



PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD DIRIGIDO A PADRES Y MADRES DE RECIÉN NACIDOS PREMATUROS TARDÍOS

¿Listos para mí llegada a casa?

Autora: Maria Ollero Gil
Trabajo de Fin de Grado
Palabras: 10.411
Fecha: 20 Abril 2020
Escuela Universitaria de Enfermería de Vitoria-Gasteiz 2019/20

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero darle las gracias a mi familia, por inculcarme desde pequeña la importancia del estudio y la formación, por enseñarme el valor del trabajo bien hecho y que el esfuerzo siempre trae frutos consigo. No podría haber llegado hasta aquí sin su apoyo en los momentos duros y sin la alegría e ilusión que sentían con mis pequeños logros, que siempre fue un motor importante para seguir hacia delante.

Para continuar quiero agradecerles también a mis compañeras de clase Vanessa G, Claudia H, Andrea A, Lydia V, Gorka G y Nuria F, que ahora tras 4 años se han convertido en grandes amigas, por aguantarme durante las horas interminables de clase, tener que soportar mis quejas, mis miedos y sobre todo por el gran apoyo que han supuesto durante este tiempo. Estos años se llevan consigo muchísimas horas de esfuerzo y estudio pero también, muchísimas risas, momentos inolvidables y anécdotas que contar en un futuro, cuando todos estemos vestidos por fin de azul.

Quiero hacer una mención especial a cuatro amigas muy importantes para mí; Ondiz Z, Lobna T, Olatz M y Laura M, las cuales llevan a mi lado demasiados años como para contarlos, por apoyarme y animarme cuando estudiábamos juntas durante los años de instituto, por compartir nuestras metas y sueños y, por dedicarme su tiempo y cariño.

A mis directores del TFG Elena DL y Yeray H, os doy las gracias no solo por compartir conmigo vuestros amplios conocimientos sobre la educación para la salud, sino por la paciencia y dedicación que habéis tenido durante el desarrollo de este trabajo para que pudiera realizarlo de la mejor manera posible.

Por último, pero no menos importante, le agradezco a todo el profesorado de la universidad, a los tutores de prácticas y a todas las enfermeras/os que han intervenido en mi formación, por su gran profesionalidad, esfuerzo y dedicación a la hora de educarnos para ser grandes profesionales de la salud, por compartir con nosotros su visión de la enfermería y los valores necesarios para llevarla a cabo y, por aportar su “granito de arena” para dar lugar a la enfermera que soy hoy.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO Y JUSTIFICACIÓN	2
3. OBJETIVOS DEL PROGRAMA.....	7
3.1 META	7
3.2 OBJETIVO GENERAL DEL PROGRAMA.....	7
3.3 OBJETIVOS INTERMEDIOS	7
4. METODOLOGÍA.....	8
5. DISEÑO DEL PROGRAMA.....	11
5.1 DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN	11
5.2 ESTRATEGIAS DE DIFUSIÓN Y CAPTACIÓN DE LA POBLACIÓN	11
5.3 SESIONES EDUCATIVAS	12
5.4 ESQUEMA DE LAS SESIONES	13
5.5 DESARROLLO DE LAS SESIONES EDUCATIVAS	14
5.5.1 SESION 1: ¡CONOZCAMONOS MEJOR!.....	14
5.5.2 SESIÓN 2: ALIMENTACIÓN ¿Cómo saber si lo hago bien?	17
5.5.3 SESIÓN 3: ¡CUIDAME MUCHO!.....	21
5.5.4 SESIÓN 4: LAS CARICIAS, MI MEJOR MEDICINA	23
5.5.5 SESIÓN 5: UNA MIRADA A LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD.....	26
6. COSTE DEL PROGRAMA.....	30
7. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA	31
8. BIBLIOGRAFÍA.....	32
9. ANEXOS.....	34
9.1 ANEXO 1: TABLA INICIAL DE BÚSQUEDA	34
9.2 ANEXO 2: TABLA ECUACIONES DE BÚSQUEDA	35
9.3 ANEXO 3: DIAGRAMA DE FLUJO	37

9.4 ANEXO 4: GUIÓN LECTURA CRÍTICA DE ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA	38
9.5 ANEXO 5: RESUMENES DE LOS ARTÍCULOS.....	43
9.6 ANEXO 6: TRÍPTICO DEL PROGRAMA	49
9.7 ANEXO 7: POWER POINT DE LAS CARÁCTERISTICAS DEL PREMATURO TARDÍO	50
9.8 ANEXO 8: FOLLETO SOBRE COMPLICACIONES Y S/S DE ALARMA	54
9.9 ANEXO 9: TÉCNICA DE AMAMANTAMIENTO	56
9.10 ANEXO 10: AGARRE DEL BEBE AL PECHO.....	57
9.11 ANEXO 11: CÓMO DAR EL BIBERÓN	58
9.12 ANEXO 12: SACAR GASES AL BEBÉ	60
9.13 ANEXO 13: IMÁGENES SOBRE ELIMINACIÓN DE LOS BEBES	61
9.14 ANEXO 14: EJEMPLO DE MASAJE PARA CÓLICOS.....	63
9.15 ANEXO 15: PREGUNTAS SOBRE CUIDADOS GENERALES.....	64
9.16 ANEXO 16: MANEJO DE LA IRRITACIÓN Y EL LLANTO.....	65
9.17 ANEXO 17: VIDEO TÉCNICA 5S	69
9.18 ANEXO 18: VIDEO TÉCNICA “THE HOLD”	70
9.19 ANEXO 19: MASAJE INFANTIL.....	71
9.20 ANEXO 20: MITOS Y FALSAS CREENCIAS.....	72
9.21 ANEXO 21: CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN	76

1. INTRODUCCIÓN

El recién nacido prematuro es todo aquel que nace antes de la semana 37 de gestación. Dentro de este amplio grupo se encuentran los prematuros tardíos, que son aquellos nacidos entre la semana 34+0 y 36+6 de gestación.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) las tasas de prematuridad han ido en aumento en las últimas décadas, debido al incremento de los factores de riesgo, en España varió entre 1996 y 2006 del 5,84% al 6,84%. En la actualidad la prematuridad ronda el 7% de todos los nacimientos, de los cuales el 70% corresponde a prematuros tardíos. Esto los convierte en el grupo más amplio y menos estudiado ya que, durante años han sido considerados bebés “casi a término”, infravalorándose los problemas potenciales que pueden surgir tras el alta.

Los padres y madres de estos bebés no sólo tienen que enfrentarse a los retos que supone la transición a una nueva etapa como es la maternidad y la paternidad, sino que además, tienen que adaptarse a la vulnerabilidad de sus hijos prematuros, que requieren cuidados y atención especial. Todo ello puede provocar que surjan sentimientos de miedo, ansiedad e incapacidad para asumir el cuidado de estos recién nacidos en el hogar.

Los programas de educación para madres y padres de grandes prematuros al alta han demostrado efectividad la hora de conseguir una mejor capacitación materna y paterna, disminuyendo los sentimientos de ansiedad, estrés y miedo tras el alta y mejorando los vínculos entre padres/madres - hijos/as. Por ello, se ha detectado la necesidad de crear un programa destinado a los padres y madres de prematuros tardíos ya que, se ha observado que muchas de las complicaciones y reingresos de estos bebés, junto con el gasto sanitario que esto conlleva, podrían evitarse educando a los padres y madres para que puedan realizar cuidados de calidad tras el alta.

A través de este programa se pretende que las familias de prematuros tardíos adquieran los conocimientos, actitudes y habilidades necesarias para la gestión y cuidado de sus hijos prematuros y obtengan herramientas para afrontar positivamente las dificultades que surjan en el hogar, mejorando así la calidad de vida de estas familias y fomentando una vivencia más positiva de la maternidad y la paternidad.

Para ello, se llevarán a cabo 5 sesiones, tras el alta hospitalaria, con metodologías activas y adaptadas para un grupo de 12 participantes, donde se abordarán las características y complicaciones de estos neonatos, la alimentación, los cuidados generales y la gestión emocional tanto de los padres/madres como de sus bebés.

2. MARCO Y JUSTIFICACIÓN

La Asociación Española de Pediatría (AEP) define como recién nacido prematuro a todo aquel que nace antes de completar la semana 37 de gestación, contando desde el primer día tras la fecha de la última regla¹. Esta clasificación se divide a su vez en 3 grupos: recién nacido moderadamente prematuro (de 32 a 36 semanas), recién nacido muy prematuro (menor a 32 semanas) y prematuro extremo (menor a 28 semanas)². La dificultad para conocer inequívocamente la edad gestacional (EG), justificó el uso del peso al nacimiento como parámetro de referencia, para clasificar al neonato como “bajo peso al nacimiento” cuando el peso era inferior a 2.500 gr., de “muy bajo peso al nacimiento” a los de peso inferior a 1500 gr. y de “extremado bajo peso” al inferior a 1000 gr¹.

Respecto al prematuro tardío (PT), no fue hasta el año 2005, que el National Institute of Child Health and Human Development sugirió un rango de 34+0 a 36+6 semanas de edad gestacional para designar a este grupo de recién nacidos². Este concepto reemplazó al de recién nacido “casi a término” que implicaba que estos niños solo precisaban los cuidados de rutina subestimando riesgos que podían aparecer por su inmadurez³.

Los factores maternos que influyen en los nacimientos pretérmino son:

- Incremento en la proporción de embarazos de madres de más de 35 años de edad ².
- Embarazos múltiples ².
- Indicaciones médicas por patología materna (placenta previa, sangrados, infección, hipotensión, preeclampsia, trabajo de parto prematuro idiopático, ruptura prematura de membranas, retraso en el crecimiento intrauterino)².

Cada año, nacen en el mundo alrededor de 15 millones de bebés prematuramente, es decir, más de uno de cada 10 nacimientos. De éstos, 1,1 millones morirán y muchos vivirán con alguna discapacidad. La prematuridad es la principal causa mundial de muerte neonatal, y la segunda causa principal de muerte infantil⁴. Las tasas de prematuridad han ido en aumento por el incremento de los factores de riesgo; en Estados Unidos superan el 12,5%, aunque el 8,8%, corresponde a nacidos entre las semanas 34 y 36 de gestación¹. El nacimiento de pretérminos con EG inferior a 32 semanas se mantiene relativamente estable y variando entre el 1 y 2 % del total de nacimientos¹. En España también se ha constatado un aumento en los últimos 20 años. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) la tasa de prematuridad varió entre 1996 y 2006 del 5,84% al 6,84%¹. En la actualidad ronda el 7% de los cuales el 70% corresponde a nacimientos de prematuros tardíos⁵. Es cierto que la mayor parte de la morbimortalidad afecta a los recién nacidos “muy prematuros”, cuya EG es inferior a 32 semanas, y especialmente a los “prematuros extremos”, que son los nacidos antes de la semana 28 de EG¹. Sin embargo, se ha observado que el incremento de la tasa de prematuridad de las últimas décadas es debido, casi

exclusivamente, a los PT⁶. Numerosas publicaciones muestran que los PT presentan una morbimortalidad de seis a siete veces mayor que los recién nacidos a término (RNT), así como las consecuencias sobre el desarrollo psicomotor⁶. Son fisiológica y metabólicamente inmaduros y se comportan como tal. Los principales problemas que pueden presentar son hipotermia, hipoglucemia (6,8 frente a 0,4%), dificultad respiratoria (4,2 frente a 0,1%), apnea, muerte súbita, hiperbilirrubinemia (18 frente a 2.5%) y dificultades de alimentación³.

El PT comparado con el RNT genera un coste muy alto al sistema sanitario. Un estudio realizado en EEUU determinó que el PT tenía una estancia hospitalaria media más alta (8,8 días frente a 2,2 del nacido a término) con un coste económico 10 veces mayor (26.054 dólares frente a 2.061)³. Representa el 11.2% de todos los costos neonatales (\$ 1.145 mil millones anuales) en Estados Unidos, los cuales incluyen: atención antes del parto, gastos de transporte, atención médica y enfermería neonatal, tratamiento y costos asociados para medicamentos a largo plazo, así como servicios educativos y sociales⁷.

El nacimiento de un RN prematuro, supone para los padres y madres de estos bebés un fuerte impacto emocional. Los partos prematuros a menudo ocurren de manera imprevista y urgente, por lo que la mayoría de los padres son informados de que su bebé nacerá prematuramente justo antes del parto, a menudo en cuestión de 24-48 horas antes, como máximo⁸. Esta situación provoca sentimientos de miedo, ansiedad e incertidumbre sobre cómo transcurrirá el parto y cómo evolucionará su hijo/a tras el nacimiento, sabiendo que a diferencia del resto de madres/padres, su hijo podría quedarse ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)⁸. Esto supone un gran desafío ya que, no solo se tienen que adaptar a su nuevo rol como padres/madres, sino que además se tienen que adaptar al estado de vulnerabilidad de su hijo y a las necesidades y cuidados que éste va a presentar de cara al alta⁹. Varios estudios han detectado que los padres y madres de bebés prematuros suelen presentar durante la estancia hospitalaria de su hijo¹⁰:

- Estrés y/o ansiedad¹⁰.
- Depresión y culpabilidad¹⁰: pueden aparecer sentimientos de culpa relacionados con los cuidados llevados durante el embarazo y estrés postraumático si el parto ha resultado complicado.
- Disminución de la confianza y la autoeficacia en la crianza de los hijos¹⁰: impotencia por verse incapaces de asumir cuidados.
- Interacciones y roles de padres/madres e hijos/as deteriorados¹⁰ (desapego), ya que debido a las posibles complicaciones de sus hijos, los cuidados de enfermería a veces suplen a los de los padres/madres retrasando la instauración del vínculo. Además de los problemas que puede acarrear la conciliación familiar (familia monoparental, más hijos en el hogar, falta de apoyo familiar, lejanía de la vivienda respecto al hospital, etc).

- Necesidad de conocimiento adicional y desarrollo de habilidades de cuidado¹⁰: los bebés prematuros por su inmadurez, requieren que se tengan en cuenta muchos factores que pueden afectar a su salud para los cuales se necesita educación.
- Necesidad de un aumento de apoyo social y profesional¹⁰: los padres refieren que la información, la empatía, el apoyo y el seguimiento recibido, durante la hospitalización y tras el alta, por los profesionales sanitarios es de suma importancia para sobrellevar de la mejor manera la estancia hospitalaria de sus hijos y su posterior vuelta a casa.

Se ha observado que el momento de alta es un momento de felicidad, emocionante para los padres y madres que ven que su bebé se encuentra bien y que sienten que al volver a casa, empezarán a ejercer verdaderamente su labor de crianza⁹. Sin embargo, si estas dificultades y necesidades no se abordan, preparando a los padres para el cuidado del prematuro en el hogar, persistirán tras el alta, dificultando que se instauren una maternidad y paternidad satisfactorias y favoreciendo los reingresos hospitalarios y el mayor uso de atención sanitaria^{8, 10}. Es importante tener en cuenta que la aparición de problemas de salud en estos recién nacidos tras el alta, provoca que muchos de los padres y madres vivan como un fracaso su labor de crianza y reaparezcan sentimientos de culpa, tristeza, ansiedad y falta de confianza en sí mismos para asumir el cuidado, lo cual acaba generando cierta dependencia del sistema sanitario.

El problema que se presenta en la atención y seguimiento de estos neonatos, es que durante muchos años, los PT han sido tratados como RNT lo que ha llevado a una infravaloración de los problemas potenciales a medio y largo plazo⁵. Un estudio realizado en 2017 en España constató que eran el grupo más amplio y menos estudiado hasta la fecha. El 58,6% de los prematuros tardíos ingresó en la UCIN por alguna de las complicaciones anteriormente comentadas. Además, también suponen una fuente de preocupación los prematuros tardíos “sanos”, el 41,4% restante, que se van a sus hogares de forma precoz tras el alta de sus madres del hospital⁶.

Una buena preparación al alta requiere un ingreso largo, que permita detectar las dificultades y las necesidades de estas familias y dar una educación pausada y de calidad. Por ello, si tenemos en cuenta que casi la mitad de estos neonatos solo permanecen 48-72h en el hospital junto a sus madres y que aquellos que ingresan en la UCIN tienen una estancia corta, 8 días de media, esta preparación al alta se convierte en muchas ocasiones en un proceso meramente informativo, no solo por la corta estancia, sino también por la carga asistencial que hay en estas unidades. Es por ello, que a pesar de las pautas, recomendaciones y propuestas desarrolladas por algunas de las organizaciones de pediatras para realizar un correcto seguimiento y apoyo a estas familias, la revisión de la literatura demostró que los padres y madres no se sienten adecuadamente preparados para cuidar a su bebé tras el alta⁷.

Las tasas de reingreso de estos bebés son 2-3 veces superiores a los nacidos a término, el reingreso precoz (dentro de los 15 días desde el alta) es debido a causas como: hiperbilirrubinemia, dificultades de alimentación, pobre ganancia ponderal, deshidratación, infecciones respiratorias y apnea⁵. Muchos de estos reingresos pueden ser evitados mediante una monitorización

cuidadosa, establecimiento precoz de lactancia materna (LM) eficaz con suplementación y apoyo a las familias para aplicar los cuidados oportunos en casa tras el alta⁵.

