIVAS SESIÓN 2.





Objetivos

- Conocer que es el MMC (Método madre canguro)
- Informar sobre los beneficios de su práctica.
- Explicar a manera correcta de realizarlo.
- Llevar a la práctica lo aprendido teóricamente.
- Resolver las posibles dudas



¿Qué es el MMC?

El método madre canguro (MMC) consiste en el contacto piel con piel del bebé con una persona con una duración mínima recomendada de 1 hora.

Su importancia es real, de hecho está instaurado dentro del método NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program)

De su desarrollo resultan múltiples beneficios, desde el favorecimiento de la lactancia materna hasta la promoción de los vínculos afectivos.



Beneficios

Sentimiento de capacidad Los beneficios no son solo del bebé, para los padres se da un contacto físico que favorece el acercamiento. También puede disminuir la angustia y proporcionar un sentimiento de capacidad y competencia parental.	Reducción del reflujo gastroesofágico Relacionado con la posición que adquiere el bebé mientras se practica la técnica
Termorregulación Favorece la regulación de la temperatura del bebé	Reducción de las apneas del prematuro Posiblemente relacionado con la estimulación recibida
Mejora de los signos vitales Se han observado beneficios en parámetros como la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno	Disminución del estrés y el dolor Previo y durante un estímulo doloroso

Realización

De manera previa:

- Realizar higiene diaria.
- Evitar perfumes.
- Llevar ropa amplia y cómoda.
- Hacer una higiene de manos inmediatamente antes de comenzar.

Durante:

- El bebé debe estar únicamente con el pañal y gorro.
- Posición de semi-incorporación.
- El bebé se coloca de forma vertical en posición de "rana", con la cabeza de lado.

Ojo: Abstinencia de realizarlo si se piensa que se está pasando por un proceso infeccioso

7

Vídeo ilustrativo



Conclusiones

- Técnica sencilla.
- Amplios beneficios fisiológicos
- Fortalecimiento del vínculo.
- No son necesarios recursos materiales.
- Se puede realizar con comodidad en cualquier momento.
- No implica ningún coste económico.

9

¡A practicar!



10

Evaluación

Hablemos un poco:

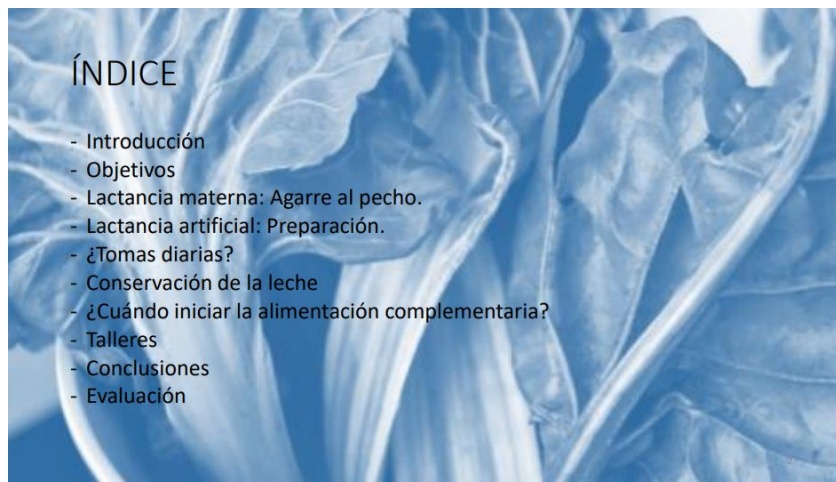
- ¿Qué nos ha parecido la sesión?
- ¿Me ha sido de ayuda?
- ¿Tengo alguna duda?
- ...

11

¡Gracias!

12

ANEXO 7: PRESENTACIÓN DIAPOSITIVAS SESIÓN 3.



Lactancia materna: Agarre al pecho



4

Lactancia artificial: Preparación



5

Tomas diarias

¿A demanda?

¿5 tomas diarias? Son adecuadas

Y... a los 6 meses (de edad corregida)

¡ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA!

6



Conservación de la leche

TIPO DE LECHE MATERNA	A TEMPERATURA AMBIENTE	REFRIGERADOR O NEVERA	CONGELADOR
Leche extraída en recipiente cerrado	6-8 horas a 25 °C o menos Idealmente 3-4 horas	72 horas idealmente	Congeladores de nevera (*): 2 semanas Congelador de puertas separadas (**): 3 meses Congelador con T* < -19°C (***): 6-12 meses
Descongelada en la nevera	4 horas (idealmente hasta la siguiente toma)	24 horas	No volver a congelar
Descongelada en agua caliente	Lo que dure la toma, lo que sobre se desecha	4 horas hasta la próxima toma	No volver a congelar

7

¿Cuándo iniciar la alimentación complementaria?