Un estudio realizado en EE.UU. entre 2000 y 2008 constataba que los prematuros tardíos es más probable que estén expuestos a humo del tabaco, que sean colocados en posición inadecuada para dormir y también, que sean alimentados al pecho con menor probabilidad, tanto inicialmente como en el tiempo⁵. Estas situaciones contribuyen con el aumento de la morbilidad, como la enfermedad respiratoria, y la mortalidad, como la muerte súbita del lactante⁵. Por ello, es necesario concienciar a los padres y madres de que su hijo tiene un riesgo aumentado de padecer complicaciones tras el alta, la educación debe centrarse también en desarrollar la habilidad para reconocer estos problemas³ ya que, se ha constatado que los reingresos no siempre se deben a la prematuridad, muchas veces son fruto de una falta de preparación al alta de los padres/madres¹⁰.

Los programas de educación para la salud dirigidos a los padres/madres de RN prematuros han demostrado su efectividad, por un lado, a la hora de mejorar los conocimientos y la habilidad de las familias respecto a las necesidades y cuidados de sus hijos^{11,12,13,14} y por el otro, favoreciendo que se instauren vínculos madres/padres-hijos/as satisfactorios, disminuyendo la ansiedad y mejorando la autoeficacia y la actitud de estas familias para asumir esta gran responsabilidad^{15,16}. Sin embargo, la mayoría de los programas descritos en la literatura están dirigidos a los padres y madres de grandes prematuros, por lo que es importante recalcar la necesidad de crear programas de empoderamiento que incluyan a los padres y madres de los prematuros moderados y tardíos, como sugieren Ingram JC, et al y Coldich PB, et al^{17, 18}. Además, en la mayoría de los programas el abordaje se centra en la hospitalización y el momento antes del alta, obviando que es en el domicilio donde estos padres y madres ponen a prueba lo aprendido y donde son conscientes de las necesidades, dificultades y dudas que tienen respecto al cuidado de sus hijos con los recursos que tienen a mano en sus hogares.

Por estos motivos, añadiendo además, que el número de prematuros tardíos va en aumento por el retraso de la maternidad y el mayor uso de técnicas de reproducción asistida que dan lugar a más embarazos múltiples, veo necesaria la creación de un programa de educación para la salud dirigido a los padres y madres de estos neonatos, permitiendo así que cuenten con un espacio donde poder expresar sus emociones, sus dificultades, sus experiencias y así poder hacer una buena detección de necesidades. Todo ello con el objetivo de que adquieran competencia para la gestión y cuidado de sus recién nacidos prematuros, capacitándolos para ofrecer unos cuidados de calidad en sus hogares. De esta forma se pretende contribuir a la mejora de la calidad de vida de familias con prematuros tardíos, fomentando una vivencia más positiva de la maternidad y la paternidad tras el alta. Además, se contribuirá también a la reducción de los reingresos y de la dependencia del sistema sanitario de estas familias, dando lugar a una disminución del gasto sanitario.

Este programa tendrá en cuenta y respetará los principios de la bioética, ya que en todo momento se busca el beneficio y la autonomía de estas familias, por lo que se cumplirá el principio de no maleficencia. Además, podrá participar cualquiera que cumpla los criterios de inclusión, cumpliendo el de justicia.

3. OBJETIVOS DEL PROGRAMA

3.1 META

Contribuir a la mejora de la calidad de vida de familias con prematuros tardíos y fomentar una vivencia más positiva de la maternidad y la paternidad tras el alta.

3.2 OBJETIVO GENERAL DEL PROGRAMA:

Al finalizar el programa los padres y madres demostrarán competencia para la gestión y cuidado de sus hijos prematuros y obtendrán herramientas para afrontar positivamente las dificultades que surjan en el hogar.

3.3 OBJETIVOS INTERMEDIOS:

- Demostrarán conocimientos sobre el cuidado del RN prematuro tardío.
- Demostrarán habilidad en el cuidado del RN prematuro tardío.
- Demostrarán una actitud positiva hacia el cuidado de RN prematuro tardío.

4. METODOLOGÍA

La educación para la salud es una de las herramientas fundamentales de la enfermería para la prevención y promoción de la salud, en el pasado estaba basada en una pedagogía tradicional o biologicista en la que el profesional sanitario daba la información asumiendo el papel de “experto” y el paciente acataba el papel de “informado” de manera pasiva. Era un proceso unidireccional y centrado en el área cognitiva de la persona¹⁹.

En la actualidad se basa en una pedagogía integradora y activa, en la que la persona no es considerada ignorante sino, que tiene una serie de conocimientos previos, experiencias, creencias y valores que influyen en el aprendizaje. El educador adquiere un rol de “ayuda, apoyo o guía” y el paciente adquiere un rol activo, en el que expresa cuáles son sus necesidades y dificultades y en base a eso se ofrece un contenido que abarque el área emocional, cognitiva y trabaje la habilidad para afrontar los problemas de salud. Por tanto, una parte del contenido lo aporta quien educa y otra los participantes¹⁹.

Es por ello que hoy en día la educación para la salud es definida como un proceso bidireccional, en el que se capacita a los individuos para que participen activamente en definir sus necesidades y elaborar propuestas para conseguir unas determinadas metas en salud, y en consecuencia, se les proporciona los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para la promoción y protección de su salud²⁰. Todo ello con el objetivo de que esas personas movilicen sus propios recursos y desarrollen capacidades que les permitan tomar decisiones conscientes y autónomas²⁰.

Este programa trabajará en base a la teoría del aprendizaje social y de la autoeficacia de Bandura, que considera a la persona como un ser holístico e indivisible que se encuentra en interacción constante con su contexto social, del cual aprende mediante la observación y la imitación de aquellas conductas que observa²¹. Además, resalta que “para que una persona consiga un rendimiento adecuado no es suficiente con que posea los conocimientos y las habilidades requeridas, es importante sobre todo que crea en sus propias capacidades”. Para Bandura la autoeficacia es de suma importancia, si una persona tiene una autoeficacia alta visualizará escenarios exitosos, logrando un mejor rendimiento y disminuyendo los niveles de estrés y ansiedad²². Es por ello que las sesiones grupales resultan muy enriquecedoras para este tipo de programa, ya que un padre o madre con baja autoeficacia también obtiene información sobre sus capacidades a partir de la comparación con los otros por medio de la observación, cuando ven que otra familia se enfrenta a una situación amenazante con buen resultado y sin consecuencias adversas en sus bebés, pueden obtener la expectativa positiva de que ellos también lo conseguirán²².

Para poder realizar una educación para la salud de calidad, en este caso, para abordar una situación de transición a una nueva etapa vital, añadiendo la prematuridad de sus bebés, es necesario abordar tres áreas; la cognitiva, la actitudinal-afectiva y el área de habilidad, ya que, todas ellas influyen en el aprendizaje de los individuos^{19,23}.

El área cognitiva se trabajará indagando primero en los conocimientos previos que los participantes presentan al inicio del programa respecto a las complicaciones que pueden surgir en sus domicilios y los cuidados que necesitan los PT y en base a eso, se aportarán una serie de contenidos y actividades. La información se dará de manera sencilla, clara y pausada, evitando la saturación y facilitando que los participantes puedan retener conceptos importantes. Por ello, el contenido y las actividades se fraccionarán en sesiones y se aportará material de apoyo que puedan llevarse a su domicilio.

La habilidad se trabajará mediante talleres en los que primero la docente hará una demostración y después los padres y madres realizarán la acción con supervisión. Una vez en sus domicilios podrán practicar de manera autónoma y compartir las dificultades que surjan en las siguientes sesiones.

Respecto al área actitudinal-motivacional, para los padres y madres ver a su hijo crecer sano y sentirse capaces de cuidarlo ya supone por sí mismo un estímulo muy fuerte. Por ello, la enfermera docente trabajará la motivación y la actitud indagando qué es importante para ellos, reforzando los logros que vayan realizando, explicando el beneficio de un cuidado de calidad para sus hijos/as y haciéndoles ver que a pesar de que la maternidad/paternidad es compleja se puede disfrutar cuidando.

Las barreras de aprendizaje que podemos encontrar pueden ser: el impacto negativo que haya podido producir el parto prematuro, el retraso de la instauración del vínculo madres/padres-hijos/as que pueda generar desapego, que sean familias primerizas y no tengan experiencia de crianza previa así como, pensamientos o sensación de incapacidad para asumir el cuidado de sus hijos prematuros. Además puede influir el escaso apoyo familiar y/o que no se establezca una buena comunicación con los profesionales durante la estancia hospitalaria, lo cual podría aumentar los sentimientos de impotencia, ansiedad y desconocimiento. Por ello, a lo largo de las sesiones se abordará la esfera emocional y la autoeficacia, facilitando mediante distintas dinámicas que los padres y madres expresen y compartan sus sentimientos, preocupaciones y experiencias respecto a la prematuridad de sus hijos y qué piensan de sus capacidades de cuidado de cara al alta. Esto ayudará a identificar sus necesidades y dificultades en el cuidado.

Teniendo en cuenta el principio de multisensorialidad se hará uso de diferentes recursos y herramientas de enseñanza (videos, exposiciones, talleres, hojas con información, dinámicas, grupos de expertos, etc) ya que, se ha demostrado que cuantos más canales sensoriales se usen más capacidad de retención de la información tienen las personas²³. El material y la información se adaptarán a las capacidades y características de los padres y madres, teniendo en cuenta su edad, sexo, etnia, número de hijos y nivel de estudios, cumpliendo así el principio de individualidad.

Se pretende que las sesiones sean participativas y dinámicas, que participantes y docente aprendan unos de otros, compartiendo experiencias, emociones, conocimientos y habilidades,

favoreciendo que se cree un espacio de confianza, respeto y apoyo donde puedan solventar dudas y expresar sus miedos.

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, el rol de la enfermera será de facilitador o guía en la consecución de objetivos, interviniendo solo en lo necesario, favoreciendo que los padres y madres reflexionen y obtengan sus propios recursos para afrontar las dificultades. El trato con los participantes deberá basarse en la empatía, la cercanía y el apoyo, estableciendo una relación de confianza con los padres y madres, reforzando positivamente su labor de crianza y evitando que se sientan juzgados.

5. DISEÑO DEL PROGRAMA

5.1 DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN

En el programa educativo se incluirá a madres y padres de RN prematuros tardíos nacidos entre las semanas 34+0 y 36+6 de gestación, se incluirán tanto a aquellos que hayan requerido ingreso en la unidad de Neonatología como a los que no precisen ingreso y, tras el alta de su madre, vayan al domicilio. Los que estén ingresados deben encontrarse hemodinámicamente estables, su peso debe ser superior a 2,000 kg y deben tener una previsión de alta temprana en 3 o 4 días.

No se incluirá a los padres y madres de RN prematuros tardíos que presenten patologías graves, y por tanto, requieran cuidados médicos especializados. Tampoco a aquellos que no hayan superado el periodo agudo de cualquiera de las complicaciones que pueden surgir durante las primeras horas o días de vida. No se tendrá en cuenta la edad de los participantes. Por último, no se incluirá a los padres/madres que no dominen el castellano.

El grupo estará formado por 6 familias, es decir, máximo 12 participantes entre padres y madres, con sus correspondientes RN. El mínimo de participantes será de 8 personas, entre padres y madres. Se determinó este número basado en el manual de educación para la salud¹⁹, que afirma que lo ideal es que haya entre 10-15 participantes por grupo. En caso de ser familia monoparental el padre/madre del bebé podrá acudir junto a una persona de referencia que vaya a formar parte también en el cuidado.

5.2 ESTRATEGIAS DE DIFUSIÓN Y CAPTACIÓN DE LA POBLACIÓN

La difusión del programa se hará a través de los profesionales sanitarios que trabajan en la unidad de ginecología, unidad neonatal y unidad de maternidad, cuando ellos identifiquen que una familia cumple los criterios de inclusión, ofertarán a los padres/madres el programa y avisarán a la enfermera responsable para que acuda a realizarles la entrevista previa.

También se aportarán trípticos (anexo 6) a estas unidades para que, tanto profesionales como padres y madres, puedan obtener la información necesaria respecto al programa educativo.

La captación comenzará en Octubre del 2020, la enfermera docente se reunirá con las familias de manera individual, antes del alta hospitalaria, para conocerles, explicarles brevemente el programa, valorar la motivación y el posible compromiso de esa familia y por último, saber en qué momento se les dará el alta. La fecha de comienzo del programa se especificará dependiendo de cuando abandonen el hospital las familias participantes y abarcará las dos primeras semanas post-alta.

5.3 SESIONES EDUCATIVAS

Una vez se haya reclutado a las 6 familias y se conozcan aproximadamente las fechas de alta, se concretará la primera sesión, dando comienzo al programa. Este constará de 5 sesiones, las actividades y contenidos serán impartidos por una enfermera docente con la colaboración de una enfermera de refuerzo, sobre todo de cara a los talleres, para poder atender adecuadamente a todos los padres y madres. Ambas enfermeras procederán del servicio de neonatología y tendrán formación en el cuidado del recién nacido prematuro.

Teniendo en cuenta que vamos a trabajar con padres y madres tras el alta y que tienen a sus bebés consigo, interesa que el programa no se exceda ni en sesiones ni en duración de las mismas ya que, el tiempo que estos padres y madres tienen para descansar y atender el resto de sus responsabilidades es limitado. El objetivo es que todo lo que vayan aprendiendo a lo largo de las sesiones lo puedan poner inmediatamente en práctica en sus domicilios. De esta manera, podrán acudir a cada sesión y consultar las dudas y las dificultades que hayan surgido en el domicilio.

El programa consistirá en 5 sesiones teórico-prácticas las cuales se impartirán en el CS Zabalgana, en el gimnasio maternal de 16:00-17.30H, es decir, tendrán una duración de 90 min cada una. El programa abarcará los 15 primeros días tras el alta ya que, es el periodo donde más dudas y dificultades tienen los padres y madres, favoreciendo la aparición de sentimientos como la inseguridad, ansiedad o miedo y también, donde más complicaciones y riesgo de ingresos presentan los prematuros tardíos. Lo ideal sería que la primera semana tuvieran lugar tres sesiones (lunes, miércoles y viernes) y la segunda semana las dos sesiones restantes (lunes y miércoles) pero, debemos adaptarnos a las fechas de alta de las familias.

Para favorecer la asistencia de ambos progenitores, podrán acudir a las sesiones con sus respectivos hijos e hijas, la sala donde se impartirán las sesiones contará con cunas donde poderles dejar descansando o si lo prefieren podrán tenerlos en brazos. La enfermera de apoyo se encargará de los bebés que se encuentren irritados o lloren para que los padres y madres puedan prestar atención.

Se pedirán, mediante préstamo, los recursos materiales necesarios tanto al centro de salud de Zabalgana, como a la unidad neonatal del Hospital Txagorritxu y se comprará el material del que no se pueda disponer. Además, la enfermera docente aportará el material didáctico necesario (presentaciones de powerpoint, contenido audiovisual, etc.). El gimnasio maternal contará con proyector y pizarra, sillas, esterillas, toallas, calentadores de leche, material para preparar biberones, pañales, bañeras y biombos para los talleres. También se les pedirá a los padres/madres que acudan a los talleres a poder ser, con sus biberones y chupetes, en caso de que los usen. Además, se abrirá un foro en la primera sesión para que los participantes puedan expresar también sus dudas y dificultades al resto del grupo fuera del programa, favoreciendo que sean los propios padres y madres los que se ayuden entre ellos aprendiendo a ser resolutivos en el hogar.

5.4 ESQUEMA DE LAS SESIONES

SESIÓN	TÍTULO	FECHA (FICTICIA) Y HORA	ACTIVIDADES
1º	¡CONOZCÁMONOS MEJOR!	12/10/2020 16:00-17:30H	<ul style="list-style-type: none"> • UNA NUEVA ETAPA • UN BEBE PECULIAR: Características del prematuro tardío y complicaciones en el hogar.
2º	ALIMENTACION: ¿Cómo saber si lo hago bien?	14/10/2020 16:00-17:30H	<ul style="list-style-type: none"> • ALIMENTACION ¿Cómo comen nuestros hijos/as? • ¡A PRACTICAR!: Taller de lactancia • REGURGITACIÓN Y VÓMITOS ¿Qué hacemos?
3º	¡CUIDAME MUCHO!	16/10/2020 16:00-17:30H	<ul style="list-style-type: none"> • POPO Y PIPI ¿Qué nos dice su eliminación? • CUIDADOS GENERALES DE LOS PREMATUROS TARDIOS.
4º	LAS CARICIAS, MI MEJOR MEDICINA	19/10/2020 16:00-17:30H	<ul style="list-style-type: none"> • ¡CÁLMAME SI PUEDES! • EL TACTO, TU MEJOR HERRAMIENTA: Taller de masajes
5º	UNA MIRADA A LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD	21/10/2020 16:00-17:30H	<ul style="list-style-type: none"> • ¡DESMINTAMOS MITOS! • ¿QUÉ TE GUSTA DE MI NUEVA FACETA? • CIERRE DEL PROGRAMA

5.5 DESARROLLO DE LAS SESIONES EDUCATIVAS

5.5.1 SESION 1: ¡CONOZCAMONOS MEJOR!

Objetivos específicos de aprendizaje:

Al finalizar la sesión los padres y madres serán capaces de:

- Describir las características de los prematuros tardíos y las complicaciones que pueden surgir en el hogar.
- Identificar S/S de alarma en los prematuros tardíos.
- Demostrar una actitud positiva respecto al cuidado de sus hijos/as y el manejo de las dificultades.

ACTIVIDAD 1	UNA NUEVA ETAPA
OBJETIVOS	Al finalizar la actividad, los participantes serán capaces de: <ul style="list-style-type: none">• Conocerse y presentar a sus hijos, rompiendo el hielo entre ellos.• Expresar sus emociones respecto a este nuevo rol que han adquirido y contar como ha sido su vuelta a casa.• Reflexionar qué necesidades y dificultades tienen en el cuidado de sus hijos/as.• Sentirse apoyados y aumentar su motivación para mejorar los cuidados que ofrecen a sus bebés.
DESCRIPCIÓN	En primer lugar la enfermera docente dará la bienvenida a los participantes y dejará que la enfermera de apoyo se presente. La actividad empezará pidiéndole a cada familia que coja un sobre de la mesa (con un número en su interior del 1 al 6) y se sienten en las sillas dispuestas en semicírculo. Se le pedirá a los participantes que lo abran y muestren su número al resto del grupo de manera que, la familia que tenga el numero 1 empezará las presentaciones diciendo sus nombres y el de su bebé y relatando brevemente cómo ha sido su experiencia durante su estancia en el hospital, su vuelta a casa y qué emociones se han despertado en cada momento. Hay que tener en cuenta que pueden aparecer emociones y experiencias muy diferentes ya que, habrá bebés que hayan precisado ingreso en la unidad neonatal, otros que provengan de maternidad, familias primerizas, familias con experiencia en la crianza de otros hijos, diferencia de edades, etc.

	<p>Cuando los participantes acaben de presentarse la enfermera docente recogerá de manera general las emociones y experiencias que hayan surgido, validándolas y dotándolas de contexto en el nuevo rol que van a desempeñar, con el fin de normalizarlas y evitar el sentimiento de culpa. (20 min). Tras ello, reforzará positivamente su labor de crianza hasta el momento y su participación en el programa, animándoles a que aprovechen esta oportunidad para poder mejorar sus capacidades de cuidado.</p> <p>Después se repartirá una hoja y un boli a cada participante y se les pedirá que escriban qué necesidades o dificultades identifican en ellos mismos en el cuidado de sus bebés y qué expectativas tienen del programa. Es importante que sea individual ya que, aun dentro de la misma familia las necesidades pueden ser diferentes e incluso puede ocurrir que haya miedo o vergüenza a decirle a la pareja las dificultades que se están teniendo para adaptarse a esta nueva etapa de la vida (5 min).</p> <p>Después la enfermera docente recogerá las hojas, las revolverá, leyendo en voz alta y anónima lo escrito por los participantes y, apuntándolo en la pizarra, lo cual se dejará escrito hasta finalizar el programa (10 min). De ésta manera, se podrán identificar las necesidades, dificultades y expectativas que presentan los participantes al inicio del programa.</p> <p>Para finalizar la actividad se explicará brevemente el contenido de las sesiones uniéndolo con las expectativas, necesidades y dificultades que se han identificado, si alguna de ellas no se hubiera contemplado en el programa, se intentará incluir en alguna sesión. (5 min)</p>
<i>TIEMPO</i>	40 Minutos
<i>MATERIAL</i>	12 sillas, hojas y bolígrafos.

ACTIVIDAD 2	<i>UN BEBÉ PECULIAR: Características del prematuro tardío y complicaciones en el hogar</i>
<i>OBJETIVOS</i>	<p>Al finalizar la actividad, los participantes serán capaces de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Describir las características de estos RN y las complicaciones que pueden surgir en el hogar.

	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar S/S de alarma por los que acudir a un profesional sanitario. • Demostrar una actitud positiva respecto al cuidado de sus hijos/as y el manejo de las dificultades.
<p><i>DESCRIPCION</i></p>	<p>La docente comenzará la actividad preguntándole a las familias qué opinan de sus hijos respecto a la manera de comportarse y qué diferencias ven entre sus bebés prematuros y los recién nacidos a término. Con éste ejercicio se pretende valorar los conocimientos previos que poseen sobre la prematuridad de sus hijos.</p> <p>Se dejarán 10 minutos para que los padres y madres que quieran respondan y después, se comenzará con la exposición de un powerpoint sobre las características de los prematuros tardíos y las complicaciones que pueden surgir en el hogar. También se incluirán los S/S de alarma de dichas complicaciones. A medida que la docente explique los contenidos, irá mencionando los comentarios de los padres y madres reforzando positivamente aquellas observaciones y conocimientos correctos y reestructurando creencias falsas o incorrectas siempre desde una posición de respeto. En todo momento se dejará que los padres y madres expresen sus dudas respecto a la información, favoreciendo la interacción entre participantes y docente y, la aparición de debates que resultan enriquecedores para el grupo. (25 min)</p> <p>Al finalizar la exposición se les preguntará a los padres y madres si han sabido identificar alguna de esas características o complicaciones comentadas en sus bebés y si hay alguna duda respecto a lo comentado. (5 min).</p> <p>Para finalizar se hará entrega de un folleto con las posibles complicaciones y los S/S de alarma resumidos, comentándoles la importancia que tienen ellos en la detección precoz y el beneficio que supone para sus hijos/hijas. Se les informará también de que se abrirá un foro para que, si surge alguna duda o dificultad, puedan consultarla en cualquier momento con el resto de participantes y la docente dándose por cerrada la primera sesión. (5 min)</p> <p>Tras esto se hará la introducción de la siguiente sesión pidiéndoles que traigan sus biberones en caso de usarlos, pueden traer también una manta y que vengan con ropa cómoda ya que, habrá un taller de lactancia.</p>

	También que en la medida de lo posible hagan coincidir la toma con la hora de la sesión, 16:30h aproximadamente. (5 min)
<i>TIEMPO</i>	50 Minutos
<i>MATERIAL</i>	Powerpoint (anexo 7), proyector, folletos informativos de apoyo (anexo 8), foro web

5.5.2 SESIÓN 2: ALIMENTACIÓN ¿Cómo saber si lo hago bien?

Objetivos específicos de aprendizaje:

Al finalizar la sesión los padres y madres serán capaces de:

- Describir los tipos de alimentación y posturas para ofrecer tanto LM como artificial.
- Identificar signos de que la alimentación de sus hijos/as progresa adecuadamente.
- Demostrar habilidad a la hora de observar las tomas de sus bebés.
- Demostrar habilidad a la hora de ofrecer la toma ya sea pecho o biberón.
- Demostrar conocimientos sobre las regurgitaciones y vómitos.
- Demostrar habilidad para el manejo de los atragantamientos, las regurgitaciones y los vómitos.
- Expresar una mejora en la percepción de autoeficacia respecto a la alimentación de sus hijos/as

ACTIVIDAD 3	ALIMENTACIÓN: ¿Cómo comen nuestros hijos/as?
<i>OBJETIVOS</i>	Al finalizar la actividad, los participantes serán capaces de: <ul style="list-style-type: none"> • Describir los tipos de alimentación y posturas para ofrecer tanto LM como artificial. • Identificar los signos de que la alimentación progresa bien. • Reflexionar que tipo de alimentación desean dar y están dando.
<i>DESCRIPCIÓN</i>	Se dejarán 5 minutos para que los participantes puedan comentar dudas respecto a la sesión anterior. La actividad comenzará preguntándoles a las familias que tipo de alimentación desean dar y cuál están dando, esto es importante, ya que, hay personas que quiere dar LM pero por las dificultades que pueden surgir están optando por lactancia mixta o artificial. También se preguntará cómo llevan la alimentación de sus hijos/as y qué problemas han detectado tanto en ellos como en sus bebés. (5 min)

	Una vez hayan contestado todas las familias, se visualizarán una serie de videos en el que se explica de manera sencilla y clara herramientas para dar el pecho, estimular el agarre del bebé y la producción de LM, cómo dar el biberón, cómo sacar gases y las posturas más usadas. El fin de estos videos es que puedan retener conceptos clave y sencillos que puedan poner en practica fácilmente. A la vez que se van visualizando los videos, la docente irá complementándolos con sus explicaciones y aclaraciones en relación a las dificultades que puede presentar el prematuro tardío, respecto al número de tomas y signos de que él bebe está bien alimentado (orina clara y abundante, realiza deposiciones, tiene mucosas hidratadas, va ganando peso). (15 min)
<i>TIEMPO</i>	25 minutos
<i>MATERIAL</i>	Recursos multimedia y videos sobre alimentación (anexos 9, 10, 11 y 12).

ACTIVIDAD 4	¡A PRACTICAR! Taller de lactancia
<i>OBJETIVO</i>	Al finalizar la actividad, los participantes serán capaces de: <ul style="list-style-type: none"> • Demostrar habilidad a la hora de ofrecer correctamente una toma: estado de alerta del bebe, postura y agarre. • Demostrar habilidad a la hora de observar la toma: agarre, succión, coloración, atragantamientos, estado de alerta del bebé.
<i>DESCRIPCION</i>	<p>Se les pedirá a los participantes que cojan a sus bebés en brazos y se pongan cómodos, ya sea usando las esterillas en el suelo o las sillas. En la sesión anterior se les pidió que trajeran sus biberones, mantas si así lo querían (aunque disponemos de ellas en la sala) y ropa cómoda. Una vez que todos estén acomodados, se les informará de que si alguna familia prefiere que los demás no le vean dar el pecho, puede usar el biombo para más intimidad.</p> <p>El taller consistirá en 3 partes: La 1º dar la toma (pecho o biberón) pudiendo poner en práctica junto a la docente las herramientas vistas en el video. La 2º, la complementación de la toma ya que, las madres y padres de prematuros tardíos que dan LM, a menudo deben darle complementación a estos bebés ya sea de su propia leche extraída con el sacaleches, o de formula artificial (lactancia mixta) por lo que, habrá que trabajar con todos el manejo del biberón y por último, 3º sacar los gases. Los que solo den lactancia artificial no necesitan hacer la 2º parte del taller por lo que pueden practicar aquellos aspectos de la toma en los que se ven con más dificultades.</p>

	<p>Como vamos a abordar los 3 tipos de lactancia (materna, mixta y artificial), se les pedirá a aquellas madres que den LM que se pongan a sus bebés al pecho para que una de las docentes observe la toma y pueda asesorarlas tanto de aquellas dificultades que ellos detectan como, de aquellas que observa la docente. En la fase 2º de complementación simplemente se les explicará cuáles son los mejores momentos para usar el sacaleches y que no influya con el amamantamiento, los beneficios de ofrecer una complementación de su propia leche a sus bebés, informarles sobre los beneficios que tiene la estimulación con el saca leches para la producción de leche y asegurar que lo saben manejar. Tras esto, también se les asesorará en el manejo del biberón y la observación de la toma.</p> <p>Aquellos que den lactancia artificial, se dejará que lo padres/madres prepararen los biberones y se les pedirá que se lo ofrezcan a sus bebes para que la enfermera de apoyo pueda observar su manejo, enseñarles a observar la toma y asesorarles tanto en los problemas que ellos identifican como, en aquellos que ella observa. Una vez que se finalicen las tomas, se iniciara la 3º fase, sacar los gases.</p> <p>Se pretende que el taller sea muy dinámico entre los padres y madres de las diferentes familias, que compartan y comenten trucos que usen a la hora de dar la toma que les hayan funcionado bien, que puedan observar a sus compañeros, que haya un ambiente tranquilo, de respeto y de apoyo entre ellos, para que no se sientan juzgados ni presionados.</p>
<i>TIEMPO</i>	45 minutos
<i>MATERIAL</i>	Esterillas, biombo, mantas, biberones, tetinas, calentador de leches, leche en polvo inicio 1.

ACTIVIDAD 5	REGURGITACIÓN Y VÓMITOS ¿Qué hacemos?
<i>OBJETIVOS</i>	<p>Al finalizar la actividad, los participantes serán capaces de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demostrar conocimientos sobre las regurgitaciones y vómitos. • Implementar herramientas para prevenir regurgitaciones/vómitos. • Implementar herramientas para manejarlos y evitar complicaciones. • Demostrar habilidad para el manejo de los atragantamientos, las regurgitaciones y los vómitos.

	<ul style="list-style-type: none"> • Expresar una mejora en la percepción de autoeficacia respecto a la alimentación de sus hijos/as
<i>DESCRIPCION</i>	<p>Sin romper la dinámica del taller y aprovechando que las familias se encuentran sacándole los gases a sus bebés al final de la toma, que es cuando suelen ocurrir, se lanzará a los participantes la pregunta ¿Qué saben sobre las regurgitaciones y los vómitos en los RN? Se dejará unos minutos para que los participantes contesten y se les lanzará otra pregunta ¿Cómo se pueden prevenir y qué hacer si aparecen? Se les volverá a dejar unos minutos para que respondan, identificando así sus conocimientos previos.</p> <p>Una vez que la docente se haya hecho una idea de sus conocimientos y manejo y recoja todas las respuestas de los padres y madres, reforzando positivamente a los participantes por sus aportaciones, comenzará a explicar por qué suelen aparecer. También se explicará que la manera más fácil de evitarlos, es haciendo pausas durante la toma para sacar los gases y asegurarse de que expulsa ya que, sino al acostarlos, es cuando pueden aparecer pudiendo producir atragantamientos e incluso aspiraciones que puedan dar lugar a complicaciones. Por último que es importante dejarles tras la toma en decúbito lateral izquierdo o en decúbito supino con la cabeza ladeada para que, si regurgitan o vomitan no se vaya el contenido a vía aérea. (15min)</p> <p>Con esto se dará por terminado el taller de lactancia, aparte de las dudas que se hayan aclarado durante el taller, se les informará de que en la siguiente sesión se dejarán 5 minutos para que comenten dudas que hayan surgido en sus domicilios o dificultades que sigan persistiendo. Además, hay que aclarar que la alimentación de éstos bebés es complicada y que los problemas no desaparecerán de un día a otro, que es necesario que practiquen lo aprendido e insistir para adoptar rutinas adecuadas para que las tomas se ofrezcan de la mejor manera posible. Por último se hará una breve introducción a la siguiente sesión de cuidados generales del prematuro tardío.(5 min)</p>
<i>TIEMPO</i>	20 Minutos
<i>MATERIAL</i>	No se necesita material adicional al del taller.

5.5.3 SESIÓN 3: ¡CUIDAME MUCHO!

Objetivos de aprendizaje:

Al finalizar la sesión los padres y madres serán capaces de:

- Identificar S/S de alarma en las heces o la orina de sus bebés.
- Identificar a través de la eliminación signos de que la alimentación es adecuada.
- Demostrar conocimiento sobre el correcto cuidado de la piel perianal de sus bebés.
- Demostrar habilidad en la realización de masaje abdominal para disminuir los cólicos y facilitar la evacuación de sus bebés.
- Demostrar conocimientos sobre los cuidados generales de los prematuros tardíos (Método canguro, aseo, termorregulación, sueño-ambiente, prevención de infecciones)
- Demostrar habilidad para la realización de los cuidados generales del prematuro tardío.
- Demostrar actitud positiva para realizar de la mejor manera posible los cuidados de sus bebés.