¡Depende!

¿De qué?

De las características individuales del bebé y sobretodo de la EC (Edad Corregida). La alimentación complementaria suele iniciarse igual que en los no prematuros, cuando se llega a la EC.

Talleres

LM (Lactancia materna)
Preparación de biberones

9

CONCLUSIONES

- La alimentación es un hecho fundamental a conocer y tener en cuenta.
- Los prematuros tienen necesidades especiales en cuanto a alimentación.
- Lo que decidamos, está bien, siempre y cuando hayamos recibido la información precisa.
- Las dudas son normales, siempre podemos ser asesorados por nuestro Pediatra o Enfermera Pediátrica.
- Todos los tipos de lactancia comprenden de un periodo de adaptación que puede resultar complicado.
- Debemos aprender a disfrutar de las pequeñas cosas que implican del cuidado del pequeño.

10

Evaluación

- ¡Vamos a reflexionar!
- ¿Qué tipo de alimentación quiero para mi hij@?
 - ¿He aprendido cosas nuevas?
 - ¿Me veo capaz de gestionar la alimentación de mi peque?

11

¡GRACIAS!

12

ANEXO 8: GALERÍA FOTOGRÁFICA: MAMA ANATÓMICA DIDÁCTICA.



Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 9: ¿ADIVINAS CÓMO?

1. **Realizando Lactancia Materna, la boca del bebé respecto a la mama ha de estar:**
 - a) Ocupando solamente el pezón y con la nariz despegada para favorecer la respiración.
 - b) Ocupando la totalidad de la areola, con los labios evertidos, nariz y barbilla tocando el pecho y la lengua debajo del pezón.**
 - c) Como el bebé lo realice normalmente, cada bebé tiene sus individualidades.
 - d) Todas son falsas.

2. **¿Hasta cuando se recomienda la Lactancia Materna exclusiva como mínimo si es posible?**
 - a) Hasta los 3 meses.
 - b) Hasta los 6 meses**
 - c) No hay una recomendación estipulada.
 - d) No se recomienda

3. **¿Cuánto tiempo se puede llegar a conservar la leche materna en un congelador de puertas separadas?**
 - a) No podemos congelar la leche materna.
 - b) Hasta 3 meses.**
 - c) 24 horas.
 - d) 72 horas.

4. **¿Qué es la Lactancia Mixta?**
 - a) Cuando mezclamos en una toma si no hay suficiente leche materna también leche de fórmula conjuntamente.
 - b) Cuando incluimos alimentos además de la lactancia.
 - c) Es la lactancia solo con biberón.
 - d) Hablamos de lactancia mixta cuando la lactancia materna se alterna con leche de fórmula.**

5. **Las recomendaciones sobre el inicio de alimentación complementaria en el prematuro apelan a...**
 - a) Identificar las necesidades del bebé únicamente.
 - b) Iniciarla a los 6 meses de edad corregida y teniendo en cuenta el estado del bebé.**
 - c) Iniciarla a los 6 meses del nacimiento.
 - d) Iniciarla cuando los padres se vean preparados

ANEXO 10: PRESENTACIÓN IMÁGENES SESIÓN 4.



ANEXO 11: CUESTIONARIO POSTERIOR A LA REALIZACIÓN DEL PROGRAMA.

La siguiente batería de preguntas presenta como fin la evaluación y conciencia de las expectativas y conocimientos posteriores a la realización del “Programa de educación parental previo al alta hospitalaria en prematuros tardíos”. Se trata de un cuestionario de **carácter opcional y totalmente confidencial**.

Para la cumplimentación del cuestionario, una serie de preguntas se valorarán del 0 al 10, siendo el **0 totalmente en desacuerdo y 10 totalmente de acuerdo**, o bien **0 totalmente insatisfecho y 10 totalmente satisfecho**. También pueden presentarse preguntas de **“Sí/No”** y otras en las cuales se deba realizar una **respuesta corta**. Para comenzar, se ruega rellenar los siguientes datos personales:

- **Sexo:**
 - Mujer.
 - Hombre.
 - No binario.
 - Prefiero no contestar.
- **Edad:**
- **Estado civil:**
 - Soltero/a.
 - Casado/a.
 - Separado/a.
 - En pareja.
 - Viudo/a.
- **Nivel de estudios:**
 - Sin estudios.
 - Primarios.
 - Secundarios.
 - Formación profesional.
 - Grado universitario.
 - Doctorado.