ACTIVIDAD 6	POPO Y PIPI ¿Qué nos dice su eliminación?
<i>OBJETIVOS</i>	<p>Al finalizar la actividad, los padres/madres serán capaces de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar a través de la eliminación signos de que la alimentación es adecuada. • Identificar signos de alarma en la heces, la orina y la piel perianal de sus bebés. • Demostrar conocimiento sobre el correcto cuidado de la piel perianal de sus bebés. • Desarrollar habilidad en la realización de masaje abdominal para disminuir cólicos y favorecer la evacuación de sus bebés.
<i>DESCRIPCION</i>	<p>Al inicio de la sesión se dejarán 5 min para que los participantes puedan expresar dudas o dificultades que tengan respecto a la sesión anterior. Tras ello se les repartirá a los padres una cartulina roja con un NO escrito y otra verde con un SI y con la ayuda de un proyector se irán mostrando imágenes de heces, de orina y de la piel perianal, la docente irá preguntando si lo que ven en la imagen les preocuparía o no y el porqué. El objetivo es que levanten la cartulina que crean oportuna y que la docente pueda valorar lo que saben respecto a la eliminación a la vez que va educando sobre lo que es normal y lo que no. Para finalizar se les preguntará cuantas veces aproximadamente creen que debería mojar el pañal un bebe para hacernos una idea de si la alimentación es adecuada, se dejará que respondan reforzando positivamente sus aportaciones y corrigiendo, si es necesario y con respeto, sus respuestas. (15 min)</p>

	Después, se les pedirá que se pongan cómodos en las esterillas y cojan a sus bebés porque, aprenderán a realizarles un masaje abdominal. La docente primero explicará los beneficios de estos masajes para los prematuros ya que, son más susceptibles a estreñirse y tener dificultades para expulsar gases y realizar deposiciones. Tras ello hará una demostración con un muñeco explicando cómo se realiza y cuándo es el momento más adecuado para realizarlo. Tras esto y con la ayuda de la enfermera de apoyo se supervisará a los padres y madres, mientras lo realizan, se irá reforzando positivamente su actitud y participación. (20 min)
<i>TIEMPO</i>	40 Minutos
<i>MATERIAL</i>	Recursos multimedia, imágenes (anexo 13), toallas, muñeco, esterillas. Ejemplo de masaje abdominal (anexo 14)

ACTIVIDAD 7	CUIDADOS GENERALES DE LOS PREMATUROS TARDIOS
<i>OBJETIVO</i>	<p>Al finalizar la actividad, los participantes serán capaces de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demostrar conocimientos sobre como ofrecer cuidados de calidad a sus bebés. • Demostrar habilidad para realizar unos cuidados de calidad a sus bebés. • Fomentar su autoeficacia mediante el uso de los conocimientos y habilidades que ya poseían antes del programa, junto a lo que han ido adquiriendo durante las sesiones. • Demostrar actitud positiva para realizar de la mejor manera posible los cuidados de sus bebés.
<i>DESCRIPCION</i>	<p>Para esta actividad, se harán grupos de expertos, se dividirá a los padres y madres en 3 grupos de 4 personas y se les pedirá que elijan uno de los cuidados de los que vamos a hablar (Método canguro, aseo-piel, termorregulación, protección contra infecciones, sueño-ambiente)²⁴.</p> <p>Se trata de que imaginen que son los docentes y que le tienen que explicar a sus compañeros cómo hacer el cuidado elegido de la mejor manera posible. Es importante dejar claro que lo importante es aprender, fomentar el trabajo en equipo y disfrutar de la actividad, que no pasa nada si se dejan algún dato y también recordar que confíen en sus capacidades.</p>

	<p>Después se les dejarán 15 min para que se preparen la explicación y demostración de cómo se realiza y qué cosas hay que tener en cuenta en relación a lo comentado en la primera sesión (características de los prematuros tardíos). Se les permitirá que busquen en internet, aunque se les animará a que lo hagan con lo que saben en ese momento, y se les aportará una hoja con preguntas muy simples para que sepan que aspectos deben abordar en sus demostraciones. Podrán usar todo el material disponible que crean necesario. La docente y la enfermera de apoyo también explicarán un cuidado cada una. De esta manera, se pretende que desarrollen herramientas propias y mejoren sus capacidades resolutorias.</p> <p>Pasado el tiempo establecido se comenzará con las demostraciones, en cada una de ellas se reforzará positivamente a los padres y madres por su esfuerzo, se animará al resto de padres y madres a corregir o añadir las cosas que crean necesarias y tras esto, si es necesario, las docentes corregirán o añadirán aquella información que falte o no sea del todo correcta. Además se les explicará a los padres y madres los beneficios que tienen para sus bebés los cuidados de calidad. Es importante conseguir un ambiente de respeto y apoyo para que ningún padre/madre se sienta juzgado ni por sus compañeros ni por la docente. Se aclararán las dudas que puedan tener durante la actividad, aunque se recordará que en la siguiente sesión se dejarán 5 min para consulten dudas que puedan quedar.(30 min)</p> <p>Una vez finalizada la actividad, se felicitará de nuevo a los padres y madres por sus aportaciones y se hará una breve introducción a la siguiente sesión, se les pedirá de nuevo que vengan con ropa cómoda ya que, habrá taller de masajes. (5 min)</p>
<i>TIEMPO</i>	50 Minutos
<i>MATERIAL</i>	Hojas, bolígrafos, hojas con las preguntas (anexo 15), bañera, muñeco, ropa de bebé (body, gorro, calcetines, pantalón, etc.), toallas, cunas, solución hidroalcohólica.

5.5.4 SESIÓN 4: LAS CARICIAS, MI MEJOR MEDICINA

Objetivos de aprendizaje:

Al finalizar la sesión los padres y madres serán capaces de:

- Identificar los motivos del llanto de sus bebés.
- Demostrar conocimientos para calmar el llanto y la irritación de sus bebés.

- Demostrar habilidad para calmar a sus bebés.
- Demostrar una actitud positiva y de calma hacia el llanto y la irritación de sus hijos/as.
- Identificar los beneficios del masaje relajante tanto para ellos como para sus hijos.
- Identificar cual es el momento adecuado para realizar el masaje.
- Demostrar habilidad para realizar el masaje relajante a sus bebés.
- Demostrar una actitud positiva en establecer momentos de calidad y disfrute en familia.

ACTIVIDAD 8	¡CALMAME SI PUEDES!
<p><i>OBJETIVO</i></p>	<p>Al finalizar la actividad, los participantes serán capaces de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los motivos del llanto de sus bebés. • Demostrar conocimientos para calmar el llanto y la irritación de sus bebés. • Demostrar habilidad para calmar a sus bebés con las herramientas explicadas. • Demostrar una actitud de calma y positiva hacia el llanto e irritación de sus hijos/as.
<p><i>DESCRIPCION</i></p>	<p>Al inicio de la actividad como nos encontramos aproximadamente en la mitad del programa, se dejarán 10 min para que los padres y madres puedan comentar cómo les ha ido el fin de semana, resolver las dudas que puedan permanecer respecto a las sesiones anteriores o relatar dificultades que hayan podido surgir.</p> <p>Tras este inciso, se dará comienzo a la 4º sesión, se les pedirá que cojan una esterilla y mantas y que se pongan cómodos con sus bebés en brazos. Una vez que estén en sus sitios la enfermera docente preguntará: ¿Cuáles son los motivos por los que puede llorar o irritarse un bebé? Y ¿Qué suelen hacer para calmarlos? Se dejarán 5 minutos para que los padres y madres respondan y puedan demostrar a la docente y al resto de participantes sus tácticas. Tras esto, la docente reforzará positivamente las aportaciones y añadirá o corregirá, si es necesario, la información que falte.</p> <p>A continuación, la docente, con ayuda de un powerpoint, procederá a explicar de una manera sencilla y clara la técnica de las 5S y la técnica “the hold”. Después, se visualizarán 2 videos cortos y ella hará una breve demostración de cómo realizarlas. Tras la demostración de la docente, se pedirá a los padres y madres que las realicen. Tras finalizar se dejarán 5 minutos para dudas que puedan tener respecto a las técnicas. (25 min)</p>
<p><i>TIEMPO</i></p>	<p>40 Minutos</p>

MATERIAL	Esterillas, mantas, recursos multimedia, muñeco, power point (anexo 16), videos (anexo 17), (anexo 18).
-----------------	---

ACTIVIDAD 9	EL TACTO, TU MEJOR HERRAMIENTA: Taller de masajes
OBJETIVO	<p>Al finalizar la actividad, los participantes serán capaces de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar el momento adecuado para realizar estos masajes. • Identificar los beneficios de estos masajes tanto en ellos como en sus bebés. • Demostrar habilidad para realizar estos masajes correctamente. • Demostrar una actitud positiva para compartir tiempo de calidad en familia y favorecer los vínculos afectivos con sus hijos/as.
DESCRIPCION	<p>Sin romper la dinámica de la actividad anterior, se les pedirá a los padres y madres que se acomoden con sus bebés en brazos para dar paso al taller de masajes.</p> <p>Antes de empezar, se les preguntará si creen que estos masajes son beneficiosos para los bebés prematuros y qué beneficios pueden tener para ellos y el bebé. Se dejarán 5 minutos para que respondan, tras ello, la docente reforzará positivamente la información dada por los participantes y añadirá o corregirá, si precisa²⁵.</p> <p>Una vez expuestos los beneficios y aclarar en qué momentos puede realizarse y en cuales no, se procederá a comenzar con el masaje. Se pretende que sea una actividad relajante y dinámica, en la cual la docente irá explicando y demostrando cómo se realiza el masaje, a la vez que los padres y madres la siguen. Es importante que ambos progenitores lo realicen turnándose entre ellos. Para favorecer aún más el vínculo afectivo, se animará a los padres/madres a que les hablen a sus bebés mientras les acarician, ya que es un momento en el que están muy receptivos y el tacto es el canal de comunicación más importante para los RN.</p> <p>Es necesario que haya un ambiente tranquilo, de respeto y confianza. Para favorecer este tipo de ambiente se pondrá música relajante a un volumen adecuado para que los bebés no se incomoden. La enfermera de refuerzo irá observando y reforzando la información que aporta la docente, ayudando a los padres y madres a hacerlo correctamente. Al finalizar se</p>

	<p>animará a los participantes a que realicen esta actividad en familia en sus casas, ya que favorece mucho el vínculo afectivo con sus hijos e hijas.(40 min)</p> <p>Una vez finalizado el masaje, se dejarán 5 minutos para que puedan aclarar dudas y hacer una breve introducción a la última sesión.</p>
TIEMPO	50 Minutos
MATERIAL	Aceite de almendras, esterillas, toallas, recursos multimedia. Ejemplo de masaje infantil (anexo 19).

5.5.5 SESIÓN 5: UNA MIRADA A LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD

Objetivos de aprendizaje:

Al finalizar la sesión los padres y madres serán capaces de:

- Identificar las falsas creencias y expectativas sobre la maternidad/paternidad.
- Identificar expectativas saludables y realistas respecto a esta nueva etapa que favorezcan su seguridad y sentimiento de autoeficacia para el cuidado de sus bebés.
- Identificar aspectos positivos en su pareja y reforzar la labor de crianza que están llevando a cabo.
- Demostrar una actitud positiva para ejercer esta nueva faceta de madre o padre tras finalizar el programa.

ACTIVIDAD 10	¡DESMINTAMOS MITOS!
OBJETIVO	<p>Al finalizar la actividad, los participantes serán capaces de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar creencias falsas y mitos sobre la maternidad y paternidad. • Expresar qué comentarios de las personas que les rodean ya sean sanitarios, amigos o familiares, les han hecho sentir juzgados como padres/madres. • Identificar expectativas realistas y saludables respecto a este nuevo rol que han adquirido.
DESCRIPCION	<p>Antes de comenzar la actividad se dejarán 5 minutos para que los participantes puedan comentar dudas respecto a la sesión anterior.</p> <p>La actividad empezará repartiendo a cada participante una señal hecha de cartón, que por una cara es de color verde y por la otra roja. Consiste en que la docente vaya enseñando con el proyector frases sobre mitos y verdades que rodean a la maternidad y la paternidad y, que los padres levanten la</p>

	<p>señal enseñando el color que ellos consideren siendo, verde (verdadero) y rojo (falso). A parte del color que enseñen deberán justificar su respuesta brevemente, pudiendo contar también comentarios que han oído de gente cercana, y una vez que todos hayan respondido, la docente dará su punto de vista como profesional. Este ejercicio les permitirá desarrollar expectativas realistas y descartar así los juicios erróneos que han recibido, permitiéndoles disminuir los sentimientos de culpa que puedan tener y favorecer su sentimiento de autoeficacia.</p> <p>Una vez finalizada la visualización de frases la docente animará a los padres y madres a contar que conclusiones sacan de esta actividad. (25min)</p>
<i>TIEMPO</i>	30 Minutos
<i>MATERIAL</i>	Señales de cartón, recursos multimedia, Power point con frases (anexo 20)

ACTIVIDAD 11	¿QUÉ TE GUSTA DE MI NUEVA FACETA?
<i>OBJETIVO</i>	<p>Al finalizar la actividad, los participantes serán capaces de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar aspectos positivos en su pareja y reforzar la labor de crianza que están llevando a cabo. • Expresar a su pareja qué aspectos le gustan de su nueva faceta como padre/madre.
<i>DESCRIPCION</i>	<p>Para esta actividad es necesario que se cree un ambiente de confianza y respeto entre los participantes, por lo que se pedirá a las parejas que se pongan frente a frente y se dará paso a explicar la actividad. Se pondrá música relajante y se pedirá a cada uno de los participantes que mire a su pareja y piense que aspectos de esta nueva faceta suya le han sorprendido, pueden incluir aspectos de su personalidad, de su labor de crianza, motivación e implicación en su nuevo rol, apoyo emocional, etc.</p> <p>Se pedirá que lo escriban en una hoja, y que cuando ambos lo tengan todo escrito se lo pasen a su pareja para que los lea en silencio.</p> <p>Una vez que todos hayan leído las observaciones de su pareja, se les dará a elegir si quieren leer las observaciones en alto o si simplemente quieren dar las gracias a su pareja.</p> <p>Por último, la docente recalcará la importancia que tiene reforzar positivamente el esfuerzo de sus parejas y realizar una labor de crianza en equipo, para fomentar una vivencia positiva de la maternidad/paternidad con los beneficios que eso supone para el vínculo con sus hijos e hijas. Con esto,</p>

	la docente y la enfermera de refuerzo felicitarán a los participantes por sus colaboraciones e implicación en la actividad y se dará por finalizada.
<i>TIEMPO</i>	20 Minutos
<i>MATERIAL</i>	Recursos multimedia, hojas y bolígrafos.

ACTIVIDAD 12	CIERRE DEL PROGRAMA
<i>OBJETIVO</i>	<p>Al finalizar la actividad, los participantes serán capaces de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auto reflexionar sobre las mejoras que han percibido en los cuidados hacia sus bebés tras su participación en el programa. • Expresar un aumento de la autoeficacia para el cuidado de sus hijos. • Demostrar una actitud positiva para ejercer esta nueva faceta de madre o padre tras finalizar el programa.
<i>DESCRIPCION</i>	<p>Se les pedirá a los participantes que se sienten en las sillas. Una vez que estén acomodados, se les explicará que se les va a repartir un cuestionario con una serie de preguntas para valorar su satisfacción general con el programa, que será anónimo y, se les animará a que escriban áreas de mejora para siguientes programas, ya sean sobre las dinámicas, los contenidos, los métodos de enseñanza, etc. (10 min)</p> <p>Una vez que se rellenen los cuestionarios y se recojan, se mostrarán de nuevo las necesidades y dificultades que ellos habían identificado al inicio del programa, las cuales se habían dejado escritas en la pizarra, y se les pedirá opinión sobre cuáles creen que están resueltas y cuáles creen que aún persisten o que no han sido bien abordadas. Se les recordará que estas preguntas van encaminadas a mejorar el programa para futuros padres y madres, por lo que no se va a juzgar ninguna de sus opiniones o propuestas. (15 min)</p> <p>Una vez finalizado el cuestionario y las propuestas de mejora, se les avisará que en aproximadamente un mes tras finalizar el programa la enfermera docente les hará una llamada telefónica para valorar individualmente cómo están llevando el cuidado de sus bebés. También se</p>

	<p>informará del cierre del foro por si quieren darse los números de teléfono para mantener el contacto entre ellos.</p> <p>Tras dar esta información, ambas enfermeras felicitarán y agradecerán la implicación y la participación de los padres y madres en las distintas dinámicas y actividades. Se les dará un feedback de los cambios que han observado las docentes en ellos a lo largo de las sesiones tanto en conocimiento y habilidades como en actitud.</p> <p>Para finalizar, se les recordará que deben confiar en sus capacidades para la crianza de sus bebés prematuros ya que, ellos son los que mejor los conocen, y se reforzará que disfrutar cuidando es la mejor manera de cuidar y vivir la maternidad y la paternidad. Con esto se dará por concluido el programa educativo.</p>
<i>TIEMPO</i>	40 Minutos
<i>MATERIAL</i>	Cuestionario de satisfacción (anexo 21), pizarra.

6. COSTE DEL PROGRAMA

Para llevar a cabo el programa de educación, se solicitará financiación a Osakidetza, con el fin de aportar los recursos materiales y humanos necesarios para su impartición. El gimnasio maternal del Centro de Salud de Zabalgana cuenta con casi todo el material que se necesita aunque también, se requeriría de material de la unidad neonatal además de dos enfermeras de dicha unidad del Hospital Txagorritxu.

RECURSOS HUMANOS

PROFESIONAL	HORAS DE IMPARTICIÓN	HORAS DE PREPARACIÓN	SALARIO (EUROS/H)	IMPORTE TOTAL
2 ENFERMERAS	7h y 30 minutos	10 h	22,00	770 euros

RECURSOS MATERIALES

MATERIAL	CANTIDAD	COSTE
Sala	1	Préstamo
Bolígrafos	15	12 euros
Hojas de papel	20	5 euros
Proyector	1	Préstamo
Pizarra	1	Préstamo
Esterillas	15	Préstamo
Sillas	15	Préstamo
Toallas	15	Préstamo
Biombo	2	Préstamo
Calentador de leche	1	Préstamo
Leche en polvo	2	16 euros
Biberones + tetinas	6 + 6	35 euros
Almohadas/cojines	8	Préstamo
Cunas	8	Préstamo
Muñeco	2	22 euros
COSTE TOTAL		90 euros

COSTE TOTAL DEL PROGRAMA	860 euros
---------------------------------------	------------------

7. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

La evaluación de programa se hará de manera continua lo largo del proceso de enseñanza y al finalizar el programa. Se evaluará tanto el resultado, con la consecución de los objetivos, como el proceso. Será una evaluación sumativa y formativa.

Durante las sesiones se irá evaluando, mediante preguntas abiertas a los participantes, su opinión respecto a la idoneidad de las actividades, el lugar donde se imparten, los contenidos, el tiempo establecido, etc. Ésto añadido a la valoración que realicen las docentes respecto a los cambios y logros que aprecian en los padres y madres, permitirá que se puedan ir adecuando las actividades a sus necesidades, asegurándonos que se van cumpliendo los objetivos de aprendizaje.

Al finalizar el programa se hará un cuestionario a los participantes para conocer el grado de satisfacción global con el programa. Se les pedirá que evalúen la metodología pedagógica, las docentes, las dinámicas, los recursos, el foro y, se les animará a hacer sugerencias de mejora para futuros programas. Por último, se les pedirá que identifiquen cuáles de las dificultades y necesidades que se detectaron en la primera sesión creen que están resueltas.

Además, para valorar el impacto positivo de este programa, se hará una evaluación a medio plazo, 1 mes tras la finalización del programa, en la cual la enfermera docente hará una consulta telefónica a cada familia para evaluar de manera individualizada cómo llevan su maternidad/paternidad, si siguen implementando las herramientas que aprendieron en el programa, si creen que el programa les fue de ayuda para poder ofrecer mejores cuidados a sus bebés y, si tras finalizar el programa, surgieron dificultades o necesidades nuevas que no se abordaron durante las sesiones. De esta manera, se podrán implementar en el programa dificultades o necesidades que podríamos haber pasado por alto, abordándolas y mejorando la satisfacción de los padres y madres de prematuros tardíos.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Rellán Rodríguez S, García de Ribera C, Paz Aragón García M. El recién nacido prematuro. Protocolos Diagnósticos Terapéuticos de la AEP: Neonatología. Asociación Española de Pediatría. 2008.
2. Romero Maldonado S, Arroyo-Cabrales LM, Reyna Ríos ER. Consenso prematuro tardío. Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. *Perinatol Reprod Hum* 2010; 24 (2): 125-130.
3. Fernández López T, Ares Mateos G, Carabaño Aguado I, Sopeña Corvinos J. El prematuro tardío: el gran olvidado. *Rev Pediatr. Aten primaria*. 2012; 14: e23-e8.
4. March of Dimes, PMNCH, Save the Children, WHO. Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth. Eds CP Howson, MV Kinney, JE Lawn. World Health Organization. Geneva, 2012.
5. Martín Peinador Y, Soriano Faura J, García Reymundo M, Hurtado Suazo JA, Calvo Aguilar MJ, Ginovart Galiana G, et al. El prematuro tardío: evolución y recomendaciones de seguimiento. *Pediatr Integral* 2019; XXIII (3): 128 – 137.
6. García Reymundo M, Demestre X, Calvo MJ, Ginovart G, Jiménez A, Hurtado JA. Prematuro tardío en España: Experiencia del grupo SEN34-36. *An Pediatr (Barc)*. 2017
7. Quinn JM, Sparks M, Gephart SM. Discharge Criteria for the Late Preterm Infant. *Advances in Neonatal Care*. Vol. 17, No. 5: pp. 362-371.
8. Franck LS, McNulty A, Alderdice F. The Perinatal-Neonatal Care Journey for Parents of Preterm Infants. What is working and what can be improved. *J Perinat Neonat Nurs*. Volume 31. Number 3, 244-255.
9. Toral López I, Fernández Alcantara M, González Carrión P, Cruz Quintana F, Rivas Campos A, Pérez Marfil N. Needs perceived by parents of preterm infants: Integrating Care into the Early Discharge Process. *Journal of pediatric Nursing*. (2016) 31, e99-e108.
10. Boykova M, Kenner C. Transition From Hospital to Home for Parents of Preterm Infants. *J perinat Neonat Nurs*. Volumen 26. Number 1: 81-87.
11. León Caro MJ, Cabrera Rodríguez A, Martín González JA, Párraga Espín M, Rodríguez Rodríguez IM, Arroyo Almodóvar P. Programa de Salud para empoderamiento de padres de niños prematuros de UCI-N previo alta. *Biblioteca Lascasas*, 2018; v14: e11618.
12. Peyrovi H, Mosayebi Z, Mohammad-Doost F, Chehrzad MM, Mehran A. The effect of empowerment program on “perceived readiness for discharge” of mothers of premature infants. *J Matern Fetal Neonatal Med*, Early Online: 1–6. 2015.
13. Byrne EM, Sweeney JK, Schwartz N, Umphred D, Constantinou J. Effects of Instruction on Parent Competency During Infant Handling in a Neonatal Intensive Care Unit. *Pediatr Phys Ther*. 2019 Jan;31(1):43-49.

14. Chen Y, Zhang J, Bai J. Effect of an educational intervention on parental readiness for premature infant discharge from the neonatal intensive care units. *J Adv Nurs*. 2016 [cited 2016; 72(1):135-46].
15. Shwu-Jiuan S, Hsiu-Lin C, Fen-Chen L, Chuen-Ching L, Y-in-Hui L, Hsing-I T, et al. The effectiveness of structured discharge education on maternal confidence, caring knowledge and growth of premature newborns. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 3307–3313.
16. Beheshtipour N, Baharlu SM, Montaseri S, Razavinezhad Ardakani SM. The Effect of the Educational Program on Iranian Premature Infants' Parental Stress in a Neonatal Intensive Care Unit: A Double-Blind Randomized Controlled Trial. *IJCBNM*. 2014;2(4):240-250.
17. Ingram JC, Powell JE, Blair PS, Pontin D, Redshaw M, Manns S, et al. Does family-centred neonatal discharge planning reduce healthcare usage? A before and after study in South West England. *BMJ Open* 2016;6: e010752.
18. Colditz PB, Boyd RN, Winter L, Pritchard M, Gray PH, Whittingham K, et al. A Randomized Trial of BabyTriple P for Preterm Infants: Child Outcomes at 2 Years of Corrected Age. *J Pediatr*. 2019.
19. Perez Jarauta MJ, Echaury Ozcoidi M, Ancizu Irure E, Chocarro San Martin J. Manual de educación para la salud. Gobierno de Navarra. Instituto de Salud Publica. 2006.
20. Riquelme Perez M. Metodología de educación para la salud. *Rev Pediatr Aten Primaria* vol.14 supl.22 Madrid jun. 2012.
21. Vielma Vielma E, Salas ML. Aportes de las teorías de Vygotsky, Piaget, Bandura y Bruner. Paralelismo en sus posiciones en relación con el desarrollo. Universidad de los Andes. Educere artículos. Junio 2000.
22. Busot IM. Teoría de la auto-eficacia (A. Bandura): Un basamento para el proceso instruccional. Universidad de Zulia. Encuentro Educativo. 1997. Vol. 4: 1: 53-63.
23. De Lorenzo Urien, E. Apuntes de educación para la salud: Factores personales que afectan al aprendizaje. 2018.
24. Palacios J, Moreno MC, Román M, Estévez R. Guía para madres y padres de bebés prematuros tras el alta hospitalaria. Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 2015.
25. Membrilla Beltrán L, Ariza Salamanca C, Martín García MI. Efectividad del masaje infantil como beneficio en recién nacido a término y pretérmino. Servicio Andaluz de Salud. 2018.

9. ANEXOS

9.1 ANEXO 1: TABLA INICIAL DE BÚSQUEDA

OBJETIVO DE BÚSQUEDA: Identificar la efectividad de un programa educativo para padres y madres con bebés prematuros.

Lenguaje Natural			Lenguaje controlado en las bases de datos
Conceptos	Sinónimo (Antónimo, si precisa)	Inglés	Búsqueda en el Teasouro de las diferentes Bases de datos
Educación para la salud	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción de la salud • Educación al paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Health education • Health promotion • Patient education 	<p>Medline (MESH): Health education Health promotion Patient education as topic</p> <p>CINHAL (descriptores de cinhal): Patient education</p> <p>CUIDEN: Educación para la salud o educación sanitaria</p> <p>LILACS: Educación en salud</p> <p>CUIDEN, LILACS: Promoción de la salud</p>
Padres	<ul style="list-style-type: none"> • Progenitores 	<ul style="list-style-type: none"> • Parents 	<p>Medline (MESH): Parents</p> <p>CINAHL (Descriptores de CINAHL): Parents</p> <p>CUIDEN, LILACS: Padres</p>
Recién nacidos prematuros	<ul style="list-style-type: none"> • Recién nacidos pre-termino 	<ul style="list-style-type: none"> • Premature babies 	<p>Medline (MESH): Infant premature</p> <p>CINAHL (Descriptores de CINAHL): Infant premature</p> <p>CUIDEN: Prematuros</p> <p>LILACS: Recién nacido prematuro</p>

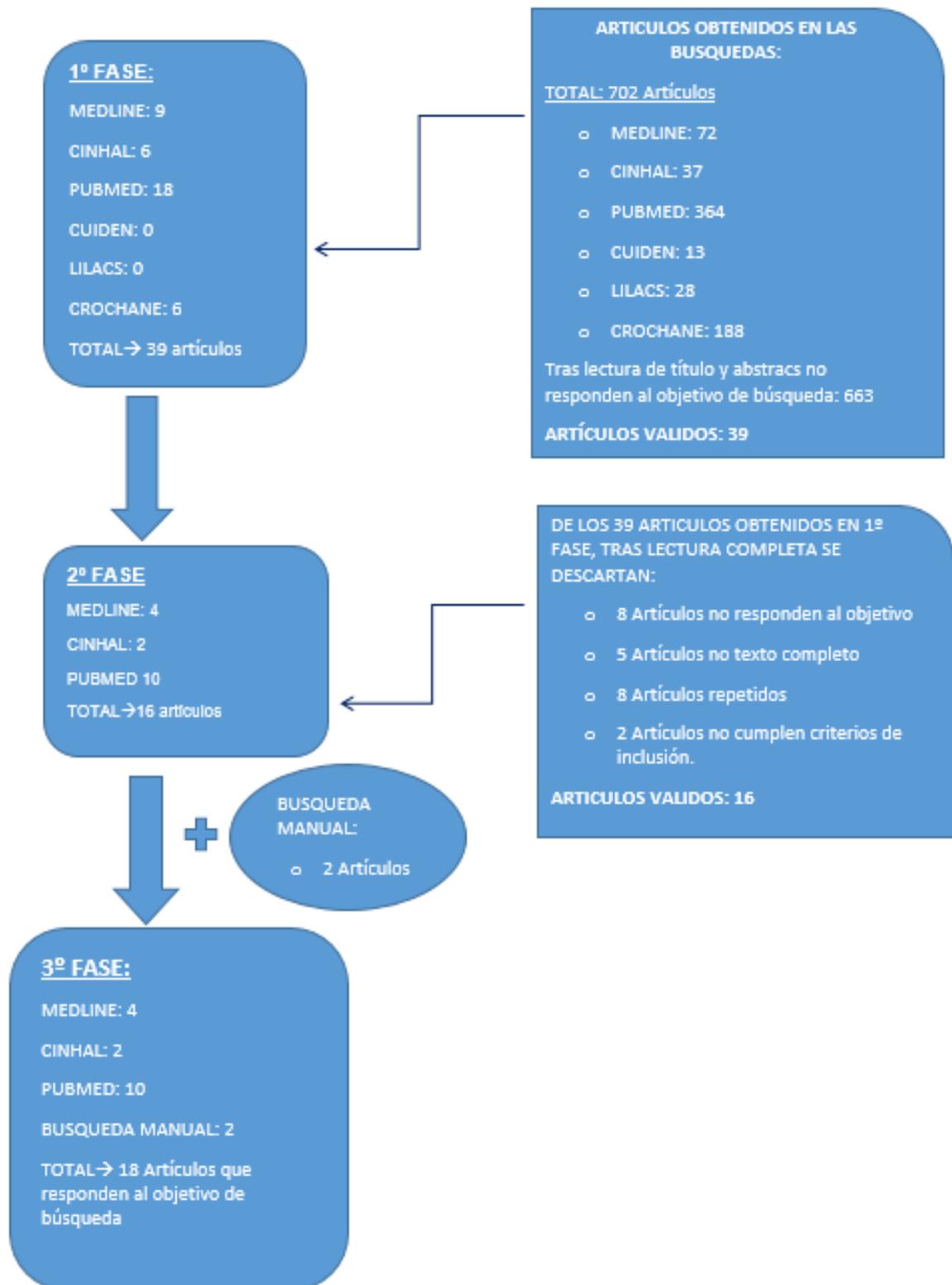
9.2 ANEXO 2: TABLA ECUACIONES DE BÚSQUEDA

OBJETIVO DE BUSQUEDA: Identificar la efectividad de un programa educativo para padres y madres con bebés prematuros.

Base de datos	Ecuación de búsqueda	Resultados		Observaciones
		Encontrados	Válidos	
Medline 1 ^a	[(Health education OR Health promotion OR Patient education as topic) AND Parents] AND Infant premature	14	0	Resultados escasos. Retiro de la ecuación el MESH: Parents para observa si se amplía la búsqueda.
Medline 2 ^a	(Health education OR Health promotion OR Patient education as topic) AND Infant premature	72	9	Búsqueda efectiva
Cinahl 1 ^o	(Health education OR Health Pormotion OR Patient education) AND Infant premature	37	6	Búsqueda efectiva.
Pubmed 1 ^o	[(Health education OR health Promotion OR Patient education) AND Parents] AND Infant premature	657		Resultados muy extensos, limito tipo de estudio (Clinical Trial, Meta-analisis, Radomized controlled trial and Review) y limito abstracs y years 2010-2019.
Pubmed 2 ^o	[(Health education OR health Promotion OR Patient education) AND Parents] AND Infant premature Limit to (Article types and abstracs and years 2010-2019)	364	18	Búsqueda efectiva.
CUIDEN 1 ^o	(Educación para la salud OR promoción de la salud) AND Prematuros	13	0	Búsqueda efectiva.
LILACS 1 ^o	(Educación en salud OR Promoción de la salud AND Recién nacido prematuro)	28	0	Búsqueda efectiva.

BIBLIOTECA COCHRANE 1°	[(Health education OR Patient education OR Health promotion) AND Parents) AND infant premature]	55.748		Búsqueda no efectiva. Límite años 2015-2019
BIBLIOTECA COCHRANE 2°	[(Health education OR Patient education OR Health promotion) AND Parents) AND infant premature] Limit to (years 2015-2019)	24.457		Búsqueda no efectiva. Realizo búsqueda con la palabra parent education para intentar obtener una búsqueda más concreta.
BIBLIOTECA COCHRANE 3°	(Parent education AND Infant premature)	188	6	Búsqueda efectiva
SCIENCE DIRECT 1°	[(Health education OR Patient education OR Health promotion) AND Parents] AND infant premature)	1.802		Búsqueda no efectiva. Límite años de 2015-2019 y tipo de artículo (review article).
SCIENCE DIRECT 2°	[(Health education OR Patient education OR Health promotion) AND Parents] AND infant premature) Limit to (type article and years 2015-2019)	89	0	Búsqueda efectiva

9.3 ANEXO 3: DIAGRAMA DE FLUJO



9.4 ANEXO 4: GUIÓN LECTURA CRÍTICA DE ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

Artículo: Colditz PB, Boyd RN, Winter L, Pritchard M, Gray PH, Whittingham K, et ell. A Randomized Trial of Baby Triple P for Preterm Infants: Child Outcomes at 2 Years of Corrected Age. J Pediatr. 2019; 210: 1-7.			
Objetivos e hipótesis	¿Están los objetivos y/o hipótesis claramente definidos?	<p>Si</p> <p>No</p>	<p>¿Por qué?</p> <p>Porque identifica los elementos de la pregunta PICO:</p> <p>P:Padres/madres de recién nacidos muy prematuros</p> <p>I: Programa Baby Triple P</p> <p>C: Atención habitual CAU (Care As Usual)</p> <p>O: Mejorar capacidad de crianza de padres y madres.</p>
	<p>¿El tipo de diseño utilizado es el adecuado en relación con el objeto de la investigación (objetivos y/o hipótesis)?</p> <p>Si se trata de un estudio de intervención/experimental, ¿Puedes asegurar que la intervención es adecuada? ¿Se ponen medidas para que la intervención se implante sistemáticamente?</p>	<p>Si</p> <p>No</p> <p>Si</p> <p>No</p>	<p>¿Por qué?</p> <p>Porque se trata de un ensayo aleatorizado y controlado (ECA), con un grupo intervención y un grupo control de atención habitual. Este tipo de estudio es el que más sesgos controla, es coherente y adecuado para evaluar el efecto del programa en la capacidad parental de crianza respecto a los RN prematuros.</p> <p>¿Por qué?</p> <p>La sesión es adecuada y afirma que implementa medidas (protocolos o formación como el facilitador triple P) para que todas las personas la implanten sistemáticamente.</p> <p>El grupo experimental recibe 8 sesiones, 4 de ellas de 2h grupales en el hospital, después tras el alta otras 4 sesiones de 30 min telefónicas. También reciben durante 2 años folletos semanales con información.</p> <p>El grupo control recibe la atención de rutina consiste en un seguimiento médico y vigilancia, sin embargo, no es uniforme entre las UCIN o SCN dentro de Australia.</p>