- **Número de hijos:**
- **Lugar de nacimiento:**
- **Lugar de residencia:**

- **Situación laboral:**
 - Desempleado/a.
 - Estudiante.
 - Trabajo a tiempo parcial.
 - Trabajo a tiempo completo.
 - Excedencia.
 - Baja.

- **Religión:**

1. Valore su satisfacción de forma general con el programa.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. Respecto a los siguientes ámbitos, valore su satisfacción:

- Organización del programa.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Conocimientos de los profesionales que han impartido el programa.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Instalaciones utilizadas.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Materiales y recursos utilizados.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Duración del programa.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. El programa me ha proporcionado conocimientos y/o habilidades respecto al cuidado del bebé prematuro que previamente no poseía.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. Indique 3 aspectos que más le han beneficiado del programa:

-
-
-

5. ¿Qué aspectos mejoraría del programa?

-
-
-

6. Me gustaría haber tratado temas como:

-
-
-

7. Las sesiones me han resultado útiles y de calidad.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8. Me sigue resultando inquietante la llegada del bebé a casa.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9. Me siento con más seguridad y confianza para el cuidado de mi bebé prematuro tras la realización del programa.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

10. Considerando su experiencia completa en el programa, ¿lo recomendaría a terceras personas?

- Sí
- No

En el caso de que su respuesta haya sido "No", ¿cuáles son las razones?

-

ANEXO 12: PRESUPUESTO.

Cabe destacar que algunos elementos han sido reutilizados sesión tras sesión. Otros elementos, tales como la infraestructura y mobiliario han sido cedidos por el hospital, así como parte del material didáctico (maniqués). Las horas dedicadas en cada sesión para llevar a cabo el cálculo del sueldo de los impartidores son:

- **Sesión 1:** 5 horas.
- **Sesión 2:** 6 horas y 30 minutos.
- **Sesión 3:** 7 horas y 30 minutos.
- **Sesión 4:** 7 horas.
- **Sesión 5:** 6 horas y 45 minutos.

SESIÓN 1	
Enfermera	100 euros
Ayudante	65 euros
Taco de notas (100 hojas)	1,97 euros
12 rotuladores	4,95 euros
10 bolígrafos	6 euros
Bote transparente	1,95 euros
Pelota de goma-espuma	1,75 euros
7 cuadernillos	7 euros

TOTAL SESIÓN 1: 188,62 euros.

SESIÓN 2	
Enfermera	130 euros
Ayudante	84,5 euros
Gel hidroalcohólico	3,70 euros
6 muselinas.	24 euros

TOTAL SESIÓN 2: 242,20 euros.

SESIÓN 3	
Enfermera	150 euros
Ayudante	97,5 euros
6 muselinas	0 euros
Gel hidroalcohólico	0 euros
6 biberones	30 euros
6 tetinas varias	15 euros
Muestras leche	0 euros (muestra gratuita)
3 termos	27 euros
Mama anatómica	Elaboración propia

TOTAL SESIÓN 2: 319,50 euros.

SESIÓN 4	
Enfermera	140 euros
Ayudante	91 euros
Gel hidroalcohólico	0 euros
6 muselinas.	0 euros
6 peluches	60 euros

TOTAL SESIÓN 4: 291 euros

SESIÓN 5	
Enfermera	135 euros
Ayudante	87,75 euros
1 paquete de pañales	17,26
Gel hidroalcohólico	0 euros
Cremas varias	0 euros (muestra gratuita)
Toallitas	2,89 euros
Gasas (100 ud.)	4,49 euros.
Suero fisiológico monodosis	3,75 euros

TOTAL SESIÓN 5: 251, 14 euros.

- **Costes relacionados con el análisis de datos (programa SPSS):**
1.200 euros.
- **Análisis estadístico:** 1.300 euros.
- **Difusión de los resultados (asistencia a congresos):**
 - o Inscripción: 600 euros aproximadamente.
 - o Alojamiento y manutención: 600 euros aproximadamente.
 - o Transporte: 500 euros aproximadamente.
- **Traducción de dos artículos:** 1.600 euros aproximadamente.
- **Publicación de artículos en revistas con Open Access:** 4.200 euros

SUMA TOTAL SESIONES: 11.292,46 euros