Población y muestra	¿Se identifica y describe la población?	<p>Si</p> <p>No</p>	<p>¿Por qué?</p> <p>Incluyen a familias de RN muy prematuros <32 semanas, admitidos en el Royal Brisbane and Women's Hospital y Mater Madhers 'Hospital, Brisbane, Australia, entre febrero 2012 y abril de 2015. Se excluyen a familias de RN con enfermedades congénitas o cuyos padres/madres no dominen el inglés o se nieguen a asistir al seguimiento de los 2 años.</p>
	¿Es adecuada la estrategia de muestreo?	<p>Si</p> <p>No</p>	<p>¿Por qué?</p> <p>No lo indican, pero hacen un muestreo accidental. La ausencia de un muestreo aleatorio en este caso no tiene una repercusión significativa en la validez de sus resultados, únicamente afectaría la inferencia de los resultados a otros grupos poblacionales. En este caso la enfermera investigadora identifica en las unidades neonatales que familias cumplen criterios de inclusión, ofreciéndoles participar.</p>
	¿Hay indicios de que han calculado de forma adecuada el tamaño muestral o el número de personas o casos que tiene que participar en el estudio?	<p>Si</p> <p>No</p>	<p>¿Por qué?</p> <p>Indican que calculan el tamaño muestral.</p> <p>Se realiza estimación conservadora del tamaño del efecto esperado observado en ECA anteriores de Triple P con un nivel de tipo 1 (alfa) de 0.05 y 80% de potencia. Se requiere un total de 140 por grupo para el análisis.</p> <p>Basado según su experiencia, la tasa de retención esperada es > 85% para que 330 familias (n = 165 en cada grupo) sean reclutadas para permitir el desgaste.</p> <p>En total, 323 familias de 384 bebés fueron asignados al azar a los grupos intervención (n = 162 familias, n = 196 lactantes) o cuidados habituales (n = 161 familias, n = 188 niños).</p>
Medición de las variables	¿Puedes asegurar que los datos están medidos adecuadamente?	<p>Si</p> <p>No</p>	<p>¿Por qué?</p> <p>Para el estudios usan la escala The Infant Toddler Social and Emotional assesment (ITSEA) para valorar el comportamiento de los niños, la escala Communication and Symbolic Behavior Scales Developmental Profile (CSBBDP) para valorar la capacitación materna y Bayley Scale of Infant and Toddler Developments third edition (bayley III) para medir la motricidad, cognición y lenguaje.</p> <p>Además, certifican la fiabilidad y especificidad de las escalas respecto al resultado que quiere analizarse, por lo que se controla el sesgo de instrumento.</p>

			Indica que los profesionales que llevan a cabo la medición de resultados son psicólogos y fisioterapeutas capacitados, por lo que el sesgo de instrumentación está cubierto.
Control de Sesgos	Si el estudio es de efectividad/relación: Puedes asegurar que los grupos intervención y control son homogéneos en relación a las variables de confusión?	Si No	¿Por qué? Se puede establecer una comparación a modo de porcentajes, pero no hay una variable como la “p” que nos indique objetivamente si hay diferencias significativas entre los grupos. En este estudio los porcentajes de ambos grupos son parecidos pero, no se podría asegurar que sean completamente homogéneos.
	Si el estudio es de efectividad/relación: ¿Existen estrategias de enmascaramiento o cegamiento del investigador o de la persona investigada?	Si No	¿Por qué? Debido a la naturaleza de la intervención educativa no es posible cegar a los participantes ni a al profesional que ofrece la educación ya que además tienen que recibir un curso de formación. Sin embargo sí que hay un cegamiento a la persona que investiga los resultados de las intervenciones. La secuencia de asignación fue generada por personal no asociado con el estudio y compuesto aleatorio generado por computadora de números en un diseño de bloque. Las asignaciones se ocultaron en sobres opacos. La persona que pasa las escalas y mide los resultados desconoce a qué grupo pertenecen las familias.
Resultados	¿Los resultados, discusión y conclusiones dan respuesta a la pregunta de investigación y/o hipótesis?	Si No	¿Por qué? Si, los resultados evidencian que los programas de capacitación, apoyo y seguimiento para padres y madres de RN muy prematuros mejora el desarrollo de los niños/as tanto a nivel motor como cognitivo, también se observaron resultados prometedores respecto al lenguaje pero que no se puede asegurar que sean debidos a la intervención. Respecto al comportamiento de los RN, los resultados no fueron significativos.
Valoración Final	¿Utilizarías el estudio para tu revisión final?	Si No	¿Por qué? Porque se ve claramente que la educación, el apoyo y el seguimiento que se ofrece a estas familias mejora la capacidad de crianza de los padres, el estado de salud del bebe y en general la calidad de vida de las familias.

Artículos:

1. Shwu-Jiuan S, Hsiu-Lin C, Fen-Chen L, Chuen-Ching L, Y-in-Hui L, Hsing-I T, et al. The effectiveness of structured discharge education on maternal confidence, caring knowledge and growth of premature newborns. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 3307–3313.
2. Byrne EM, Sweeney JK, Schwartz N, Umphred D, Constantinou J. Effects of Instruction on Parent Competency During Infant Handling in a Neonatal Intensive Care Unit. *Pediatr Phys Ther* 2019; 31:43–49.
3. Peyrovi H, Mosayebi Z, Mohammad-Doost F, Chehrzad MM, Mehran A. The effect of empowerment program on “perceived readiness for discharge” of mothers of premature infants. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2015. Early Online:1-6.
4. Beheshtipour N, Baharlu SM, Montaseri S, Razavinezhad Ardakani SM. The Effect of the Educational Program on Iranian Premature Infants’ Parental Stress in a Neonatal Intensive Care Unit: A Double-Blind Randomized Controlled Trial. *IJCBNM*. 2014;2 (4):240-250.
5. Chen Y, Zhang J, Bai J. Effect of an educational intervention on parental readiness for premature infant discharge from the neonatal intensive care units. *Journal of Advanced Nursing* 72(1), 135–146.

	1	2	3	4	5
Objetivos e hipótesis	Criterios				
¿Están los objetivos y/o hipótesis claramente definidos?	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
Diseño	¿El tipo de diseño utilizado es el adecuado en relación con el objeto de la investigación (objetivos y/o hipótesis)?	Si No	Si No	Si No	Si No
	Si se trata de un estudio de intervención/ experimental, ¿Puedes asegurar que la intervención es adecuada? ¿Se ponen medidas para que la intervención se implante sistemáticamente?	Si No	Si No	Si No	Si No
Población y muestra	¿Se identifica y describe la población?	Si No	Si No	Si No	Si No
	¿Es adecuada la estrategia de muestreo?	Si No	Si No	Si No	Si No
	¿Hay indicios de que han calculado de forma adecuada el tamaño muestral o el número de personas o casos que tiene que participar en el estudio?	Si No	Si No	Si No	Si No
Medición de las variables	¿Puedes asegurar que los datos están medidos adecuadamente?	Si No	Si No	Si No	Si No

Control de Sesgos	Si el estudio es de efectividad/relación: Puedes asegurar que los grupos intervención y control son homogéneos en relación a las variables de confusión?	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
	Si el estudio es de efectividad/relación: ¿Existen estrategias de enmascaramiento o cegamiento del investigador o de la persona investigada	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
Resultados	¿Los resultados, discusión y conclusiones dan respuesta a la pregunta de investigación y/o hipótesis?	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
Valoración Final	¿Utilizarías el estudio para tu revisión final?	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No

9.5 ANEXO 5: RESUMENES DE LOS ARTÍCULOS

1)

TITULO + PALABRAS CLAVE	TIPO DE ESTUDIO Y OBJETIVO	MUESTRA + INTERVENCION	HALLAZGOS
<p>Título:</p> <p>Colditz PB, Boyd RN, Winter L, Pritchard M, Gray PH, Whittingham K, et all. A Randomized Trial of Baby Triple P for Preterm Infants: Child Outcomes at 2 Years of Corrected Age. J Pediatr. 2019; 210: 1-7.</p> <p>Palabras clave:</p> <p>No se encuentran indicadas</p> <p>Comentarios:</p> <p>El estudio se limita solo a los RN muy prematuros por lo que investigaciones futuras deberían examinar su efecto en RN prematuros de moderados a tardíos. También se observa que en caso de trasferencia de los participantes a otro centro sanitario nacional no se podría asegurar el seguimiento ni determinar si la atención recibida varía. Por último el efecto en los RN y los padres/madres solo se mide hasta los 2 años de edad por lo que no se sabe si el efecto del programa perdura pasada la edad preescolar o más.</p>	<p>Tipo de estudio:</p> <p>Estudio experimental aleatorizado controlado (ECA).</p> <p>Objetivo:</p> <p>Determinar la eficacia del programa Triple Baby P para padres de RN muy prematuros, en la mejora de los resultados de desarrollo de estos prematuros y la capacitación paterna/materna.</p>	<p>Muestra:</p> <p>323 familias de 384 bebés nacidos <32 semanas fueron aleatorizados para recibir intervención o atención habitual. No se admitieron a RN con anomalías congénitas, a familias que no dominaran el inglés o se negaran a hacer el seguimiento de los 2 años.</p> <p>Intervención:</p> <p>A los participantes del grupo intervención se les ofrecían 4 sesiones de 2h durante la hospitalización de sus hijos y tras el alta 4 sesiones telefónicas de 30 min. Además recibían semanalmente folletos con información durante 2 años.</p> <p>El grupo control recibía la atención habitual, es decir, seguimiento médico y vigilancia, sin embargo, no es uniforme entre las UCIN o SCN dentro de Australia.</p>	<p>Hallazgos:</p> <p>Los niños de intervención obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en la cognición (3.5; IC del 95%: 0.2-6.8, $P = .04$) y Habilidad motora (5.5; IC 95% 2.5-8.4, $P < .001$), y se acercó a la significación en el lenguaje (3.8; IC 95% 0.3 a 7.9, $P = .07$)</p> <p>Respecto a los padres las estrategias aportaron un enriquecimiento del ambiente hogareño, una mejora del vínculo padres-hijos y una mejora de la capacitación de crianza.</p>

2)

TÍTULO + PALABRAS CLAVE	TIPO DE ESTUDIO Y OBJETIVO	MUESTRA + INTERVENCIÓN	HALLAZGOS
<p>Título:</p> <p>Beheshtipour N, Baharlu SM, Montaseri S, Razavinezhad Ardakani SM. The Effect of the Educational Program on Iranian Premature Infants' Parental Stress in a Neonatal Intensive Care Unit: A Double-Blind Randomized Controlled Trial. <i>IJCBNM</i>. 2014;2(4):240-250.</p> <p>Palabras clave:</p> <p>Education; Intensive Care Units; Parents; Premature Infant; Stress</p> <p>Comentarios:</p> <p>A pesar de que los resultados son significativos una de las limitaciones es que la muestra es pequeña, por lo que sugieren futuros estudios con una muestra más grande. Además se produjo la deserción de padres durante el seguimiento. Como sugerencia proponen evaluar los afectos a más largo plazo, hasta los 12 meses del lactante y analizar el efecto en otras variantes como el patrón del sueño, la calidad de vida, la ansiedad y la adaptación de los padres y madres.</p>	<p>Tipo de estudio:</p> <p>Ensayo controlado aleatorizado con doble ciego.</p> <p>Objetivo:</p> <p>Evaluar la eficacia de un programa educativo para padres de recién nacidos prematuros ingresados en la UCIN, para disminuir el stress.</p>	<p>Muestra:</p> <p>Se calculó un tamaño de muestra de 60 padres (30 en cada grupo) para este estudio. Un total de 60 padres (n = 120) fueron reclutados para el estudio. Tras el abandono de varios participantes solo participaron veintinueve madres y veintidós padres en el grupo de intervención, mientras que veintinueve madres y veinte padres en el grupo de control recibió la atención de rutina.</p> <p>Intervención:</p> <p>Sesenta padres fueron asignados aleatoriamente a la intervención (programa educativo recibido) y grupos de control (atención de rutina recibida). La intervención educativa se dividía en 4 pasos: Explicar enseñar el entorno de la unidad, dar información sobre su RN, dar apoyo del cónyuge y se enseñaban las estrategias de resolución de problemas.</p>	<p>Hallazgos:</p> <p>Los resultados del estudio revelaron que el programa educativo a los padres puede reducir el estrés ya que, con las intervenciones pueden gastar su energía para apoyar y cuidar a su bebé en lugar de lidiar con el estrés.</p> <p>La comparación entre grupo intervención y control fue estadísticamente significativa En el segundo día después del ingreso, la puntuación media de estrés en las madres prematuras y los padres en el grupo de intervención fueron 94.79 ± 14.28 y 76.77 ± 16.39, respectivamente. En el grupo de control, fue 94.48 ± 20.03 y 92.30 ± 21.95 para madres y padres. Después de la intervención en el quinto día de ingreso, se observó una diferencia significativa entre los dos grupos con respecto al estrés materno ($t = -5.23$, $P < 0.0001$) y estrés paterno ($t = -6.17$, $P < 0.0001$). Además, una semana después de la intervención, ellas puntuaciones medias de estrés fueron (en el grupo de intervención: para madres = 59.72 ± 13.55 y para padres = 61.22 ± 18.00) y en (el grupo de control: para madres = 86.75 ± 12.12 y padres = 84.70 ± 18.46).</p>

3)

TITULO + PALABRAS CLAVE	TIPO DE ESTUDIO Y OBJETIVO	MUESTRA + INTERVENCION	HALLAZGOS
<p>Título:</p> <p>Chen Y, Zhang J, Bail J. Effect of an educational intervention on parental readiness for premature infant discharge from the neonatal intensive care units. Journal of Advanced Nursing 2016: 72(1), 135–146.</p> <p>Palabras clave:</p> <p>Educational intervention, NICUs, parent, premature infant, readiness for discharge</p> <p>Comentarios:</p> <p>Hay tres limitaciones importantes, una que la asignación de padres y madres a los grupos control e intervención no fue aleatoria. Dos, que no se realizó un pre-test por lo que no se puede comparar con el post-test y por último, había más padres que madres incluidos en el estudio por lo que la extrapolación de datos es limitada.</p>	<p>Tipo de estudio:</p> <p>Estudio cuasi-experimental de dos grupos con prueba post-test.</p> <p>Objetivo:</p> <p>Examinar el efecto de una intervención educativa para la preparación de los padres al alta temprana de la UCIN.</p>	<p>Muestra:</p> <p>Se determinó un tamaño de muestra de 126. Proporcionar una potencia estadística del 80%, suponiendo un error tipo I de 0.05, un tamaño de efecto de 0.5 y una tasa de deserción del 20%. Un total de 154 padres fueron reclutados en este estudio y luego fueron asignados al grupo de control (N = 74) o el grupo de intervención (N = 80) según su orden de ingreso al estudio.</p> <p>Intervención:</p> <p>El grupo control recibió la atención de rutina y el grupo intervención el programa educativo. El programa educativo de alta consistía en dos sesiones y cada sesión duró aproximadamente 60 minutos. El programa fue proporcionado 1 semana antes del alta infantil de las UCIN. Para el grupo de intervención, se hizo una cita previa con los padres para decidir cuándo y dónde iniciar la educación de alta. Después de terminar, en la segunda sesión educativa, cada padre recibió un folleto que contiene la misma información que las dos sesiones educativas. Al finalizar el programa se pasaron dos escalas RHDS y QDTS a ambos grupos.</p>	<p>Hallazgos:</p> <p>Las pruebas independientes de la prueba <i>t</i> mostraron que ambas puntuaciones medias de los padres preparación para el alta y calidad de la enseñanza del alta del grupo de intervención fueron significativamente más altas que los del grupo de control. Tras pasar las escalas los Resultados del grupo de intervención fueron significativos respecto a los resultados del Grupo de control: puntaje total de RHDS ($P < 0.001$) estado personal de los padres ($P = 0.04$), estado personal del niño ($P = 0.01$), capacidad de afrontamiento ($P = 0.01$) y conocimiento ($P < 0.001$). No se encontró una diferencia significativa para el apoyo esperado ($P = 0.89$) entre los dos grupos.</p>

4)

TITULO + PALABRAS CLAVE	TIPO DE ESTUDIO Y OBJETIVO	MUESTRA +INTERVENCION	HALLAZGOS
<p>Título:</p> <p>Shwu-Juan S, Hsiu-Lin C, Fen-Chen L, Chuen-Ching L, Y-in-Hui L, Hsing-I T, et al. The effectiveness of structured discharge education on maternal confidence, caring knowledge and growth of premature newborns. Journal of Clinical Nursing, 19, 3307–3313.</p> <p>Palabras clave:</p> <p>Discharge, midwifery, mothers, neonatal, nursing, premature</p> <p>Comentarios:</p> <p>El grupo experimental obtuvo mayor confianza y conocimientos respecto al grupo control pero, se ha visto que tras un mes de alta la diferencia entre ambos grupos ya no era significativa. También se observó una mayor tasa de readmisiones de RN del grupo control por lo que la educación al alta podría ser efectiva para evitar reingresos, aunque no se pudieron sacar más conclusiones. Aconsejan para futuros estudios un seguimiento más largo para alorar efectividad a largo plazo.</p>	<p>Tipo de estudio:</p> <p>Ensayo aleatorizado controlado con test pre-post.</p> <p>Objetivo:</p> <p>Evaluar la efectividad de la educación estructurada del alta en la confianza y el cuidado materno, conocimiento y crecimiento del recién nacido prematuro.</p>	<p>Muestra:</p> <p>No se ha realizado cálculo de tamaño muestral.</p> <p>Las madres inscritas en el programa fueron asignadas aleatoriamente a los grupos experimental y de control. Había 31 madres en el grupo experimental y 32 madres en el grupo control. Dos madres del grupo experimental no volvieron a hospital según lo programado el primer mes después del alta, y se admitieron dos recién nacidos prematuros del grupo de control al hospital nuevamente debido a una enfermedad aguda. Finalmente 59 madres de bebés prematuros participaron en el estudio.</p>	<p>Hallazgos:</p> <p>Se observó que la confianza materna ($p = 0.01$) y conocimiento sobre cuidados ($p = 0.04$) en el grupo experimental fueron significativamente más alto que los del grupo de control el día anterior descarga. Sin embargo, no hubo diferencias significativas en la confianza materna y conocimientos entre los dos grupos al mes después del alta</p>

5)

TITULO + PALABRAS CLAVE	TIPO DE ESTUDIO Y OBJETIVO	MUESTRA +INTERVENCION	HALLAZGOS
<p>Título:</p> <p>Byrne EM, Sweeney JK, Schwartz N, Umphred D, Constantinou J. Effects of Instruction on Parent Competency During Infant Handling in a Neonatal Intensive Care Unit. <i>Pediatr Phys Ther.</i> 2019 Jan; 31 (1):43-49.</p> <p>Palabras clave:</p> <p>Infant posture, neonatal intensive care, parent/education, physical therapy, teaching/methods.</p> <p>Comentarios:</p> <p>Se identificaron cinco limitaciones metodológicas. El idioma de los participantes se limitó al inglés, y el estilo de aprendizaje no fue evaluado. Además, el rendimiento a largo plazo no se evaluó y solo se midió el aprendizaje en el dominio psicomotor. La última limitación identificada fue la falta de indicadores de fiabilidad y validez en la medición de herramientas desarrolladas para el estudio.</p>	<p>Tipo de estudio:</p> <p>Estudio aleatorizado controlado con prueba pre-post y enmascaramiento al evaluador.</p> <p>Objetivo:</p> <p>Investigar el efecto de 3 métodos diferentes para instruir sobre el manejo de un neonato a padres en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN).</p>	<p>Muestra:</p> <p>El estudio fue diseñado para tener un α de 0.05, con una potencia de 0.80. Un análisis determinó que se necesitaban 84 participantes para obtener resultados fiables. 112 participantes cumplieron criterios, 96 acordaron participar y finalmente 86 completaron el estudio.</p> <p>Intervención:</p> <p>Se dividió aleatoriamente a los 96 padres en tres grupos y se les enseñaron las mismas 3 técnicas de manejo infantil con diferentes métodos: (1) directa, (2) video o (3) escrito-ilustrado. Tras la evaluación de competencia de base, se proporcionó una sesión de acuerdo con el grupo asignado: instrucción directa, video o escrito-pictórico.</p> <p>Las sesiones se limitaron a 40 minutos y se implementó la secuencia: colocación del bebé en un lado posición acostada, ejercicios guiados táctiles y cinestésicos de LE; y Facilitación de una posición de apoyo. Los padres debían practicar cada actividad con sus bebés de 1 a 2 veces por día por 2 a 4 minutos. Todos los padres recibieron el mismo folleto ilustrativo y escrito para usar como referencia y se les pidió que hicieran un registro de su práctica.</p>	<p>Hallazgos:</p> <p>La diferencias entre los puntajes pre y post instrucción para cada tarea fueron competencias laterales ($t=24.7$, $P=.01$), competencia LE guiada ($t=16.3$, $P=.01$) y compatible con competencia sentada ($t=14.1$, $P=.01$). Se encontraron diferencias post instrucción cuando se compararon los grupos instrucción directa y video, fueron significativamente más efectivas que las imágenes escritas (competencia escrita frente a competencia directa $P=.047$, competencia escrita vs video de competencia lateral $P=.034$, escrita vs competencia de movimiento LE directo $P=.007$, escrito versus video para competencia de movimiento LE $P=.018$) para mejorar el rendimiento de las actividades LE orientadas y de lado. Todos los grupos mejoraron significativamente el rendimiento del manejo. Los grupos directos y de video realizaron 2 actividades significativamente mejores que el grupo escrito-pictórico. No se encontraron diferencias significativas entre el directo y grupos de video. Todos los grupos percibieron la instrucción como efectiva.</p>

6)

TITULO + PALABRAS CLAVES	OBJETIVO Y TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA + INTERVENCION	HALLAZGOS
<p>Título:</p> <p>Peyrovi H, Mosayebi Z, Mohammad-Doost F, Chehrzad MM, Mehran A. The effect of empowerment program on “perceived readiness for discharge” of mothers of premature infants. J Matern Fetal Neonatal Med: 1–6, 2015.</p> <p>Palabras clave:</p> <p>Empowerment, mothers of premature infant, readiness for discharge</p> <p>Comentarios:</p> <p>Una de las limitaciones del estudio fue que las madres podían haber recibido información de otros proveedores de atención médica, que no pudo ser controlado por el investigador. El nivel de apoyo y diferencias individuales y factores emocionales, como la ansiedad materna podría haber influido en los resultados. La última limitación potencial fue la asignación no aleatoria de madres a los dos grupos, eso podría ser una amenaza para la homogeneidad de los grupos y la de los resultados.</p>	<p>Tipo de estudio:</p> <p>Estudio cuasi-experimental con cuestionario pre-post.</p> <p>Objetivo:</p> <p>El objetivo de este estudio fue examinar el efecto del programa de empoderamiento en la "disposición percibida para el alta" de madres de bebés prematuros al momento del alta</p>	<p>Muestra:</p> <p>No hubo cálculo de tamaño muestral. Ochenta madres y sus bebés prematuros (40 pares de madre-bebé en el grupo experimental y 40 pares de madre-bebé en el grupo control) fueron reclutados en el estudio.</p> <p>Intervención:</p> <p>La intervención del grupo experimental se dividió en tres sesiones cada fase se realizó durante una sesión de 30- 60 min. La primera sobre el entorno de la UCN y características/comportamiento de RNP. La segunda sobre cuidados generales a los prematuros y la tercera sobre la transición al hogar, como establecer una relación afectiva con su bebe y como realizar el seguimiento en primaria dando recursos por si ocurre algo en el domicilio. El grupo control recibió la atención de rutina.</p>	<p>Hallazgos:</p> <p>Los resultados mostraron una diferencia estadísticamente significativa entre grupo experimental y de control en términos de puntajes promedio de preparación técnica general (7.5 ± 1.1 versus 6.5 ± 0.9, $p < 0.001$) y preparación emocional general (6.9 ± 1.1 versus 5.8 ± 1.1, $p < 0.0001$) según lo informado por las madres. También, se observó una diferencia estadísticamente significativa entre la experiencia del grupo experimental y de control con respecto a las puntuaciones medias de preparación técnica general (6.7 ± 1 versus 5.75 ± 1.1, $p < 0.0001$) y preparación emocional general (4.1 ± 1.3 versus 5.3 ± 1, $p = 0.003$) según lo informado por las enfermeras de la UCIN. Se encontró una diferencia significativa entre las puntuaciones medias que madres y enfermeras dieron a las madres en técnicas (6.99 ± 1.13 versus 6.23 ± 1.14, $p < 0.0001$) y emocional (6.34 ± 1.20 versus 5.69 ± 1.20, $p < 0.0001$) preparación para el alta). Los puntajes dados por las madres fueron más altos que los dados por enfermeras.</p>

9.6 ANEXO 6: TRÍPTICO DEL PROGRAMA



5 SESIONES

1. ¡CONOZCÁMONOS MEJOR!
Aprende las peculiaridades de estos bebés.
2. AUMENTACIÓN ¿Cómo saber si lo hago bien?
Taller de lactancia.
3. ¡CUIDÁME MUCHO!
Cuidados generales en el hogar.
4. LAS CARICIAS MI MEJOR MEDICINA.
Taller de masajes.
5. UNA MIRADA A LA MATERIDAD Y PATERIDAD.
Analicamos los mitos y falsas creencias que existen en nuestra sociedad.

Las sesiones se impartirán en el CS Zabalzana.
Horario: 16:00-17:30h
Teléfono de contacto: 945 324 569

Programa de educación para la salud dirigido a padres y madres de recién nacidos prematuros tardíos



¿Acabas de ser padre o madre de un bebé prematuro tardío?

¿Tienes dudas sobre los cuidados que pueda necesitar tras el alta?



Este programa está creado para mejorar vuestros conocimientos y habilidades en el cuidado de vuestros hijos e hijas prematuros en el hogar.

Las docentes serán enfermeras de la unidad neonatal, expertas en el cuidado de estos bebés.



¿LISTOS PARA MI LLEGADA A CASA?



9.7 ANEXO 7: POWER POINT DE LAS CARÁCTERISTICAS DEL PREMATURO TARDÍO

CARACTERÍSTICAS DEL PREMATURO TARDÍO



HIPOTERMIA

- Los PT presentan poco tejido graso, el cual funciona no solo como aislante conservando el calor sino como generador del mismo. Por ello estos bebés pierden calor rápidamente.
- Pierden mucho calor en relación peso/superficie corporal.
- Debido a su inmadurez del hipotálamo, no regulan bien su temperatura corporal.

Por ello, es importante ser cuidadosos durante los cambios de ropa, abrigoles bien si salimos a la calle y no excederse en los aseos ya que, pierden mucho calor.

Hipoglicemia Neonatal Manifestaciones

- ✦ Apnea
 - ✦ Hipotonía
 - ✦ Reflejo de succión inadecuado
 - ✦ Cianosis
 - ✦ Temblores
 - ✦ Llanto agudo/ débil
 - ✦ Palidez
 - ✦ Movimientos oculares oscilantes
 - ✦ Letargo
 - ✦ Inestabilidad Térmica
- En general hay
sintomatología
inespecífica o
asintomática.

HIPOGLUCEMIA

- Presencia de glucosa baja en sangre. Es más probable que ocurra cuanto más baja sea la edad gestacional.
- Producida por la interrupción del aporte de glucosa materna al bebé y por la inmadurez de su respuesta metabólica.

Es importante que se alimente de manera frecuente cada 3h aproximadamente tanto a pecho como biberón.

PROBLEMAS RESPIRATORIOS

RESPIRACIÓN

- Respiración rápida y con dificultad.
- Respiración irregular y con cambios en su ritmo.
- Presencia de apneas (ausencias breves de respiración).
- Respiración principalmente por la boca.
- Presenta retracciones torácicas (el bebé retrae el tórax hacia las costillas al respirar).
- Aparecen continuas secreciones nasales.
- Tose con frecuencia.

- Debido a la inmadurez de sus pulmones y la producción disminuida de surfactante. Por lo que pueden presentar distress respiratorio, taquipnea transitoria del RN y apneas.
- Además tienen mayor tasa de episodios de hipoxemia intermitente sobretodo durante el sueño.

Es importante saber detectar cuando su respiración no es normal y sobretodo ponerles en una postura adecuada para dormir.



ICTERICIA NEONATAL

- **Presencia de niveles altos de bilirrubina en sangre que provocan que la piel y mucosas adquieran tono amarillento. Si los niveles son muy altos, pueden precisar ingreso en la unidad neonatal.**
- **Una manera eficaz de evitarlo es asegurar una buena alimentación para que orine y realice deposiciones, disminuyendo los niveles de bilirrubina.**

Si vuestro bebe precisa ingreso por hiperbilirrubinemia, ¡tranquilos! Solo recibirá fototerapia.

PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN

ALIMENTACIÓN

- De forma continuada, rechaza el alimento o muestra poco apetito.
- Succiona de forma cada vez más débil.
- Muestra signos de deshidratación (sin energía, muchas horas sin mojar el pañal, olor fuerte en la orina, no le salen lágrimas al llorar, la boca y labios secos, etc.).
- Vómitos y regurgitaciones abundantes y frecuentes sin razón aparente.

- **Los mecanismos para una succión adecuada no están desarrollados: musculatura oro-bucal y reflejo de succión-deglución-respiración débiles. Por lo que suelen presentar problemas para el agarre y la succión además, de atragantarse fácilmente.**
- **Los esfínteres del estomago, esófago e intestinos están poco madurados por lo que son propensos a regurgitaciones y vómitos.**

Estos bebés tienen más riesgo de deshidratación y pobre ganancia de peso.

Tabla III. Manifestaciones clínicas de la sepsis neonatal

CLÍNICA INICIAL

"No va bien". Mala regulación de la temperatura (fiebre/hipotermia).

Dificultades para la alimentación. Apatía. Taquicardia inexplicable.

FASE DE ESTADO.- Se acentúa la clínica inicial y además:

Síntomas digestivos:

- Rechazo de tomas
- Vómitos/diarrea
- Distensión abdominal
- Hepatomegalia
- Ictericia

Síntomas respiratorios:

- Quejido, aleteo, retracciones
- Respiración irregular
- Taquipnea
- Cianosis
- Fases de apnea

Signos neurológicos:

- Apatía/Irritabilidad
- Hipotonía/hipertonía
- Temblores/convulsiones
- Fontanela tensa

RIESGO DE INFECCIONES

- **Presentan un sistema inmune más débil que los nacidos a término debido a que, por su prematuridad, no se ha desarrollado por completo. Por ello es necesario tener precauciones para evitar infecciones y saber detectarlas de manera precoz.**

Es de suma importancia el lavado de manos, limitar visitas en casa, evitar que este en contacto con personas que presenten síntomas o signos de procesos gripales o catarrales y evitar acudir a sitios multitudinarios.

BIBLIOGRAFIA:

- *Rellan Rodríguez S, García de Ribera C, Paz Aragón García M. El recién nacido prematuro. Protocolos Diagnósticos Terapéuticos de la AEP: Neonatología. Asociación Española de Pediatría. 2008*
- *Romero Maldonado S, Arroyo-Cabrales LM, Reyna Ríos ER. Consenso prematuro tardío. Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Perinatol Reprod Hum 2010; 24 (2): 125-130*
- *Palacios J, Moreno MC, Román M, Estévez R. Guía para madres y padres de bebés prematuros tras el alta hospitalaria. Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 2015.*



9.8 ANEXO 8: FOLLETO SOBRE COMPLICACIONES Y S/S DE ALARMA

RESPIRACIÓN <ul style="list-style-type: none">• Respiración rápida y con dificultad.• Respiración irregular y con cambios en su ritmo.• Presencia de apneas (ausencias breves de respiración).• Respiración principalmente por la boca.• Presenta retracciones torácicas (el bebé retrae el tórax hacia las costillas al respirar).• Aparecen continuas secreciones nasales.• Tose con frecuencia.	ALIMENTACIÓN <ul style="list-style-type: none">• De forma continuada, rechaza el alimento o muestra poco apetito.• Succiones de forma cada vez más débil.• Muestra signos de deshidratación (sin energía, muchas horas sin mojar el pañal, olor fuerte en la orina, no le salen lágrimas al llorar, la boca y labios secos, etc.).• Vómitos y regurgitaciones abundantes y frecuentes sin razón aparente.
DEPOSICIONES <ul style="list-style-type: none">• Cambios en la consistencia, color y/o frecuencia de las deposiciones.• Deposiciones líquidas y frecuentes (diarreas).• Reducción drástica e importante del número de pañales mojados al día.• No hace una deposición durante más de tres días.• Llanto al orinar o defecar indicando dolor.• Orina de color oscuro y sanguinolento.	SUEÑO <ul style="list-style-type: none">• Duerme mucho más de lo habitual.• Dificultad para despertarse del sueño por sí mismo.• Duerme mal varias noches seguidas.• Presenta irritabilidad y quejidos mientras duerme.
OTROS SÍNTOMAS <ul style="list-style-type: none">• Presenta fiebre (temperatura superior a 37,3º C) o enfriamiento corporal (temperatura menor de 36º C).• El cordón umbilical segrega líquido u olor desagradable.• Signos de infección o un borde rojizo alrededor del ombligo.• Piel más pálida de lo normal o presenta tonos azulado, morado, grisáceo o amarillento.• Manchas violáceas en la piel con aspecto similar a los hematomas y moratones.• Sangrado nasal e hinchazón de la nariz.• Inflamación de las articulaciones que le impide mover una o más de sus extremidades con comodidad.• Sufre una convulsión (movimientos involuntarios de los músculos).• Está más irritable de lo normal y por periodos prolongados.• Quejidos constantes.• Lloro demasiado y sin razón aparente.• Llanto débil y permanente.• Está menos activo de lo normal.• Falta de respuesta a estímulos que le atraían del entorno.• Está desganado, decaído con ánimo bajo.• Presenta un comportamiento poco usual que los preocupa.	

Síntomas y signos sin importancia

- Estornudos.
- Hipo.
- Bostezos.
- Flatos o eructos.
- Regurgitaciones y vómitos ocasionales
- Esfuerzo y molestia al defecar, pero sus heces son blandas.
- Sobresalto ante los ruidos fuertes.
- Movimientos bruscos y poco coordinados.
- Congestión nasal leve.

Extraído de: 24.Palacios J, Moreno MC, Román M, Estévez R. Guía para madres y padres de bebés prematuros tras el alta hospitalaria. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 2015.



Extraído de: Fuentealba de Raucourt N. Esquemas de Neonatología. Disponible en: <http://www.chuletasmedicas.com/recien-nacido-prematuro-tardio-caracteristicas-comorbilidades/>

9.9 ANEXO 9: TÉCNICA DE AMAMANTAMIENTO



Como yo les digo, si ve areola por arriba o no se agarró bien, no importa

Maternidad: Técnicas de amamantamiento

420.958 visualizaciones 4004 235 COMPARTIR GUARDAR ...

Fuente: Clínica Indisa. Técnica de amamantamiento. 2018 . Disponible en:
<https://www.youtube.com/watch?v=tJyfZQPEdYg>

9.10 ANEXO 10: AGARRE DEL BEBE AL PECHO



Fuente: Global Health Media Project. Attaching your baby at the Breast-Breastfeeding Series. 2019. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=wjt-Ashodw8&t=531s>

9.11 ANEXO 11: CÓMO DAR EL BIBERÓN

VIDEO SOBRE POSTURA Y ACTUACIÓN FRENTE ATRAGANTAMIENTO:



Consejos para dar el biberón correctamente. 4-Postura correcta y como actuar ante un atragantamiento

20.785 visualizaciones • 3 jul. 2018 119 29 COMPARTIR GUARDAR ...

Fuente: Mi recién nacido. Consejos para dar el biberón correctamente. 4- Postura correcta y como actuar frente a un atragantamiento. 2018. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=5tBFrEa14ak>

VIDEO SOBRE CÓMO ESTIMULAR LA SUCCIÓN CUANDO PARAN:



Consejos para dar el biberón correctamente. 2-Girar y apretar la tetina

1194 visualizaciones • 3 jul. 2018 9 0 COMPARTIR GUARDAR ...

Fuente: Mi recién nacido. Consejos para dar el biberón correctamente. 2- Girar y apretar la tetina. 2018. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=_N9a6PSpKjM

VIDEO SOBRE AGARRE DEL BEBÉ A LA TETINA:



Fuente: Mi recién nacido. Consejos para dar el biberón correctamente. 3- Poner una guía. 2018.

Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=_N9a6PSpKjM

9.12 ANEXO 12: SACAR GASES AL BEBÉ



A YouTube video player showing a man in a blue shirt holding a baby. The video title is "Posiciones para expulsar gases. 5-Resumen de varias posturas". The video has 18,314 views, 236 likes, and 15 comments. The video player interface includes a progress bar at 0:13 / 1:18, a play button, a volume icon, and various sharing and settings icons.

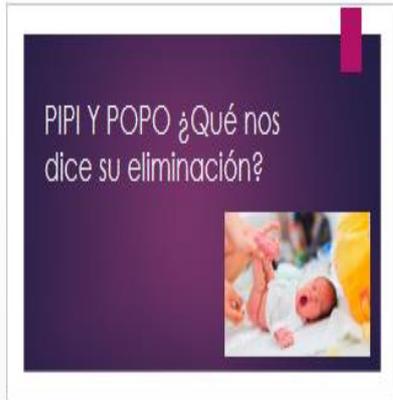
Posiciones para expulsar gases. 5-Resumen de varias posturas

18.314 visualizaciones 236 15 COMPARTIR GUARDAR ...

Fuente: Mi recién nacido. Posiciones para expulsar gases. 5- Resumen de varias posturas. 2018.

Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=UQFMgEWMSAg>

9.13 ANEXO 13: IMÁGENES SOBRE ELIMINACIÓN DE LOS BEBES



1



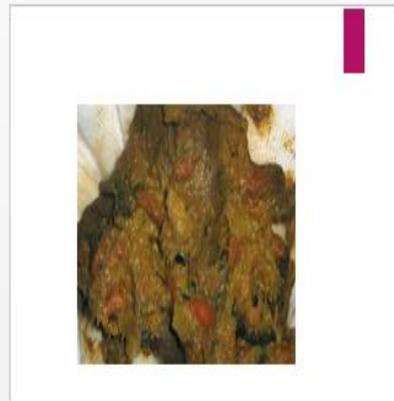
2



3



4



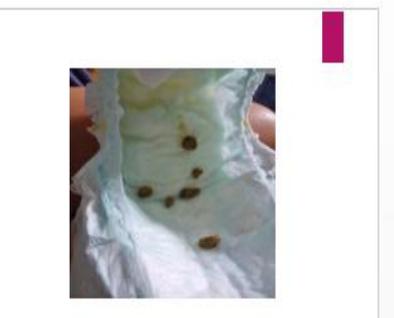
5



6



7



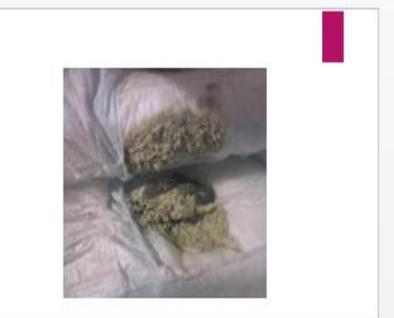
8



9



10



11



12



- Imagen 2 → Meconio: Primera deposición del bebé, pueden mantener ese color durante los 3 primeros días de vida.
- Imagen 3 y 4 → Heces de transición: Pueden ser de color marrón oscuro y/o verdes, típicas de la primera semana de vida.
- Imagen 5 y 9 → **Heces con restos de sangre:** Debes **consultarlo urgentemente** a tu pediatra ya que, es signo de alarma. Causas: gastroenteritis, la vacuna del rotavirus o una alergia alimentaria (alergia a la proteína de la leche es la más común), fisura anal.
- Imagen 6 → **Heces con moco:** Si es puntual, no preocuparse pero, si es frecuente podría ser por inflamación de la mucosa intestinal, **consultarlo.**
- Imagen 7 → Heces normales.
- Imagen 8 → **Estreñimiento:** Heces con forma de bolitas duras, pueden ir acompañadas de dificultad o dolor al hacer deposiciones. Se puede facilitar su expulsión mediante masaje abdominal, **consultar al pediatra.**
- Imagen 10 → **Heces con granos de café (sangre digerida):** Puede deberse a que la madre tenga grietas que sangren y el bebé la trague o a intervenciones como el corte del frenillo, **consultarlo.**
- Imagen 11 → **Heces acólicas (blancas):** Se deben a problemas hepáticos, debes **consultarlo urgentemente** si las ves ya que, es signo de alarma.
- Imagen 12 → Orina con uratos (naranja, color coca-cola o salmón): Es signo de deshidratación, si lo ves, asegúrate de que tu bebé haga buenas tomas y quede satisfecho, la orina debería ser abundante y clara.
- Imagen 13 → **Dermatitis de pañal:** Es muy común, puedes evitarla cuidando que la zona perianal esté siempre seca y limpia, no mantengas el pañal mojado por periodos largos de tiempo. Limpia la zona con agua y jabón, reservando las toallitas para la calle. Si tiene muy mal aspecto consultar al pediatra para que os recomiende alguna pomada barrera.

9.14 ANEXO 14: EJEMPLO DE MASAJE PARA CÓLICOS



Masajes para favorecer la expulsión de gases. 2-Masaje en sentido del intestino grueso

18.893 visualizaciones

👍 152

💬 10

➦ COMPARTIR

📌 GUARDAR

⋮

Fuente: Mi recién nacido. Masajes para favorecer la expulsión de gases. 2- Masaje en sentido del intestino grueso. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=Co-uWcEH9ds>

9.15 ANEXO 15: PREGUNTAS SOBRE CUIDADOS GENERALES

MÉTODO CANGURO

- ¿En qué consiste?
- ¿Cómo y cuándo podemos realizarlo?
- ¿Cuánto tiempo podemos estar en Método canguro?
- ¿Qué beneficios tiene para los bebés prematuros?
- ¿Quién puede realizarlo?

ASEO-PIEL

- ¿Cada cuánto se recomienda el baño y cuánto debe durar el aseo?
- ¿Qué productos se pueden usar tanto para el aseo como para el cuidado de la piel?
- ¿Cómo se realiza el aseo?
- ¿Cómo se realiza el cuidado del cordón umbilical y qué signos hay que vigilar?

SUEÑO-AMBIENTE

- ¿Dónde pueden dormir nuestros bebés?
- ¿En qué postura le pondrías para dormir?
- ¿Qué beneficios tiene el cuidado del ambiente (ruido, luz) para los bebés prematuros?
- ¿Has oído hablar de los nidos? ¿Sabrías cómo hacer uno para poner a tu bebé a dormir?

TERMOREGULACIÓN

- ¿Cuál es la Tº normal en estos bebés?
- ¿Qué ropa le pondrías para estar en casa, y cuál para ir a la calle?
- ¿Qué temperatura hay que tener en casa?
- ¿Qué es el sobrecalentamiento y por qué se produce?
- ¿Cómo se diferencia el sobrecalentamiento de la fiebre?

PROTECCIÓN CONTRA INFECCIONES

- ¿Por qué los bebés prematuros tienen más riesgo de sufrir una infección que los nacidos a término?
- ¿Nombra 5 ejemplos de signos y síntomas de infección?
- ¿Qué cuidados debemos realizar para evitar las infecciones en nuestros bebés?
- ¿A partir de qué Tº se considera fiebre? ¿Qué hacemos si nuestro bebé tiene fiebre?
- ¿Cómo se realiza un correcto lavado de manos?

9.16 ANEXO 16: MANEJO DE LA IRRITACIÓN Y EL LLANTO

¡CALMAME SI PUEDES!

Técnica de las 5S y “THE HOLD”

¿Por qué lloran los recién nacidos?

Todos los bebés lloran, aunque algunos lo hacen más que otros.

- Los bebés prematuros en sus primeros días lloran muy poco y por periodos cortos de tiempo, resultando fácil calmarlos si se les mece y se les acaricia. Pero, a medida que llegan a la fecha prevista de su nacimiento y van madurando, su llanto se hará más fuerte, pudiendo persistir largo rato. No os preocupéis, es signo de que su desarrollo va progresando adecuadamente.

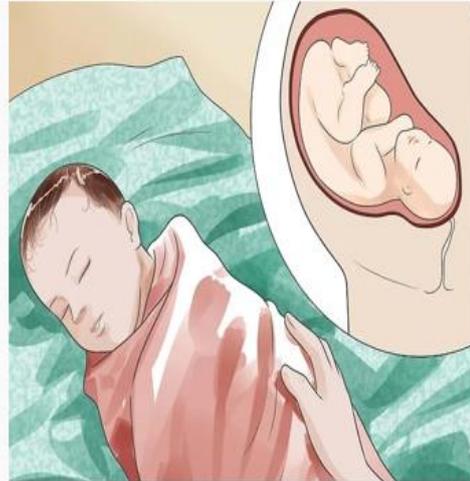
CONSEJOS

- Asegúrate que no tiene hambre, sueño o el pañal sucio.
- Comprueba que no tiene fiebre, calor o frío y que aparentemente no muestra signos de dolor o de estar enfermo.
- Cógele en brazos y realiza el contacto piel con piel.
- Háblale suave, cántale, acarícialo, tal vez necesite compartir momentos agradables contigo.
- Cambia su postura, colocándole en una posición en la que sea fácil ver lo que hay a su alrededor y entrar en contacto con ello.
- Pide a tu pareja o familiar que lo cuide, tal vez tu nerviosismo y ansiedad impiden que se tranquilice

TECNICA DE LAS 5 S

1. Swaddling (Envolver, Contener).

Con un chal o mantita delgada, envolver a al bebé de manera que sus brazos queden pegados al cuerpo, las piernas deben poder flexionarse. De esta manera contenemos al bebé adoptando la posición fetal que tenía en el útero, en el había poco espacio para moverse.



TECNICA DE LAS 5S

2. Side/Stomach position (Posición de lado o boca abajo).

Posición en la que la bebé tiene apoyada su pancita en el brazo, pecho u hombro de la madre (tranquilizador) o se encuentra apoyada en su lado izquierdo (ayuda a la digestión).

ATENCIÓN: Esta posición es sólo para calmar al niño y **no para dormir**. Los niños no deben dormir boca abajo por riesgo de muerte súbita.



TECNICA DE LAS 5S

3. Shushing sounds (Sonido de shhhh)

Hacer el sonido “Shhh – Shhh – Shhh” fuerte y cerca de su oído, ya que este ruido imita el del paso de la sangre por las arterias que escuchaba dentro del útero. El sonido debe ser a un volumen más alto que el llanto.

TECNICA DE LAS 5S

4. Swinging (Mecer)

Agitar suave pero constantemente al bebé mientras está en brazos, como un pequeño temblorcito. Estar en el vientre es como pasar 9 meses navegando en el mar y es desorientador volver a tierra firme, por eso necesitan movimiento. Los paseos en auto y las mecedoras muchas veces ayudan a la calma.

TECNICA DE LAS 5S

5. Sucking (Succionar).

Ponerles chupete o el dedo para que succionen les da tranquilidad, ya que se liberan químicos naturales en el cerebro que producen relajación. En el útero, los fetos suelen chuparse los dedos.

VIDEO DE TECNICA: https://www.youtube.com/watch?v=3P6rAvM_1kw

“THE HOLD”

1. Levanta al bebé de manera que su mirada quede orientada hacia el suelo.
2. Cruza sus brazos, apretándolos ligeramente contra su pecho.
3. Con una mano, sujetar los brazos del bebé que a su vez, podrá apoyar su barbilla encima de la mano.
4. Con la palma de la otra mano, agarrar las nalgas del pequeño sin ejercer presión con los dedos, utilizándolo de apoyo.
5. Por último colocar al bebé en posición de 45° y mecerlo suavemente de arriba abajo.

VIDEO DE TECNICA: <https://www.youtube.com/watch?v=j2C8MkY7Co8>

9.17 ANEXO 17: VIDEO TÉCNICA 5S



Fuente: Dana G. Daddy Calms Fussy Baby using “5S’s” techniques. Disponible en:
https://www.youtube.com/watch?v=3P6rAvM_lkw

9.18 ANEXO 18: VIDEO TÉCNICA “THE HOLD”



How To Calm A Crying Baby - Dr. Robert Hamilton Demonstrates "The Hold" (Official)

40.509.600 visualizaciones 372.470 8242 COMPARTIR GUARDAR

Fuente: Robert C. Hamilton, MD. How To Calm A Crying Baby- Dr. Robert Hamilton Demonstrates "The Hold" (Official). Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=j2C8Mky7Co8>

9.19 ANEXO 19: MASAJE INFANTIL



#KatyEstiloMama

MASAJE INFANTIL - Paso a Paso - Beneficios - Katy Estilo Mamá

51.656 visualizaciones

👍 1310

💬 70

➦ COMPARTIR

📌 GUARDAR

⋮

Fuente: Katy Estilo Mamá. MASAJE INFANTIL- Paso a Paso. Disponible en:
<https://www.youtube.com/watch?v=4N4DIUplDM>

9.20 ANEXO 20: MITOS Y FALSAS CREENCIAS

MITOS Y FALSAS CREENCIAS SOBRE LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD

**“Se nace con el
instinto de ser
madre/padre”**

**“Amamantar es
una demostración
de amor”**

**“Un padre es importante
pero una madre es
indispensable”**

**“Todos los temores
se irán cuando veas
a tu bebé”**

**“Una madre/padre
siempre está feliz”**

**“Una madre/padre
nunca se arrepiente de
serlo”**

**“Ser padre/madre
requiere aprendizaje y
esfuerzo”**

**“Los padres son menos
juzgados y presionados
que las madres”**

“Mis hijos/hijas son míos y hago lo que quiera con ellos”

“Los padres tienden a ser los disciplinarios”

“Ya verás cuando tu padre llegue a casa”

“Los padres y madres pueden con todo y lo soportan todo”

“ Le da leche artificial, que mala madre”

“No le quiere lo suficiente”

“¡Deja que lllore! Si le
coges siempre e brazos
se mal acostumbra”

“Los padres no se
conectan con los niños
de la misma forma que
las madres”

9.21 ANEXO 21: CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

El cuestionario se realizará de manera anónima, con el objetivo de valorar si el programa se ha ajustado adecuadamente a vuestras necesidades como padres/madres de bebés prematuros tardíos y poder mejorarlo con vuestras observaciones.

¡Gracias por completarlo!

<i>Por favor, señala con una X el número que consideres en relación a las actividades y contenidos del programa.</i>	1 → MUY MAL					10 → MUY BIEN				
LOS TEMAS TRABAJADOS: características de los Prematuros tardíos y complicaciones, lactancia, cuidados generales, manejo del llanto e irritación, relajación, reflexión sobre la maternidad y paternidad.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
LA FORMA DE IMPARTIR LA SESIONES: Dinámicas, grupos de expertos, exposiciones, talleres, etc.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ADECUACIÓN A TUS NECESIDADES ¿Ha cumplido tus expectativas? ¿Te ha resultado útil lo aprendido en tu hogar?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿AL FINALIZAR EL PROGRAMA TE SIENTES MEJOR PREPARADO PARA EL CUIDADO DEL PREMATURO TARDÍO EN EL HOGAR?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
MATERIAL, LUGAR, HORARIO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
GRADO DE SATISFACCIÓN CON LA LABOR DE LAS DOCENTES: Explicaciones, demostraciones, trato recibido, etc.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
EL FORO ONLINE ¿Te ha resultado útil?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿TE HAS SENTIDO CÓMODO CON EL CLIMA/AMBIENTE QUE SE HA GENERADO EN EL GRUPO EN EL TRANCURSO DE LAS SESIONES?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
GRADO DE SATISFACCIÓN GENERAL CON EL PROGRAMA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- COMENTA CUÁLES SON LAS 3 COSAS QUE MÁS TE HAN GUSTADO DEL PROGRAMA:
- COMENTA QUÉ 3 COSAS AÑADIRÍAS O MODIFICARÍAS DEL PROGRAMA PARA MEJORARLO:

OTRAS OBSERVACIONES O ÁREAS DE MEJORA/PROPUESTAS: