

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

**EFFECTIVIDAD DE LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DE
ENFERMERÍA PEDIÁTRICA NEONATAL PARA EL SEGUIMIENTO DE LOS
PREMATUROS EGRESADOS DE UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO
NEONATALES**

Trabajo final de investigación aplicada sometido a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Ciencias de la Enfermería para optar al grado y título de Maestría Profesional en Enfermería Pediátrica con énfasis en Neonatología

ANA MARÍA RODRÍGUEZ MOLINA

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2020

Dedicatoria

A Ana Lucía, por su amor de madre, paciencia, sacrificio, por su ejemplo de tenacidad, honestidad, responsabilidad, perseverancia y trabajo.

A José David, mi hermano por su ayuda, motivación y consejos permanentes durante este tiempo. A ambos porque sin su apoyo incondicional no hubiera culminado esta investigación.

A Gabriel, mi niño, mi amado hijo y Maestro, quien ha sido mi mayor motivación día tras día para retomar este proceso y poderlo concluir satisfactoriamente.

A Dios y a la virgen María porque son parte fundamental de mi vida espiritual y encuentro en ellos regocijo, tranquilidad y paz.

Ana María Rodríguez Molina

Agradecimiento

A mi tutora Sunny González por darme la oportunidad de ingresar a la Maestría y por su colaboración y orientación tanto intelectual como personal.

A Consuelo Cubero, docente de investigación por su disponibilidad y asistencia en su área y a las docentes Ana María y Sophía por su retroalimentación.

A mi amiga Cristina Lombo, por su apoyo y experiencia intelectual que desde el inicio me sirvieron como una guía.

A mis compañeras de la Maestría en especial a María José, Vanessa, Dayanna, Isabel y Marilyn porque hicieron parte de algún modo en su construcción.

A Paula Alpízar, enfermera pediátrica del Hospital Nacional de Niños por su tiempo y contribución.

Y a mis familiares Camila, Soledad y Matilde por su apoyo moral que sirvió como incentivo para continuar y terminar este proceso.

Por último, a las familias Coto Chacón y Naranjo Abarca quienes me permitieron convivir en sus hogares durante el tiempo que viví en Costa Rica.

Ana María Rodríguez Molina

“Este trabajo final de investigación aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Ciencias de la Enfermería de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Maestría Profesional en Enfermería Pediátrica con énfasis en Neonatología”.

Mag. Consuelo Cubero Alpízar
Representante del Decano
Sistema de Estudios de Posgrado

M.Sc. Sunny González Serrano
Profesora guía

Mag. Ana María Quezada Ugalde
Lectora

Mag. Sophia González Zúñiga
Lectora

Mag Rocío Barrientos Monge
Representante de la Directora del Programa de Posgrado
en Ciencias de la Enfermería

Ana María Rodríguez Molina
Sustentante

Tabla de contenidos

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento	iii
Hoja de aprobación (firmas).....	iv
Tabla de contenidos	v
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
Lista de Tablas	ix
Lista de Figuras.....	x
Lista de Abreviaturas.....	xi
CAPÍTULO I.....	1
1.1 Introducción	1
1.2 Antecedentes	2
1.3 Justificación.....	11
1.4 Planteamiento del problema	19
1.5 Objetivos	20
1.5.1. Objetivo General.....	20
1.5.2. Objetivos Específicos	21
CAPÍTULO II.....	22
Marco referencial	22
2.1 Prematurez	22
2.2 Familia del prematuro.....	23
2.3 Unidad de cuidado intensivo neonatal (UCIN)	25
2.4 Cuidados Centrados en el Desarrollo.....	26
2.5 Egreso del prematuro de la UCIN.....	27
2.6 Familia del prematuro ante el egreso de la UCIN.....	28
2.7 Preparación para el alta de UCIN	30
2.8 Programas de seguimiento.....	32
2.9 Atención domiciliaria.....	35
2.9.1. Atención Domiciliaria de Enfermería.....	36
2.9.2. Atención Domiciliaria de Enfermería pediátrica Neonatal del prematuro	36
CAPÍTULO III.....	38
Marco metodológico	38
3.1 Investigación aplicada	38
3.2 Generalidades de la Práctica Basada en la Evidencia	38
3.3 Pasos de la Práctica Clínica Basada en la Evidencia.....	39
3.3.1 Inquietud investigativa (spirit of inquiry).....	40
3.3.2 Paso 1. Formulación de la pregunta clínica.	40
3.3.3 Paso 2. Búsqueda de la Evidencia científica.....	41
3.3.3.1 Estrategia de búsqueda	41
3.3.3.2 Algoritmo de búsqueda	43
3.3.4 Paso 3. Análisis crítico de la Evidencia	43
3.3.5 Paso 4. Implementación de la Evidencia	45

3.3.6 Paso 5. Evaluación de la Implementación	46
3.4 Consideraciones éticas.....	46
CAPÍTULO IV	48
Análisis de los resultados	48
4.1 Presentación de los resultados.....	48
4.2 Análisis de los resultados según objetivos.....	83
CAPÍTULO V	92
5.1 Conclusiones.....	92
5.2 Recomendaciones	93
5.3 Limitaciones.....	94
CAPÍTULO VI	95
6.1 Referencias bibliográficas.....	95
6.2 Anexos	107
Anexo 1. Plantilla de análisis crítico FLC 3.0	107
Anexo 2. Plantilla de análisis crítico JBI para estudios cuasiexperimentales 108	
Anexo 3. Tabla de evidencia y grados de recomendación utilizados según (CEBM) OXFORD	109

RESUMEN

Introducción: Los prematuros egresados de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal deben ser incluidos en un Programa de Seguimiento Neonatal. La continuidad asistencial se puede hacer en el hogar a través la Atención Domiciliaria de Enfermería Pediátrica Neonatal. Los recién nacidos prematuros tienen varios riesgos por su condición y se puede prevenir que tengan complicaciones durante su transición al hogar y evitar un reingreso al hospital. Además, los padres de bebés prematuros y sus familias experimentan diversos sentimientos y desafíos con el bebé en el hogar. El objetivo de este artículo es analizar la mejor evidencia científica disponible respecto de la efectividad de los programas de Atención Domiciliaria de Enfermería Pediátrica Neonatal para el seguimiento de prematuros egresados de Unidades de Cuidado Intensivo Neonatales.

Método: Es una revisión tipo scoping con metodología de Práctica Clínica Basada en la Evidencia. Se buscaron estudios publicados desde 2014 hasta 2020, utilizando términos MeSH en: PubMed, CINAHL, Science Direct, MEDLINE y PsycINFO. Se incluyeron todos los tipos de estudios y la población era prematuros egresados de Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN). Se identificaron artículos publicados en inglés, español o portugués.

Resultados: Se identificaron 13048 artículos de investigación. Después de aplicar varios filtros de selección e idoneidad, se incluyeron 9 artículos para la evaluación de análisis crítico en FLC 3.0, CASPe y JBI. Al final se incluyeron 5 estudios con la mejor evidencia científica según calidad metodológica y sólo 2 artículos de investigación quedaron 2 después de darle un valor de jerarquización a la evidencia utilizando la propuesta del *Centre for Evidence-Based Medicine de Oxford*.

Conclusiones: La evidencia demuestra que los programas de Atención Domiciliaria de Enfermería Pediátrica Neonatal para el seguimiento de los prematuros egresados de UCIN tienen efectividad porque: aumentan más su peso en el hogar sin aumentar su morbilidad; permiten establecer un vínculo entre la familia y enfermería que permite dar un cuidado de calidad durante la transición de la UCIN al hogar. También, disminuye la depresión y ansiedad materna mejorando la atención posnatal hacia sus bebés minimizando el riesgo de trauma y aspiración. Incluso, reduce el uso de la atención de emergencias, máxime si la madre tiene altos niveles de ansiedad. Además, es segura porque disminuye el reingreso hospitalario. Finalmente, el tiempo de seguimiento domiciliario de los prematuros debe ser mayor a seis semanas y requieren un mayor número de visitas domiciliarias de enfermería al tener más riesgos.

Palabras clave: Prematurez, Alta hospitalaria, UCIN, Enfermería neonatal, Seguimiento, Enfermería domiciliaria.

ABSTRACT

Introduction: Preterm newborns discharged from the Neonatal Intensive Care Unit should be included in a Neonatal Follow-up Program. Continuity of care can be achieved through the Neonatal Pediatric Nursing Home Care. Premature babies have several risks and complications can be prevented during their transition home and readmission to the hospital can be avoided. Additionally, parents of premature babies and their families experience various feelings and challenges with the baby at home. The objective of this article is to analyze the best scientific evidence available on the effectiveness of the Neonatal Pediatric Nursing Home Care for the follow-up of premature infants discharged from Neonatal Intensive Care Units (NICU).

Method: Scoping-type review with Evidence-Based Clinical Practice methodology. We searched for studies published from 2014 to 2020, using MeSH terms in: PubMed, CINAHL, Science Direct, MEDLINE and PsycINFO. All types of studies were included and the population was prematurely discharged from the NICU. Articles published in English, Spanish or Portuguese were identified.

Results: 13048 research articles were identified. After applying various selection and suitability filters, 9 articles were included for critical analysis evaluation in FLC 3.0, CASPe, and JBI. In the end, 5 studies with the best scientific evidence according to methodological quality were included, and only 2 research articles remained 2 after giving a ranking value to the evidence using the proposal of the Center for Evidence-Based Medicine of Oxford.

Conclusions: The evidence shows that Neonatal Pediatric Nursing Home Care programs for the follow-up of premature NICU discharges are effective because: they increase their weight at home without increasing their morbidity; They allow establishing a link between the family and the nursing staff that allows quality care to be provided during the transition from the NICU to the home. Also, it reduces maternal depression and anxiety by improving postnatal care for their babies, minimizing the risk of trauma and aspiration. It even reduces the use of emergency care, especially if the mother has high levels of anxiety. In addition, it is safe because it reduces hospital readmission. Finally, the home follow-up time for premature infants should be greater than six weeks and they require a greater number of nursing home visits as they are at greater risk.

Keywords: Prematurity, Hospital discharge, NICU, Neonatal nursing, Follow-up, Home nursing.

Lista de Tablas

Tabla 1. SEP/Maestría en Enfermería Pediátrica: Determinación de descriptores específicos y sinónimos, 2017	41
Tabla 2. SEP/Maestría en Enfermería Pediátrica: Distribución de las relaciones existentes entre descriptores según conceptos planteados, 2017	42
Tabla 3. SEP/Maestría en Enfermería Pediátrica: Traducción de los descriptores en idioma inglés y portugués, 2017.....	42
Tabla 4. SEP/Maestría en Enfermería Pediátrica MeSH (Medical Subject Headings), 2020.....	50
Tabla 5. SEP/Maestría en Enfermería Pediátrica: Resultados en Base de datos según relación de descriptores, 2020	51
Tabla 6. SEP/Maestría en Enfermería Pediátrica: Inclusión de artículos para análisis crítico FLC 3.0, 2020	53
Tabla 7. SEP/Maestría en Enfermería Pediátrica: Inclusión de artículos para análisis crítico CASPe, 2020.....	67
Tabla 8. SEP/Maestría en Enfermería Pediátrica: Inclusión de artículos para análisis crítico JBI, 2020	70
Tabla 9. SEP/Maestría en Enfermería Pediátrica: Variables evaluadas, Nivel de Evidencia (NE) y Grado de recomendación (GR) Oxford, 2020.....	80
Tabla 10. SEP/Maestría en Enfermería Pediátrica: Mejor evidencia encontrada..	83

Lista de Figuras

Figura 1.

SEP/Maestría en Enfermería Pediátrica: Algoritmo de búsqueda, 2020.....43

Figura 2.

SEP/Maestría en Enfermería Pediátrica: Diagrama de flujo PRISMA, 202052

Lista de Abreviaturas

- AD:** Atención Domiciliaria
- ADE:** Atención Domiciliaria de Enfermería
- ADEPN:** Atención Domiciliaria de Enfermería Pediátrica Neonatal
- ALTE:** Apparent Life-Threatening Event
- CCD:** Cuidados Centrados en el Desarrollo
- CCSS:** Caja Costarricense del Seguro Social
- CEBM:** Evidence-Based Medicine de Oxford
- ERGE:** Enfermedad del Reflujo Gastroesofágico
- GR:** Grado de recomendación
- HANHC** Hospital-Assisted Neonatal Home Care
- H-HOPE :** Hospital to Home: Optimizing Premature Infant Environment
- INEC:** Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
- JBI:** Instituto Joanna Briggs
- MBPN:** Muy Bajo Peso al Nacer
- MeSH:** Medical Subject Headings
- NE:** Nivel de Evidencia
- OMS:** Organización Mundial de la Salud
- PCBE:** Práctica Clínica Basada en Evidencia
- PSN:** Programa de Seguimiento Neonatal
- SNG:** Sonda nasogástrica
- TMII:** Tasa de Mortalidad Infantil Interanual
- UCIN:** Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal ó Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal
- VNA:** Visiting Nurse Association



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

SEP Sistema de
Estudios de Posgrado

Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, Ana María Rodríguez Molina, con cédula de identidad Pasaporte AM747624, en mi condición de autor del TFG titulado Efectividad de los programas de Atención Domiciliaria de Enfermería Pediátrica Neonatal para el seguimiento de los prematuros egresados de Unidades de Cuidado intensivo Neonatales

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI NO *

*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Nombre Completo: Ana María Rodríguez Molina

Número de Carné: B69474 Número de cédula: Pasaporte AM747624

Correo Electrónico: anamaromo@gmail.com

Fecha: 04/01/2021 Número de teléfono: (57) 3153569823

Nombre del Director (a) de Tesis o Tutor (a): Sunny González Serrano

ANA MARIA
RODRIGUEZ
MOLINA Firmado digitalmente
por ANA MARIA
RODRIGUEZ MOLINA
Fecha: 2021.01.04
17:24:02 -05'00'

FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.

CAPÍTULO I

1.1 Introducción

Inmediatamente, al egreso de los bebés prematuros de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, luego de estar hospitalizados por un tiempo prolongado, necesitan tener una atención de seguimiento postnatal durante su transición al hogar, con el fin de apoyar y prever errores, complicaciones y reingresos que se presenten durante el cuidado del bebé en el hogar; mediante el acompañamiento planificado y coordinado de Enfermería Pediátrica o Neonatal y la educación individualizada de los padres orientada a dar un cuidado de calidad al prematuro a través de la Atención Domiciliaria de Enfermería que se llevan a cabo a través de las visitas domiciliarias.

Para desarrollar esta investigación se utilizó la metodología de Práctica Basada en la Evidencia, es la utilización de la mejor evidencia científica disponible para la toma de decisiones en la práctica del cuidado de enfermería; teniendo en cuenta a la persona, el juicio crítico y el conocimiento del enfermero. Se desarrolla en cinco pasos: Elaboración de la pregunta de investigación, búsqueda de la información, lectura crítica, implementación de la evidencia y evaluación.

El objetivo de esta investigación es analizar la mejor evidencia científica disponible respecto de la efectividad de los programas de Atención Domiciliaria de Enfermería Pediátrica Neonatal (ADEPN) para el seguimiento de prematuros egresados de UCIN.

1.2 Antecedentes

A continuación, se presenta la revisión de literatura como referente para el desarrollo de esta investigación. Los antecedentes facilitan la aproximación, a la comprensión del planteamiento de la pregunta clínica, a esta se le dará respuesta en los posteriores apartados.

Para empezar, Ingram, Powell, Blair, Pontin, Redshaw, Manns et al. (1), en Inglaterra en el año 2016, realizaron un estudio cuasi- experimental en donde implementaron la planificación del alta orientada a los padres (*Train-to-Home*) para los recién nacidos prematuros en la atención neonatal. A través de *Train-to-Home* los padres mejoraron la comprensión del progreso de su bebé y su preparación para el alta. Aunque no hubo cambio en los resultados de Autoeficacia de Crianza Materna Percibida con la intervención, el número de visitas posteriores al alta a Departamentos de Emergencia disminuyó de 31 a 20 ($p < 0.05$), con una reducción significativa en los costos de atención médica asociados (£ 3400 a £ 2200; $p < 0.05$) después del alta. Concluyen que, a pesar de la falta de un efecto medible en los resultados de autoeficacia de los padres, la reducción en las asistencias a los Departamentos de Emergencias y los costos asociados respalda el valor potencial de esta estrategia.

En otro estudio realizado por Figueras, Esqué, Arroyo, Bella, Álvarez y Carbonell (2) en España en el año 2016, buscó describir los cambios en la evolución de la Atención Domiciliaria (AD) del neonato en el servicio de neonatología del Hospital Clinic Sede Maternitat, desde 2002 hasta 2014. Obtuvieron una disminución del peso al alta hospitalaria (de 1.880 g en el periodo 2002-2006 a 1.850 g en el periodo 2011-2014; $p = 0,006$) y al alta definitiva (de 2.187 g a 2.163 g; $p = 0,001$), un aumento de la duración de la AD (de 10 a 11 días; $p = 0,007$) y menor incidencia de rehospitalizaciones (del 3,4 al 1,3%; $p = 0,019$). Además, hay un aumento de la lactancia materna exclusiva al alta hospitalaria (del 25,5 al 49,0%; $p < 0,001$). El programa tuvo una valoración global $\geq 7/10$ en el 98,8% de

respuestas. Concluyen que la AD del prematuro y del recién nacido de bajo peso ha ido mejorando a lo largo del tiempo, permitiendo ahorrar aproximadamente 10-11 días de ingreso hospitalario, sin menoscabar la calidad asistencial ni disminuir la satisfacción familiar.

Por otra parte, Toral-López, Fernández-Alcántara, González-Carrión, Cruz-Quintana, Rivas-Campos y Pérez-Marfil (3) en España, en el 2016, llevaron a cabo una investigación cuyo objetivo fue identificar las experiencias y los obstáculos, durante la hospitalización y después del alta, de padres y madres de bebés prematuros que participaron o no en un programa de alta temprana. Se identificaron dos temas: la experiencia emocional y los obstáculos al cuidado durante la hospitalización, las experiencias emocionales y obstáculos en el hogar relacionados con el programa de alta temprana. Los resultados indicaron que el nacimiento prematuro inicialmente tiene un profundo impacto emocional en los padres. En suma, los padres consideraron que los programas de alta temprana son muy útiles para abordar los aspectos emocionales de la hospitalización y la adquisición de habilidades de atención neonatal.

En conjunto, a partir de los estudios europeos encontrados, destacan que los programas para la planificación del alta del prematuro de la UCIN al hogar y de AD, permiten que mejore la parte emocional de los padres y su preparación para el cuidado del bebé en la casa. Lo anterior, se refleja en la reducción de las consultas a emergencias, rehospitalizaciones y en los costos en la atención de salud. Además, durante la AD se asegura la lactancia materna.

En Oceanía, se realizó una meta-síntesis por Adama, Bayes y Sundin (4) específicamente en Australia en el año 2016, se sintetizaron las experiencias de los padres en el cuidado de bebés prematuros en el hogar después del alta de la UCIN. Obtuvo nueve categorías a partir de 12 estudios cualitativos y los agruparon en tres síntesis: 1) el apoyo mejora la confianza en la atención; 2) lidiando con los desafíos de cuidar al bebé prematuro; 3) crianza sobreprotectora. La experiencia

de los padres de cuidar a los bebés prematuros después del alta de UCIN se construye como un proceso que requiere apoyo para mejorar la confianza, un proceso que trata los desafíos del cuidado de los bebés prematuros después del alta y se hace complicado por la crianza sobreprotectora. Por lo tanto, las enfermeras de UCIN deben hacer énfasis en proporcionar un apoyo adecuado para los padres a fin de aumentar su confianza en el cuidado después del alta.

Otro estudio cualitativo, es el realizado por Boykova (5) en Estados Unidos, Canadá, Australia y Nueva Zelanda en el año 2016, su objetivo fue describir las experiencias de transición del hospital al hogar para padres de niños prematuros. El análisis mostró cinco temas: la crianza de los hijos prematuros es desafiante; el cuidado es físicamente exigente; altera el rol de los padres; puede ser socialmente perturbador; y se requiere el apoyo de mejores profesionales de salud. Los hallazgos proporcionan evidencia de la complejidad de la transición en esta vulnerable población. Este fenómeno ha sido estudiado durante más de tres décadas y, sin embargo, nuestro conocimiento de las experiencias de los padres no ha llevado a erradicar muchas de las dificultades que enfrentan los padres después del alta.

Por otro lado, en América del Norte, Estados Unidos, los autores Garfield, Lee y Kim (6) en el año 2014, buscaron examinar las preocupaciones y mecanismos de afrontamiento de los padres y madres de niños con Muy Bajo Peso al Nacer (MBPN; <1500 g), cuando se trasladan a sus hogares desde la Unidad de Cuidado Intensivo. Explican que las principales preocupaciones son: la incertidumbre generalizada, las preocupaciones médicas persistentes y las de ajuste relacionadas con la pareja, que difieren según el sexo. Concluyen que los padres y madres de los niños egresados de la UCIN con MBPN, tienen preocupaciones variantes a medida que hacen la transición al hogar, que se pueden abordar intercambiando información en el alta hospitalaria y dando una orientación anticipada. Concluyen que al apoyar a los padres durante la transición que es

estresante y difícil, puede llevar a una disminución del estrés familiar, una mejor atención y mejores resultados en los niños.

Por su parte, Phillips-Pula, Pickler, McGrath, Brown, y Dusing (7) en el año 2013, realizaron una investigación fenomenológica cuyo propósito fue examinar las experiencias de las madres de bebés prematuros durante los primeros seis meses en el hogar, después del alta de la UCIN. A partir del análisis se desarrolló la esencia del fenómeno: su determinación de hacer lo que sea necesario para garantizar los mejores resultados posibles para sus bebés. Refieren que servirá para mejorar la comprensión de las madres que lo experimentan y ayudará en el diseño de intervenciones para abordar las necesidades específicas de estas madres antes de la UCIN.

Por otro lado en Canadá en 2014, Ballantyne, Stevens, Guttman, Willan y Rosenbaum (8) hicieron un estudio de cohorte descriptivo para determinar los factores maternos y neonatales que predicen la asistencia a los Programas de Seguimiento Neonatal (PSN). En sus resultados obtuvieron que las madres que criaban solas, las que experimentaban mayores niveles de preocupación por el consumo de alcohol o drogas, o que estaban a mayor distancia del Programa de Seguimiento Neonatal tenían menos probabilidades de asistir. En contraste, las madres que experimentaban un mayor estrés materno en el momento de la hospitalización de la UCIN del bebé tenían más probabilidades de asistir al PSN. Ningún factor neonatal fue predictivo de la asistencia al PSN. Recomiendan que las madres con riesgo de no asistir con sus bebés a los PSN requieren una mejor identificación, clasificación, derivación y apoyo adicional para promover el compromiso con los PSN y mejorar la calidad de vida para los recién nacidos de alto riesgo.

También en México, el estudio realizado por Agami-Micha, Iglesia- Leboeiro, Bernárdez-Zapata y Rendón- Macías (9), en el año 2012, tuvo por objetivo conocer las condiciones de egreso de los niños prematuros con más de tres

semanas en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en México. El 18% egresaron sin tratamiento médico, el 61% de los niños salieron recibiendo tratamiento antirreflujo, 30% administración de oxígeno, 28% intervención por terapia física y 15% manejo para acidosis tubular renal y fueron los que más tiempo de estancia hospitalaria tuvieron. Este estudio refiere que la mayoría de los pacientes prematuros egresan de la UCIN con tratamientos múltiples y prolongados y que es necesario reducir su estancia por la sobrecarga que tienen padres y cuidadores.

En relación con los anteriores estudios de Oceanía y América del Norte, resaltan que la transición de la UCIN al hogar del prematuro y su familia, es un proceso complejo física y emocionalmente para los padres, quienes podrían incurrir en errores en el cuidado del bebé. Así que, se requiere del apoyo de enfermería para que los padres aumenten su confianza y disminuyan su estrés. También que existen factores como la familia monoparental, el uso materno de alcohol y/o drogas y la distancia entre el lugar de residencia al del Programa de Seguimiento Neonatal influyen para la inasistencia y se pondría en riesgo la vida del bebé. Además, son bebés que al egreso deben continuar recibiendo multiterapias que deben administrarse de una manera cuidadosa para evitar riesgos.

En América del Sur en Sao Paulo- Brasil, Costa, Lima Anacleto, Andrade, Mandetta y Balbino (10) en 2018 en su estudio buscaron describir las preocupaciones de los padres sobre el recién nacido durante las consultas de lactancia en un servicio de atención primaria. Indican que la mayoría de los 42 padres (78.6%) reportaron preocupaciones sobre su recién nacido e identificaron un total de 45 preocupaciones; relacionadas principalmente con los signos y síntomas respiratorios (28,9%) y el cuidado rutinario del recién nacido en casa (20%). Son las adolescentes madres, las familias monoparentales y los padres de los recién nacidos prematuros los más preocupados. Recomiendan que las enfermeras neonatales y pediátricas apoyen a las familias en el cuidado del recién

nacido durante las consultas de enfermería de acuerdo con las necesidades de crianza más frecuentemente reportadas.

En otro acercamiento, Osorio Galeano, Ochoa Marín y Semenic (11), en Colombia en el año 2017, desde un abordaje cualitativo, describieron las experiencias de los padres de niños prematuros frente al alta de la unidad neonatal. Los padres experimentan sentimientos ambivalentes como alegría y temor y el alta es un proceso donde existen barreras y facilitadores. Así pues, Enfermería debe desarrollar estrategias para involucrar tempranamente a los padres en el cuidado de sus hijos durante la hospitalización.

En el año 2016, se llevó a cabo el meta análisis de Villamizar-Carvajal, Vargas-Porras y Gómez-ortega (12), en Colombia, presentaron los resultados respecto de la categorización de los principales componentes de los programas de intervención temprana y determinaron el efecto de estas intervenciones en la disminución del nivel de estrés en padres de prematuros hospitalizados. Los resultados muestran que las intervenciones aplicadas a los padres de prematuros hospitalizados tienen efecto de intensidad media-baja sobre el nivel de estrés percibido ($d=0,36$ IC [-0.68, -0,05]). Recomiendan que, aunque las intervenciones mostraron efectos positivos en la disminución del nivel de estrés en los padres, se evidencia que la educación y el apoyo emocional en conjunto logran un mejor efecto. Las futuras investigaciones deben analizar aspectos como calidad de los estudios, intervenciones con apoyo emocional, edad de los padres y diversidad en los contextos de aplicación. Aunque este estudio lo realizaron enfermeras colombianas, los estudios incluidos en el metaanálisis son de Irán, Italia, Estados Unidos, Turquía, Holanda, Dinamarca y Canadá.

Por su parte, Hernández y Sánchez (13), en el 2014 en Colombia, realizaron un estudio desde la teoría de Kristen Swanson con el fin de desarrollar una propuesta de cuidado dirigida a los padres de los recién nacidos pretérmino o con bajo peso

al nacer que egresan de la UCIN, para que brinden cuidado en el hogar orientado a su bienestar. La teoría de Kristen Swanson “Cuidado informado para el bienestar de otros” facilitó el planteamiento de la propuesta para el plan de egreso domiciliario de recién nacidos pretérmino o con bajo peso al nacer y responde a una necesidad de la práctica de enfermería.

El estudio realizado por Ocampo y Castillo (14), en Colombia, en el año 2014 desde la fenomenología, tuvo como objetivo conocer las vivencias de las madres de niños prematuros previamente hospitalizados, al asumir el cuidado de ellos en casa. Los hallazgos indican que la separación de la diada durante la hospitalización impone limitaciones, que impiden que la mujer asuma con tranquilidad y alegría el nuevo rol. Se denota que es importante empoderar al personal de enfermería de las unidades neonatales para implementar estrategias de contacto temprano y continuo madre-hijo, que apoyen a las mujeres en el proceso de convertirse en madres.

Otra aproximación es el estudio de Raffray, Semenic, Osorio y Ochoa (15) en Colombia en el año 2013. Esta investigación explora las percepciones del personal de salud neonatal sobre las barreras y facilitadores para las familias con bebés prematuros que se preparan para el alta de la UCIN. Las barreras para la preparación de los padres para el egreso del niño incluyen desde los obstáculos a los padres para la visita en la UCIN, las barreras de comunicación, las dificultades relacionadas con el establecimiento de la lactancia materna exitosa, los recursos insuficientes de personal de salud y escasos vínculos entre el hospital y la comunidad. Los facilitadores descritos fueron la disponibilidad de ayudas sociales para las familias vulnerables, el acceso telefónico de 24 horas a las unidades neonatales, los materiales educativos adaptados, la educación continua para el personal de salud, y la disponibilidad para los padres del Programa Canguro de base comunitaria después del alta. Las adolescentes madres, los padres que trabajan y las familias indígenas fueron los grupos identificados como particularmente difíciles para que participaran en la preparación del alta. Se

concluye que en el personal de salud identificó numerosos desafíos, así como estrategias útiles para la preparación de las familias para el alta hospitalaria del prematuro. Se necesitan estudios adicionales en la experiencia del alta neonatal desde la perspectiva de los padres de bebés prematuros en Colombia, para ayudar a documentar las intervenciones óptimas para apoyar a las familias durante la transición del hospital al hogar.

Castillo y Ocampo (16), en Colombia en el año 2013, hicieron un estudio para describir las vivencias de las madres con respecto al cuidado de su hijo prematuro el primer día después del alta. Describen que el alta del bebé fue interpretada por las madres como un evento que les permite recuperar al hijo, quien no era suyo sino del personal del hospital. La experiencia de cuidarlo la primera noche en casa fue vivida con zozobra, angustia y total dedicación. Concluyeron que después de la hospitalización del hijo, las madres dudan de su capacidad para cuidarlo. Por lo tanto, es necesario implementar estrategias que les permitan conocer a sus hijos y participar en el cuidado durante la hospitalización con el fin de desarrollar confianza en su capacidad para el cuidado en el hogar.

En la investigación de Pava (17), en Colombia en el año 2013, se buscó describir las prácticas de cuidado con el recién nacido prematuro o bajo peso, que ofrecen las madres en el hogar, una vez que son dados de alta de las Unidades de cuidado neonatal de Pereira. Del análisis surgieron dos temas: 1) “Cuidar a un prematuro en el hogar, una responsabilidad de todos”, con tres patrones: la Institución de salud, fuente de cuidado específico; la familia, el apoyo para la madre en el cuidado del bebé y la madre cuida al bebé. 2) “La madre aprende de la enfermera a cuidar el bebé prematuro en el hogar” con tres patrones: evitar que se enferme para que crezca sano; estimular al bebé es una forma de ayudar en su desarrollo y fortalecerlo, y mantenerlo calentito y en contacto piel a piel le ayuda a crecer y fortalece el amor madre-hijo. Concluye que las prácticas de cuidado con el recién nacido prematuro o bajo peso, que ofrecen las madres en el hogar, están fundamentadas en patrones de conocimiento ético que se evidencian en los temas

propuestos, en los que se describe la universalidad y diversidad del cuidado cultural.

Finalmente, otra investigación realizada en Colombia es un estudio de tipo cualitativo etnográfico basado en la teoría de Madeleine Leininger por Castiblanco y Muñoz (18), en el año 2011, se describe el significado que tiene para las madres cuidar el recién nacido prematuro en el hogar desde su contexto cultural, desde los cuidados directos al recién nacido prematuro y el camino hacia la adaptación. El cuidado directo al recién nacido prematuro en el hogar significa para la madre cangrear, masajear, proteger del frío, alimentar al niño, mantener la higiene, conservar la protección del medio, dar amor, suministrar oxígeno suplementario al bebé si lo requiere y saber sobre las señales del niño; y el camino hacia la adaptación materna tiene para las madres un objetivo: “criar el niño”. Cuidar al recién nacido prematuro tiene una visión universal: significa “cuidar mucho al niño” y estar pendientes; por otra parte, la connotación de cuidado es diversa porque cada madre lo cataloga, desde su propia percepción, como cuidado extremo, básico esencial y especial.

En Costa Rica, se realizó un estudio por Angulo, Fernández y Campos (19) en el año 2006. Se diseñó un programa de intervención de enfermería neonatal para la integración en el hogar de los niños y niñas de alto riesgo atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. Al realizar este proyecto se evidencia que una adecuada preparación a la familia, para la transición del hospital al hogar repercute en la disminución de costos, es segura y favorece una mejor calidad de vida.

Con referencia a las visitas domiciliarias al recién nacido desde el 2009 la OMS y UNICEF (20) elaboraron una declaración como una estrategia para reducir la mortalidad neonatal. Las visitas domiciliarias como estrategia a la prestación de la atención sirven para aumentar la cobertura e incrementar la supervivencia del recién nacido. Recomiendan que se realicen al menos dos visitas domiciliarias

para todos los partos domiciliarios: la primera en las primeras 24 horas después del nacimiento y la segunda visita en el día 3. Si fuera posible, deberá realizarse una tercera visita antes de que finalice la primera semana de vida (séptimo día).

De acuerdo a los estudios hechos en Latinoamérica han tenido un acercamiento a: Una multiterapia prolongada que deben recibir los prematuros al egreso de la UCIN; un establecimiento del vínculo entre la madre y la enfermera le ayuda a mitigar las preocupaciones y permite tener una mayor adherencia al tratamiento del recién nacido; un conocimiento de las barreras y facilitadores para la preparación de los padres para el alta durante la estancia del prematuro en la UCIN; la utilización de las teorías de enfermería para hacer los planes de egreso de los prematuros; un aprendizaje que la madre adquiere con apoyo del profesional de enfermería para cuidar al recién nacido; el cuidado es universal y se da de acuerdo a las vivencias y significado para las madres.

Por lo anterior, es evidente que existen trabajos de investigación relacionados con la ADE para los prematuros egresados de la Unidad de Cuidado Intensivo o programas de seguimiento interdisciplinarios a nivel hospitalario, antes del egreso del prematuro de la UCIN. Sin embargo, sólo está establecida como un programa en España y Brasil, donde se realizan visitas en el hogar para esta población. Asimismo, varios estudios establecen las experiencias de los padres en el período de transición de la UCIN al hogar. Por lo cual, se hace necesario que reciban apoyo no solo antes, sino después del alta neonatal en el hogar.

A continuación, se presenta el apartado de justificación, donde se argumentan los aspectos que motivaron la realización de esta investigación.

1.3 Justificación

En primer lugar, para hacer el abordaje de los programas de ADEPN, para el seguimiento de los prematuros egresados de una UCIN, es importante dar un

acercamiento del panorama de la mortalidad neonatal y en prematuros a nivel mundial y en Costa Rica.

Según la OMS (21), en 2017, unos 2,5 millones de niños murieron en su primer mes de vida, o sea el 47% de las defunciones de menores de 5 años. De igual manera, según UNICEF (22) menciona que en 2016, casi la mitad de los niños menores de cinco años que murieron eran recién nacidos. Y la mayor parte de las defunciones de recién nacidos (75%) ocurrieron durante la primera semana de vida.

Dentro de las causas de mortalidad, según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (23) más del 80% de las muertes de recién nacidos se producen como resultado de un nacimiento prematuro, complicaciones durante el trabajo de parto o el parto e infecciones como sepsis, meningitis y neumonía. Barkemeyer (24) refiere que el nacimiento de un niño y los 28 días siguientes constituyen el período más peligroso de su vida. Otros factores asociados a la tasa de mortalidad neonatal, según la OMS (21), fueron las altas hospitalarias tempranas, obstáculos al acceso de atención en salud y demoras en su búsqueda.

Estima la OMS (25) que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros. En 184 países, la tasa de nacimientos prematuros oscila entre el 5% y el 18% de los recién nacidos. Más del 60% corresponden a África y Asia meridional. Existe una diferencia entre los países de ingresos bajos (media del 12%) y los países de ingresos más altos (media de 9%). Igualmente, la pobreza es un factor de riesgo mayor para un parto prematuro (26) o tener una falta de acceso a la atención en salud (23).

En Costa Rica según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos -INEC (27) la tasa de mortalidad infantil interanual (TMII) correspondiente al período de noviembre 2018 – octubre 2019 es 8,48 por mil. Por cada 1000 nacimientos

registrados hubo 8 defunciones de niños y niñas menores de un año. De los 65.590 nacimientos hubo 556 defunciones infantiles.

Durante el I semestre de 2019, el INEC (28) reportó que las defunciones neonatales, constituyeron el 74,8 % del total de defunciones de menores de un año, 5.88 por cada 1000 nacimientos. Las tres primeras causas de muerte son: Afecciones originadas en el período neonatal 50%, malformaciones congénitas 30.8% y enfermedades del sistema respiratorio 2.4%. La prematuridad extrema se encuentra en el primer grupo que representa el 78,3 % de las defunciones dentro del subgrupo Trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal.

En respuesta, la OMS establece como principio fundamental en la protección de la salud del recién nacido, la continuidad asistencial, para disminuir la mortalidad neonatal. Refiere que “Los cuidados pueden prestarse, en función de las necesidades, en el hogar y la comunidad, o bien en dispensarios de salud y hospitales” (21).

Igualmente, las Naciones Unidas (29) en la Nueva Agenda de Desarrollo Sostenible para el 2030 plantea la meta: “Reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar”.

En consecuencia, para evitar las defunciones neonatales por prematuridad, existen programas de seguimiento para el prematuro como el Programa Madre Canguro ambulatorio (30). Aunque fue implantado hace muchos años, actualmente es utilizado en varios países. Se ha estudiado su evidencia científica y costo- efectividad para el manejo de los recién nacidos prematuros y/o con bajo peso (31).

Sin embargo, se realiza a nivel hospitalario de manera ambulatoria y no en el hogar, donde se puede tener una percepción real del contexto donde va a llegar el niño después de su salida de la UCIN y como alternativa se ofrece la ADEPN.

Para Araque, Ariza y Valderrama (31) en su “Estrategia educativa para el cuidado domiciliario de los bebés prematuros: madres usuarias del Programa Madre Canguro de Tunja, Colombia” indican que es necesario disponer de recursos humanos dedicados a las visitas de monitoreo y evaluación en el seno familiar para efectos de retroalimentación, refuerzo y monitoreo, ya que ellas contribuyen a afianzar el apoyo familiar y a disipar las dudas y temores en la correcta aplicación de las actividades prácticas del Programa de Seguimiento del Método Canguro.

Por otro lado, la revisión de la literatura evidencia un abordaje extenso del tema y se pueden leer ampliamente las experiencias, vivencias y significados que representan para las madres y en algunos estudios los padres, la transición del prematuro desde la UCIN al hogar (4,7,11,14,16–18,32) . Son pocos los estudios que muestran la efectividad de los programas domiciliarios establecidos que realiza enfermería en el hogar, ya que, la mayoría de las intervenciones se realizan a nivel del hospital, como preparación para el egreso del bebé prematuro de la UCIN.

El alta planificada del prematuro de la UCIN y las acciones que se llevan a cabo están dirigidas a disminuir el estrés de los padres; así lo demuestran diversos estudios (1,12). Inclusive, se han reseñado las experiencias y los obstáculos que tienen los padres y desde la perspectiva del personal de salud, los facilitadores y barreras para la preparación del egreso del prematuro de la UCIN (3,15). También se puede evidenciar que muchos prematuros egresan con tratamiento médico y se pueden cometer errores durante el cuidado en el hogar y la inasistencia u olvido para asistir a las citas de control médico de referencia (11).

La AD en España está establecida, como la Atención Domiciliaria en el Hogar y en Brasil, como visitas domiciliarias. Por consiguiente, se han hecho estudios para evaluar su evolución, efectividad y significado para las madres (2,34,35).

Legalmente, en Colombia la AD está definida en la Resolución 5261 de 1994 y en las modificaciones del Plan Obligatorio de Salud, en el Acuerdo 029 de 2011, en la cual se menciona como la “atención extrahospitalaria que busca brindar una solución a los problemas de salud desde el domicilio o residencia y que cuenta con el apoyo de profesionales, técnicos y auxiliares del área de la salud con participación de la familia” (36).

Es primordial para esta investigación destacar la intervención de enfermería hacia el prematuro y su familia descrita en la literatura, que puede iniciar desde la UCIN y continuar en el hogar, desarrollando acciones integradoras para los recién nacidos de alto riesgo atendidos en los servicios de alta complejidad (13,19). De ahí que, es importante el cuidado de enfermería para el prematuro desde su hogar apoyando a su familia, con el fin de dar una continuidad asistencial.

Cuando el prematuro cumple con los criterios de alta para dejar la UCIN e irse con su familia, ella tiene que asumir su rol completamente y representa recuperar a su hijo después de un período de separación a causa de su inmadurez, estado crítico y riesgos que le implicó un nacimiento antes de tiempo según la literatura.

Es importante la preparación de la familia antes del egreso para facilitar ese proceso, en vez de encontrarse con barreras u obstáculos. En efecto al momento de llegar al hogar, el estrés, angustia, temor, incertidumbre e inseguridad que tienen los padres (7,12,17,18,37), puede mitigarse al tener el respaldo de un profesional de enfermería que les acompañe y les ayude a resolver dudas que de pronto no surgieron antes de irse de la UCIN y que emergen posteriormente, porque también se puede olvidar mucha información por la sobresaturación recibida en la UCIN.

De modo que, el rol de enfermería en el hogar de la familia del prematuro, partiendo de un programa de seguimiento de ADE, ayudaría a disminuir los costos de las instituciones de salud, porque la estancia hospitalaria se puede reducir sin riesgo, al tener la certeza que hay un profesional de enfermería educando y apoyando a la familia. También habría menor número de consultas por urgencias y a su vez reingresos, porque se logra conocer el contexto donde vive el prematuro en su hogar y la adherencia que han tenido los padres a las medidas de cuidado y al tratamiento. Asimismo, se detectarían a tiempo las dificultades que tenga la madre con la lactancia materna (2).

Igualmente, la familia aumenta su confianza porque el cuidado es individualizado, se estrecha el vínculo entre padres y enfermero o enfermera. El cuidado del prematuro representa un gran desafío para los padres, porque es exigente, se altera la dinámica de la pareja y de la familia, llegando a veces a una crianza sobreprotectora (4,17). El cuidado del prematuro no es exclusivo de la madre, sino de la familia y sigue siendo responsabilidad de las instituciones de salud, aunque ya no esté hospitalizado. El profesional de enfermería es quien da educación a los padres y/o cuidadores para que se facilite el cuidado del prematuro en casa.

Además, es importante mejorar la calidad del cuidado del prematuro en el hogar con los padres en situaciones especiales como adolescentes, o quienes por razones laborales no pudieron estar en el hospital recibiendo la preparación para el alta. También para los padres que se les dificulta el desplazamiento al hospital como son aquellos que provienen de áreas rurales y que son miembros de comunidades indígenas (15).

La evidencia señala que en países como Brasil y España los programas de seguimiento para prematuros que realizan profesionales de enfermería en el hogar han sido muy exitosos. Sin embargo, en otros contextos la continuidad de los programas después del alta, sólo se llevan a cabo en el hospital por otros profesionales de salud (neonatólogo, pediatra, neumólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, entre otros) que hacen parte de equipos multidisciplinarios. Donde

los padres tienen que llevar diariamente y luego con cierta frecuencia a los prematuros a las citas programadas al egreso de la UCIN.

En el Programa Madre Canguro ambulatorio (PMC) (38) después de la salida del niño 'canguro' del centro hospitalario, es controlado a diario hasta alcanzar una ganancia de peso /día durante al menos 2 a 3 días consecutivos de 15 g/kg/día. Si tiene menos de 37 semanas de edad gestacional y luego de 8 a 11 g/kg/día hasta el término. Cuando logra esta ganancia, se realizan controles semanales hasta cuando el niño complete el término (40 semanas de edad gestacional) y 2500 gramos.

Sin embargo, con la ADE, el profesional de enfermería especialista en neonatología estaría en capacidad de realizar la valoración y seguimiento del recién nacido, desde un ámbito diferente, el hogar, donde se puede obtener un conocimiento real de las necesidades y condiciones de vida donde vive el prematuro con su familia sin desligarse del trabajo dentro de un equipo interdisciplinario.

Asimismo, en Costa Rica, en el Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera, existen programas de seguimiento al hogar, donde Enfermería tiene un rol importante en la consulta propia y ejecuta visitas en el hogar semanalmente. También participa en las escuelas en donde sensibiliza a los docentes y estudiantes que entran en contacto con los niños del programa; además refiere los pacientes a un nivel de mayor complejidad, de ser pertinente.

Estos programas se hacen desde que son recién nacidos hasta que llegan a la adolescencia, únicamente si presentan las siguientes situaciones: falla para progresar, parálisis cerebral infantil, cardiopatías, disfunción motora-oral, incoordinación cricofaríngea, anticoagulados y hemodiálisis. Sin embargo, no se ha establecido un programa exclusivamente dirigido a los recién nacidos

prematuros. Existe uno para la valoración del neurodesarrollo en la Unidad de Desarrollo hospitalaria realizada por un especialista.

Para ejemplificar, en el Programa de Seguimiento “Enfermería en el Hogar” la enfermera valora en el domicilio a los recién nacidos y niños que egresan con alimentación por sonda nasogástrica (SNG) y les da educación a los padres para colocar la SNG y conocer la técnica de alimentación y cuidados.

Otro grupo de seguimiento, son los niños que nacen con mielomeningoceles, a quienes también se les visita en el hogar teniendo un plan estructurado, donde identifica un problema de salud, establece unos objetivos, indica actividades a realizar a los padres, da educación y recomendaciones, plantea acciones futuras y observaciones. Además, su valoración está orientada a cinco aspectos: continencia urinaria, estreñimiento, circunferencia cefálica, movilidad y educación.

De modo que, Enfermería podría retomar su intervención para llevar a cabo programas en el domicilio, durante la transición de la UCIN al hogar, para fortalecer el cuidado de la familia del prematuro, prevenir complicaciones y empoderar a los padres y/o demás familiares. Y no se terminaría su relación con el alta del prematuro después de su etapa crítica en cuidado intensivo.

Es importante, para esta investigación documentar con la mejor evidencia disponible, las experiencias que se promueven en otros contextos respecto de los programas de ADE, que sirvan de referente para llevar a cabo reestructuraciones fundamentadas científicamente en los programas establecidos en Costa Rica o crear nuevas estrategias que fortalezcan la educación de los padres de los prematuros, disminuir sus temores y que el cuidado que se da sea exitoso para su ulterior desarrollo.

En consecuencia, es necesario evidenciar la efectividad de los programas de seguimiento domiciliario de Enfermería en el hogar para los prematuros que egresan de UCIN.

Por otro lado, la investigadora considera que para evidenciar las mejores prácticas respecto del tema que interesa investigar, la metodología de Práctica Clínica Basada en la Evidencia es una excelente opción para demostrar la mejor evidencia disponible en términos de calidad de la información, que permita al profesional de enfermería pediátrica tomar decisiones informadas respecto de las mejores intervenciones para la población en estudio.

La Práctica Clínica Basada en la Evidencia se define como “La aplicación consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica disponible relativa al conocimiento enfermero para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes, teniendo en cuenta sus preferencias y valores e incorporando la pericia profesional en esta toma de decisiones” (39).

De modo que, para la Enfermería Pediátrica con énfasis en neonatología es relevante garantizar el derecho de los prematuros: “Los recién nacidos de parto prematuro tienen derecho a recibir cuidados de enfermería de alta calidad, orientados a proteger su desarrollo y centrados en la familia. El rol de las enfermeras y los enfermeros tiene un valor primordial en el cuidado de los recién nacidos” (40).

Por lo expuesto anteriormente, se plantea una pregunta clínica que se desarrolla en el siguiente apartado.

1.4 Planteamiento del problema

Son los recién nacidos prematuros que se hospitalizan en UCIN y sus familias quienes requieren una preparación antes del alta y un seguimiento durante la transición de la UCIN al hogar, para evitar complicaciones y reingresos. Además,

para la madre y el padre no es suficiente únicamente el entrenamiento y la información que reciben en la UCIN previos al egreso. Por otro lado, también se han reseñado experiencias y obstáculos que tienen los padres y las que percibe el personal de salud como facilitadores y barreras para la preparación del egreso del prematuro de la UCIN, porque ese momento les genera miedo, angustia y otros sentimientos que se pueden atenuar con los programas de ADE en el Hogar desde el primer día que egresan.

La pregunta clínica que se planteó y se desarrolló en la investigación es:

¿Cuál es la efectividad de los programas de atención domiciliaria de Enfermería pediátrica neonatal para el seguimiento de los prematuros egresados de UCIN?

El tipo de pregunta se clasifica como una pregunta de “scoping” (Alcance)(41). Se utiliza todo tipo de estudio para responder a la misma.

El acrónimo es el siguiente: PCC (población, concepto y contexto):

Población: Prematuros con alta hospitalaria

Concepto: Atención domiciliaria de enfermería pediátrica neonatal

Contexto: Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal

1.5 Objetivos

1.5.1. Objetivo General

Analizar la mejor evidencia científica disponible respecto de la efectividad de los programas de atención domiciliaria de enfermería pediátrica y/o neonatal para el seguimiento de prematuros egresados de UCIN.

1.5.2. Objetivos Específicos

1. Indagar respecto de la mejor evidencia científica disponible de los programas de atención domiciliaria de enfermería pediátrica y/o neonatal para el seguimiento de prematuros egresados de UCIN.
2. Analizar los resultados obtenidos de la mejor evidencia científica disponible respecto de los programas de atención domiciliaria de enfermería pediátrica y/o neonatal para el seguimiento de prematuros egresados de UCIN según calidad metodológica de los estudios y grados de recomendación.

CAPÍTULO II

Marco referencial

En este apartado se describen las diferentes categorías que se desarrollaron como conceptos teóricos que fundamentaron esta investigación. Inicialmente se menciona la prematurez, el significado para la familia del prematuro, la Unidad de Cuidado Intensivo porque es lugar donde se hospitalizan los prematuros por su inmadurez e inestabilidad; Cuidados Centrados en el Desarrollo es la filosofía que se debe incorporar dentro de la UCIN y resalta la importancia de la familia; el significado para la familia del prematuro cuando egresa de la UCIN; cómo se debería hacer la preparación para el alta del prematuro; definición del programa de seguimiento y por último la Atención Domiciliaria, Atención Domiciliaria de Enfermería y la Atención Domiciliaria de Enfermería Pediátrica Neonatal del prematuro.

2.1 Prematurez

Según Gómez et al. (42) el recién nacido pretérmino es el producto de la concepción de 28 semanas o menos de 37 semanas de gestación. Asimismo, la OMS “considera prematuro un bebé nacido vivo antes de que se hayan cumplido 37 semanas de gestación”. Los niños prematuros se dividen en subcategorías en función de la edad gestacional (43):

- Prematuros extremos: Menos de 28 semanas de gestación.
- Muy prematuros: Entre 28 y 32 semanas de gestación.
- Prematuros moderados a tardíos: Entre 32 a 37 semanas de gestación.

La OMS (25,44) describe que entre las causas más frecuentes del parto prematuro figuran los embarazos múltiples debido al aumento del uso de tratamientos para la fecundación asistida, las infecciones y las enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión secundario al aumento de la edad materna; también a la

realización de cesáreas antes de que llegue el embarazo a término por causas maternas o fetales y a influencia genética.

Según Taborda (45), el recién nacido prematuro vivencia un cambio brusco al pasar de un ambiente tranquilo, a un entorno hostil al cual debe adaptarse para lograr sobrevivir. Este proceso abarca la consecución de la maduración de su sistema nervioso central, proceso que se lleva a cabo durante su estancia en la UCIN.

Refiere la OMS (46) los problemas a los que se enfrentan los prematuros y que necesitan cuidados especiales son los siguientes:

Conservar el calor: Pueden tener hipotermia porque no pueden conservar el calor. Necesitan mucha energía y calor para su desarrollo.

Alimentación: Tienen alteraciones alimentarias por su inmadurez en la coordinación de su reflejo de succión y deglución.

Respiración: Por su inmadurez no respiran espontáneamente, requieren surfactante pulmonar, maniobras de reanimación y la mayoría presenta apneas.

Infecciones: Las infecciones graves son más frecuentes en los bebés prematuros aumentando su mortalidad, porque su sistema inmunitario no está totalmente desarrollado.

Cerebro: Por la fragilidad de los vasos sanguíneos pueden cursar con hemorragias intracraneales o por hipoxia pueden tener serias lesiones cerebrales que tienen secuelas como la parálisis cerebral, retraso en el desarrollo y problemas de aprendizaje.

Ojos: Pueden dañarse por un crecimiento anormal de los vasos sanguíneos de la retina. El problema puede ser mayor en los muy prematuros y los expuestos a concentraciones altas de oxígeno.

2.2 Familia del prematuro

La familia sistémica dice Saucedo et al (47) es el núcleo fundamental de toda sociedad, por lo que el tipo de relaciones que se establecen entre sus miembros

es de mucha importancia. Desde la teoría de los sistemas, la familia es una red de comunicaciones en interacción, cada miembro influye sobre el sistema entero y es influido por él. El sistema familiar realiza sus funciones a través de subsistemas organizados por generación, sexo, intereses, entre otros (47).

Por lo que, se refiere a la gestación y el nacimiento de un bebé, genera un cambio en el ciclo vital de la familia, según Taborda et al. (45) la presencia del recién nacido modifica la situación de la pareja y la dinámica familiar sustancialmente. Estas modificaciones en tareas, roles y rutinas son notorias desde la etapa prenatal.

En cuanto al nacimiento de un prematuro se puede alterar aún más el sistema. Según Araque et al. (31), genera cierto grado de ruptura en la forma de crianza y en la distribución de las tareas entre el padre y la madre. Lo describe Saucedo et al. (47) la homeostasis familiar sufre un impacto cuando el bebé nace prematuramente e ingresa a la UCIN. El padre es quien asume la responsabilidad de hacer la hospitalización del recién nacido en la unidad y establecer el primer contacto con el personal de salud. Le genera un alto nivel de angustia por la gravedad de la situación, el temor que fallezca el recién nacido, la necesidad de estar con la madre del niño para compartir entre ambos su dolor y la presión que siente de mantenerse “fuerte” para apoyar a su pareja.

En consecuencia, durante este proceso el padre es quien inicia el vínculo y la identificación con su hijo, mientras la madre se recupera y está en condiciones para continuarlo, porque durante la gestación ya se venía estableciendo el vínculo madre-hijo (47).

De la misma forma, las madres que tienen un prematuro hospitalizado, según Castillo et al. (16) experimentan factores de estrés adicionales al tener un hijo con mayor probabilidad de morir, es un proceso doloroso, de quien es separada y cuyo futuro parece ser incierto.

Describe Saucedá (47), ambos padres presentan sentimientos de preocupación, duda, angustia frente a la hospitalización y lo que pueda acontecer. Por eso “preguntan una y otra vez al personal para buscar las respuestas que quisieran escuchar”. Los padres con un hijo en la UCIN están siempre bajo un gran estrés. Sin embargo, pueden recibir el apoyo de otros familiares como tíos, tías, abuelos y abuelas. También, se pueden generar crisis por el cuidado de los otros hijos, porque el prematuro es quien demanda la mayor parte del tiempo de los padres por su condición y larga estancia en el hospital (47).

2.3 Unidad de cuidado intensivo neonatal (UCIN)

Es el lugar donde se trasladan los recién nacidos que necesitan ser estabilizados por su condición crítica posterior a su nacimiento en sala de partos o en salas de cirugía, en caso de cesárea. La UCIN cuenta con tecnología avanzada y un equipo de profesionales y técnicos altamente calificado, con una formación a nivel neonatal para darle una atención continua y de calidad al recién nacido. El cuidado de los recién nacidos se desarrolla en conjunto por parte del personal médico y de enfermería permanente, con el apoyo de otros profesionales que intervienen en la atención como terapeuta respiratoria, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psiquiatra o psicólogo y nutricionista, entre otros.

Según el Ministerio de Salud y de la Protección Social de Colombia (48) sirve para la atención de pacientes recién nacidos críticamente enfermos, hasta los 30 días de vida o 44 semanas de edad corregida. Como menciona el Ministerio de Salud y de la Protección Social y el Hospital Nacional de Niños (48,49) la UCIN tiene como fin preservar la vida de los recién nacidos que son categorizados de alto riesgo y requieren de soporte vital a causa de su inestabilidad neurológica, hemodinámica, respiratoria, gastrointestinal, renal, endocrina, hematológica y metabólica o después de una cirugía.

Al mismo tiempo, en la UCIN menciona Rite et al. (50) se dispone de acceso rápido a diferentes subespecialidades pediátricas así como a los estudios de

imagen avanzados con valoración urgente, incluyendo tomografía, resonancia magnética y ecocardiografía cuando lo requiera un prematuro.

Es importante la ubicación de la UCIN dentro del hospital, debe estar próxima a la sala de partos y desde urgencias se debe acceder rápidamente a ella. Según Hernández et al. (15) los cuidados intensivos pueden realizarse en una única área ó 2 o más; esto facilita la posibilidad de aislamiento o agrupación en aquellos casos necesarios.

Por consiguiente, según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España (51) la institución hospitalaria que tenga una UCIN debe cumplir requisitos funcionales, estructurales y organizativos, para garantizar las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender las necesidades sanitarias asistenciales de los neonatos.

Además de la infraestructura y los procesos administrativos en la UCIN, conviene subrayar, según Rite et al. (50) deben favorecer la promoción de la lactancia materna y los Cuidados Centrados en el Desarrollo (CCD). Además, deben permitir que la asistencia cumpla con las necesidades fisiológicas y psicosociales de los neonatos, padres y familias. Los padres deben tener acceso a sus recién nacidos 24 horas al día y 7 días a la semana, independientemente del nivel de cuidados; corresponde ser alentados a participar de forma activa en los cuidados de sus recién nacidos, facilitándose el contacto piel con piel.

2.4 Cuidados Centrados en el Desarrollo

Según Pallás (52) los Cuidados Centrados en el Desarrollo (CCD) corresponden a una filosofía que incluye intervenciones médicas y de enfermería dirigidas a disminuir el estrés y el sufrimiento del niño, a favorecer su desarrollo neurológico y emocional, y a facilitar la integración de la familia como cuidadora del niño. Las intervenciones se efectúan a nivel del macroambiente (manejo del nivel de la luz y ruido) y del microambiente (implicación de los padres en el cuidado de sus hijos, el

cuidado de la posición, el abordaje del dolor y la promoción y el apoyo a la lactancia materna, entre otras) del prematuro en la UCIN.

La Caja Costarricense de Seguro Social (53) define que es un modelo de abordaje interdisciplinario e intrahospitalario busca proteger el neurodesarrollo de los recién nacidos de riesgo, incluye las siguientes intervenciones: cuidado del recién nacido con la participación de la familia desde el nacimiento hasta el alta hospitalaria, uso de analgesia no farmacológica, control del ruido y la luz en las UCI o Salas de Neonatología, contacto piel con piel en el momento que la condición del bebé lo permite, posicionamiento adecuado del recién nacido en la incubadora, fomento de la lactancia materna y el cuidado canguro.

En Costa Rica se institucionalizó el Manual de procedimientos Atención del Recién nacido con enfoque de Cuidados Centrados en el Desarrollo y la familia donde se “considera la familia como agente de salud. Su rol es mantener el entorno natural de desarrollo del recién nacido y favorecer la implicación y responsabilidad en los cuidados de sus hijos(as). La intervención del servicio de salud en este sentido es incrementar la confianza y seguridad de la familia como responsable final de los cuidados, de forma que el ingreso del niño o niña en las Unidades de Neonatología o Servicios de Pediatría impacte lo menos posible en el desarrollo de las interacciones y vínculos familiares”(53).

Por lo tanto, la familia del prematuro se debe involucrar en el cuidado del recién nacido para que esté preparada al momento del egreso de la UCIN cuando se llegue el momento. Además, debe ser un proceso planificado donde participe activamente en sus cuidados y vaya adquiriendo seguridad y confianza para su manejo en casa.

2.5 Egreso del prematuro de la UCIN

Los prematuros pueden egresar antes de cumplir las 40 semanas de edad postgestacional corregida y sin alcanzar los 2500 gramos. Existen unas variantes

que son importantes que el prematuro tenga para que sea candidato para egresar de la UCIN. Según Jefferies et al. “La preparación para el alta se determina mediante la demostración de la maduración funcional, que incluye las competencias fisiológicas de la termorregulación, el control de la respiración, la estabilidad respiratoria y las habilidades de alimentación y el aumento de peso” (54).

Según Barkemeyer (24) el bebé prematuro puede ser dado de alta, con seguridad, de la UCIN además de alimentarse adecuadamente para tener una adecuada ganancia de peso y de mantener la temperatura corporal adecuada sin una fuente de calor externa; cuando puede recibir cualquier atención médica o terapia adicional necesaria en el hogar; y puede ser cuidado en el hogar con cuidadores capaces y con el equipo adecuado y necesario para la nutrición, y los medicamentos.

El egreso del bebé prematuro de la UCIN no solo representa ejecutar un acto administrativo, sino que debe ser un proceso que inicia desde su hospitalización y continua en el hogar, en el cual se involucran siempre a los padres y/o familiares. Además, se debe facilitar para que se logre adecuadamente. Según Osorio et al. (55) se debe entender el alta como un proceso, que tiene barreras y facilitadores que el personal de enfermería y el equipo de salud deben valorar y reconocer, en el marco de los diversos contextos sociales y culturales de los cuales provienen los padres y las familias.

2.6 Familia del prematuro ante el egreso de la UCIN

Después de una hospitalización prolongada cuando le dan el alta al prematuro y llega por primera vez a su hogar junto a sus padres, se genera en ellos sentimientos ambivalentes porque es la alegría de llevar a su hijo a su casa y el miedo a afrontarse al cuidado de su bebé y ejercer totalmente su rol de padres. Se ven enfrentados según Garfield et al. (6) a la incertidumbre generalizada sobre la

salud de su bebé, sus habilidades para cuidarlo y las de los proveedores de servicios de salud comunitarios que a menudo serán nuevos para la familia.

Según Osorio et al. (55) los padres experimentan en el alta de la unidad neonatal un momento en el que se conjugan sentimientos de alegría, de sentirse contentos y al mismo tiempo experimentan temor, preocupación y susto asociado a la condición de prematurez de sus hijos. Asimismo, Garfield et al. (6) refiere que el estrés que experimentan los padres en la UCIN no termina en la casa con el alta.

Desde el contexto cultural para las madres el cuidar a su hijo prematuro, según Castiblanco et al. (18) tiene una mayor connotación, por cuanto son niños con necesidades especiales por ser prematuros y, adicionalmente, la mayoría de ellos requerían suministro de oxígeno domiciliario.

Por otra parte, el alta de la UCIN y regresar al hogar genera en las madres temor, desconfianza y duda porque según Cerón e tal. (56) se ven enfrentadas a tomar solas las decisiones relacionadas con el cuidado; las madres califican esta situación con sentimientos de “abandono o aislamiento”.

Con respecto a lo que representa para el padre y la madre el alta de su hijo prematuro de la UCIN, describe Garfield et al que difieren en sus preocupaciones mutuas, las madres se preocupan más por las habilidades de los padres para equilibrar el trabajo y el hogar de manera efectiva y los padres se preocupan por el bienestar mental y físico de las madres (6).

Según Castiblanco et al. (18) las madres realizan un proceso hacia la adaptación que encierra dos dominios: los cuidados maternos (alimentarse bien y estar acompañada) y las necesidades maternas (las noches difíciles, los sentimientos maternos y la adaptación materna).

Igualmente desde la visión de las madres los cuidados directos del prematuro en el hogar son: cangurear, masajear, proteger el niño del frío, alimentar el niño, mantener la higiene del niño, conservar la protección del ambiente, dar amor al niño, colocar oxígeno suplementario al niño si lo requiere y saber sobre las señales del niño (18).

Finalmente, según Ocampo y Castillo (14) las madres requieren en promedio siete semanas para comenzar a sentirse cómodas y seguras para cuidar a sus bebés en casa, después del egreso de sus hijos de la UCIN. Es decir, es un proceso largo que requiere una preparación desde el UCIN.

2.7 Preparación para el alta de UCIN

Según Murch y Smith (57) es el proceso de facilitar la comodidad y la confianza así como la adquisición de conocimientos y habilidades para realizar una transición exitosa al hogar. Por ende, el enfermero o enfermera deben incluir a los padres o principales cuidadores en los planes de cuidado de los prematuros de la UCIN con el fin de prepararlos para el egreso de su bebé mediante su participación en los cuidados de manera activa.

Según Ocampo y Castillo (14) enfermería debe facilitar desde la hospitalización del prematuro en la UCI, acciones que permitan a sus padres adaptarse a su nuevo rol parental. De la misma manera, Raffray et al. (15) refiere que es fundamental garantizar que las familias reciban un buen apoyo en la UCIN para que asuman su papel de padres en la preparación para la transición de su bebé del hospital a su hogar.

El entrenamiento que los padres reciben durante la hospitalización del prematuro en la UCIN incluye los signos de alarma y el conocimiento de las rutinas y hábitos que su bebé está adquiriendo. Según Ingram et al. (1) la preparación de los padres para el egreso de la UCIN debe estar dirigido a cinco aspectos: respiración, alimentación, crecimiento, temperatura y sueño.

A menudo los padres en la UCIN se habitúan a las alarmas de los monitores y saben si el prematuro está presentando algo anormal al visualizar el dispositivo médico. Pero se debe educar a los padres para que aprendan a identificar en su hijo si presenta algún signo anormal sin necesidad del monitor. Según Garfield et al. (6) las UCIN pueden considerar a cuáles neonatos es seguro retirar el monitoreo en los días previos al alta con propósito de romper el hábito aprendido de observar el monitor. De acuerdo con Osorio et al. (55) en contraste con el ambiente de la unidad neonatal, donde los niños son cuidados por el personal de salud y cuentan con un seguimiento clínico, el hogar enfrenta a los padres al temor de no reconocer la enfermedad en su hijo si se presenta, puesto que no tendrán instrumentos que les permita monitorizarlos. Igualmente, lo menciona Álvarez Miró et al. (58) algunas familias rechazan el programa de ADE, quizás por miedo a no saber cuidar correctamente a su hijo.

Otro aspecto importante en la preparación de los padres y/o familiares para el egreso del prematuro y en el que se debe hacer énfasis es: evitar el contacto con personas enfermas, restringir el número de visitas y la continuidad con la administración de los medicamentos y las vacunas para el bebé. Según Barkemeyer (24) evitar contacto con enfermos, frecuentes lavado de manos y las vacunas apropiadas son esenciales para minimizar el riesgo de enfermedad recurrente.

Para finalizar en este proceso previo al alta, según Ferreira et al. (59) el proceso de preparación para alta del recién nacido prematuro egresado de la Unidad Neonatal debe considerar, aún, el acompañamiento del prematuro y de su familia con visitas domiciliarias frecuentes.

También es fundamental conocer y crear estrategias para disminuir las barreras que se presentan y así potenciar los facilitadores durante la preparación para el egreso de la UCIN del prematuro y la familia. Según Osorio et al. (55) entre las barreras se consideran: 1) vivir en zonas alejadas del lugar de la hospitalización;

2) quedarse en casa de familiares durante el proceso de hospitalización; 3) dejar los hijos al cuidado de familiares para dirigirse al hospital para cuidar al prematuro; 4) los altos costos para el desplazamiento; 5) la restricción de la participación de otros miembros de la familia en la preparación del niño prematuro (madres, hermanas, tías); y finalmente, el aspecto socio-cultural y las características actitudinales individuales. Por otra parte, los facilitadores son: el acompañamiento familiar y la opción de comunicarse telefónicamente con el personal de la unidad en caso de dudas y contar con un servicio de seguimiento como el plan canguro (55).

En conclusión, la preparación para el alta de la UCIN es un proceso continuo con un importante componente educativo, que requiere se haga en un largo período, donde contenga aspectos fundamentales del cuidado del prematuro, que permita un adecuado entrenamiento y preparación. Así los padres, pueden desempeñar su rol de cuidadores en casa, seguros de sus capacidades y tomando como base la experiencia que tuvieron con el cuidado del recién nacido durante su hospitalización en cuidado intensivo.

2.8 Programas de seguimiento

Previo al alta del prematuro de la UCIN, es necesario garantizar su inclusión en un programa de seguimiento, para brindarle apoyo y orientación a su familia de una manera continua y responsable. Según Torres, Valdivieso, Gómez, Medina, Pallás (60) el programa de seguimiento permite que se termine de instaurar el vínculo afectivo y la aceptación del niño. Según Barkemeyer (24) un seguimiento ambulatorio frecuente puede reducir el riesgo de aumento de readmisión que los prematuros enfrentan al salir de la UCIN. Ballantyne et al. (61) menciona que los programas de seguimiento neonatal proveen servicios de salud a los bebés con alto riesgo de desarrollar problemas después de la transición a su hogar desde la UCIN.

Por lo que se refiere a los padres, según Osorio et al. (55) cuando saben que su hijo tiene alta hospitalaria y acceso a programas de seguimiento les da confianza y seguridad. También, mitigan el miedo que es uno de los principales sentimientos experimentados por ellos cuando va a egresar su hijo prematuro de la UCIN.

En cuanto al tiempo de las valoraciones de seguimiento al prematuro según Barkemeyer (24) deben iniciarse dentro de las 48 horas posteriores al alta. Así también Torres, Valdivieso, Gómez, Medina, Pallás menciona que “se deberían realizar alrededor de las dos semanas tras el alta hospitalaria para conocer la adaptación familiar y solucionar los problemas que hayan surgido” (60).

Con respecto al PMC ambulatorio inicia al siguiente día que sale el prematuro de la UCIN y finaliza hasta los dos años de su edad corregida, es un programa bastante prolongado. “El seguimiento tiene que realizarse como mínimo hasta las 40 semanas de edad postconcepcional del niño y de manera óptima hasta los dos años de edad corregida” (38).

Barkemeyer menciona que “los recursos que pueden ayudar en la transición del hospital a la UCIN incluyen un seguimiento temprano y frecuente con el proveedor de atención primaria, enfermería de salud en el hogar, consultoría de lactancia y otras agencias de apoyo comunitario disponibles” (24).

Acerca del equipo humano que hará el seguimiento, debe ser interdisciplinario y el neonatólogo suele ser el coordinador del programa (60). Igualmente, refiere Cerón et al. (56) que el apoyo en el hogar se puede hacer a través de un monitoreo por parte de los profesionales de la salud, que incluya visitas en el hogar o llamadas telefónicas. Por lo tanto, el enfermero o enfermera tienen un papel fundamental porque es el responsable de realizar las visitas domiciliarias, no es un trabajo aislado sino en conjunto con otros profesionales de salud.

El seguimiento requiere hacerse tras el alta de UCIN porque se deben continuar, según Torres, Valdivieso, Gómez, Medina, Pallás (60) estos parámetros para evaluar el prematuro: el crecimiento, alimentación, desarrollo motor, situación socio-familiar y evolución de las patologías que presentaban al alta hospitalaria infecciones respiratorias, anemia, osteopenia, reflujo gastroesofágico. De igual modo, Barkemeyer refiere que los prematuros “pueden requerir varios medicamentos, oxigenoterapia, terapia respiratoria, alimentación especializada y múltiples visitas de seguimiento de subespecialidades pediátricas” (24). Entonces el cuidado del prematuro en su hogar requiere de apoyo y seguimiento por parte del personal de salud.

Con relación al crecimiento Barkemeyer (24), señala que deben ser monitoreadas estrictamente la longitud y la circunferencia craneana en curvas estandarizadas para el bebé prematuro. Igualmente, el peso para realizar el ajuste de las dosis de los medicamentos del tratamiento del prematuro. Además, para los prematuros que egresan con oxígeno domiciliario, se debe hacer un plan de destete domiciliario y un seguimiento apropiado.

También resalta la OMS (21) como continuidad asistencial para reducir la mortalidad neonatal, que las cuatro consultas de atención posnatal recomendadas, bien sea en centros de salud o en visitas domiciliarias, desempeñan un papel crucial para atender a los recién nacidos y sus familias.

El seguimiento de los prematuros después del alta de la UCIN debe ser obligatorio y actualmente es realizado de manera ambulatoria o por medio de la atención domiciliaria. Para esta investigación se va a dirigir hacia los programas de seguimiento que se hacen en el hogar del prematuro a través de la atención domiciliaria, donde enfermería pediátrica siendo parte del equipo interdisciplinario es quien la realiza.

2.9 Atención domiciliaria

Según Sánchez et al. “es una modalidad de atención que permite solventar las dificultades derivadas de la sobreocupación hospitalaria y la cronicidad, los cuales constituyen un problema de interés en salud pública en los países desarrollados y que pueden ser manejados en el domicilio del paciente como una opción costo-efectiva y segura” (36). La estancia hospitalaria en una Unidad de Cuidado Intensivo implica altos gastos y el tiempo de hospitalización es largo por el estado crítico de los pacientes que allí se atienden.

Entonces, la Atención Domiciliaria (AD) permite hacer el alta precoz hospitalaria, evitar posibles complicaciones y rehospitalizaciones del paciente. Por otra parte, según Oliveira et al. (62) refiere que la atención domiciliaria es un cuidado propiciado en un ambiente favorable para el paciente porque está con su familia.

La AD implica contar con el recurso humano y una organización que según Solís et al. “debe comprender un conjunto de acciones sistematizadas que se inician antes y continúan después de la visita en el domicilio de las personas usuarias, además de que precisa de un recurso humano con una capacitación específica” (63).

Con respecto a las visitas domiciliarias según Finello, Terteryan y Riewerts (64) son estrategias que incluyen la educación general para padres enfocada en el desarrollo infantil y para los niños un enlace para otros servicios. También incluye apoyo emocional a los cuidadores; modelado de interacciones positivas y estrategias de afrontamiento; coaching en gestión del comportamiento y actividades de desarrollo infantil; detección de niveles de problemas de salud mentales. Los servicios pueden desarrollarse principalmente centrados en el niño, en el padre y/o madre o en las interacciones padres- hijo. Sin embargo, los programas para los niños más pequeños normalmente se trabajan a través de los padres / cuidador para lograr las metas para el niño.

2.9.1. Atención Domiciliaria de Enfermería

Para Acioli et al. (65) es una práctica de cuidado desarrollada por el profesional de enfermería en la Atención Primaria en Salud y está relacionada a la investigación de necesidades de salud, realización de actividades asistenciales, escucha activa, educación en salud, observación de la estructura física, alimentación y relaciones familiares.

2.9.2. Atención Domiciliaria de Enfermería pediátrica Neonatal del prematuro

La Atención Domiciliaria de Enfermería (ADE) en el cuidado del recién nacido prematuro, según Álvarez “posibilita al niño recibir los cuidados necesarios en su propio domicilio y por su propia familia con el apoyo enfermero”(66). Se convierte una estrategia de vigilancia del desarrollo del prematuro, en el contexto propio de la familia, llevado a cabo por profesionales que ejercen su práctica fuera del hospital. Así mismo, refiere Figueras, Esqué, Arroyo, Bella, Álvarez y Carbonell (2) es un instrumento importante para conseguir una más pronta integración completa del neonato con su familia. Incluso, las visitas domiciliarias según Casey (67) en los prematuros mejoran importantes indicadores de la salud, incluido el alcance de las inmunizaciones completas y la disminución tasa de mortalidad, debido a la vigilancia cuidadosa del estado de salud y la garantía de la atención de la salud cuando fuera necesario.

Por lo tanto, el profesional de enfermería pediátrica que está inmerso en la ADE del prematuro debe apoyar a los padres en el cuidado del recién nacido en su hogar realizando su intervención como lo describe Álvarez (66) para conducirlos y orientarlos en el cuidado, basándose en sus conocimientos científicos y sus habilidades profesionales y también en el respeto a los sentimientos y actitudes de la familia, sus creencias y sus valores culturales. Además, según Ferreira et al. (59) permite “la expresión de necesidades maternas y excluye actitudes que inhiben sus manifestaciones de inseguridad”. Por eso, el profesional de enfermería pediátrica puede empoderar a la familia en el cuidado del prematuro desde su contexto natural. Sin embargo, como lo establece Cordewener y Lubbe (68) las

enfermeras necesariamente deben tener los conocimientos y habilidades, herramientas básicas, recursos físicos y pautas para realizar evaluaciones efectivas de bebés prematuros. Además, de contar con los sistemas de apoyo y referencia necesarios.

CAPÍTULO III

Marco metodológico

3.1 Investigación aplicada

La investigación, según Sampieri et al. (69) cumple dos propósitos fundamentales: Producir conocimiento y teoría (investigación básica) y resolver problemas prácticos (investigación aplicada). Para el desarrollo de esta investigación aplicada se utilizó la metodología de Práctica Clínica Basada en la Evidencia para resolver la pregunta de investigación planteada.

3.2 Generalidades de la Práctica Basada en la Evidencia

La Práctica Basada en la Evidencia según Rojas, Cubero, Leiva se ha convertido en una corriente de gran interés en el ámbito sanitario, ya que ofrece una forma de utilización del conocimiento producto de la investigación para mejorar la práctica clínica. Sacket, Rosenberg, Gary, Haynes, Richardson indican que es “la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales” (41). De ahí su importancia para los profesionales de salud porque les permite seleccionar la mejor evidencia para construir y actualizar protocolos, guías de manejo y prácticas clínicas.

Esta metodología se ha ido transformando y se ha adoptado en diferentes disciplinas como Enfermería. Indica Rojas, Rodríguez, Monge (70), su evolución histórica inició en la década de los años setentas su fin era promover el uso de los resultados de la investigación en la práctica clínica. Luego, en la década noventas en el Reino Unido se celebraron las primeras conferencias nacionales e internacionales y posteriormente se inició la publicación de las revistas Evidence based nursing y Outcome management for nursing practice, además de que se creó de Evidence-Based Nursing.

La Práctica de Enfermería Basada en Evidencia (PCBE) fue descrita por Ingersoll (71) como “el uso consciente, explícito y juicioso de información derivada de la teoría y basada en investigación, para la toma de decisiones sobre prestación de cuidados a sujetos o grupos, teniendo en cuenta sus preferencias y necesidades individuales”. También tiene cuatro elementos constitutivos según Carrasco mencionado por Castro, Simián (72):

Investigación: Cuyos resultados aportan la mejor evidencia para realizar una determinada intervención.

Experiencia profesional: Conocimientos adquiridos por años de ejercicio profesional, que permite la toma de decisiones acertadas en situaciones difíciles.

Expectativas, preferencias y/o los valores de los usuarios: Lo que implica dejar de lado la práctica paternalista ancestralmente arraigada.

Recursos disponibles: Instrumentos que evalúen las intervenciones.

La PCBE busca resolver los cuestionamientos que surgen en la práctica de enfermería a través de la investigación, basándose en la mejor evidencia por medio de esta metodología, teniendo en cuenta a la persona (cliente o paciente), el juicio crítico y el conocimiento del enfermero(a). Es una herramienta que permite mejorar el ejercicio profesional y desarrollar investigación.

3.3 Pasos de la Práctica Clínica Basada en la Evidencia.

La investigación por medio de la PCBE se realiza metodológicamente a través de cinco pasos según Sackett y Wennberg (73) para asegurar su confiabilidad y validez:

1. Elaboración de la pregunta de investigación
2. Búsqueda de la información
3. Lectura crítica
4. Implementación de la evidencia
5. Evaluación

3.3.1 Inquietud investigativa (spirit of inquiry)

Surgió a partir de la experiencia laboral de la investigadora en su país natal y de la rotación en el campo clínico de la Maestría en Enfermería Pediátrica en Costa Rica. Al observar que la preparación para el cuidado del prematuro al egresar de la UCIN no se hace dentro de un programa de seguimiento estructurado y de manera anticipada; sino que se hace los últimos días un acercamiento a la familia en los cuidados del prematuro y el día de la salida, se le da una cantidad de información que es imposible que los padres entiendan y recuerden en su totalidad. Además, la intervención del profesional de enfermería pediátrica con el prematuro y su familia se termina después del alta. Entonces, se plantea que el cuidado del prematuro después del egreso se puede hacer en el ámbito domiciliario, no es exclusivo del hospital y enfermería pediátrica puede hacer un acompañamiento a los padres y a los principales cuidadores, que permita la prevención de errores al mitigar riesgos y complicaciones por no haber recibido un entrenamiento completo de los padres previo al egreso de la UCIN del prematuro.

3.3.2 Paso 1. Formulación de la pregunta clínica.

De acuerdo con Subirana, Fargues (74) y Rojas, Rodríguez, Monge (70) consiste en reflexionar sobre la práctica del profesional de enfermería con la finalidad de formular preguntas estructuradas y concretas que respondan a la incertidumbre o a los problemas identificados. Entonces, el planteamiento de la pregunta surge de las inquietudes que se originan en el campo profesional. Por lo tanto, debe hacerse un correcto planteamiento para darle una respuesta a través del proceso investigativo.

A continuación, la pregunta que la investigadora se planteó fue la siguiente:

¿Cuál es la efectividad de los programas de atención domiciliaria de Enfermería pediátrica neonatal para el seguimiento de los prematuros egresados de UCIN?

Según Rojas et al. (75) es una pregunta de alcance o scoping para indagar el alcance de un cuerpo de literatura sobre un tema los conceptos que sustentan un

área de investigación, aclarar definiciones o límites conceptuales acerca de un tema. La estructura de la pregunta se hizo con el acrónimo PCC (Población, Concepto y Contexto):

Población: Prematuros con alta hospitalaria

Concepto: Atención domiciliaria de enfermería pediátrica y/o neonatal

Contexto: Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal

3.3.3 Paso 2. Búsqueda de la Evidencia científica

Para dar respuesta a la pregunta planteada, el siguiente paso es hacer la búsqueda bibliográfica. Se debe identificar cuál es la bibliografía existente y útil. Refiere Anza, López, Gonzalez, Ruiz, García, Valverde (76) es necesario disponer de un acceso a fuentes de información como bases de datos, para encontrar la mejor evidencia.

3.3.3.1 Estrategia de búsqueda

Para iniciar la revisión, se planteó un mapa de búsqueda estratégica. Además, para facilitar la búsqueda se usaron los términos MeSH (Medical Subject Headings).

a. Determinación de descriptores específicos: Para determinar los descriptores y criterios de búsqueda, se hizo a partir de los conceptos y sinónimos de acuerdo con la pregunta de investigación.

Tabla 1. SEP/Maestría en Enfermería Pediátrica: Determinación de descriptores específicos y sinónimos, 2017

Concepto	Sinónimo
Prematuro	Recién nacido prematuro
Alta hospitalaria	Alta del hospital
Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal	Unidad de Recién Nacidos o Unidad neonatal o Terapia Intensiva neonatal
Atención domiciliaria	Atención de salud en el domicilio o visita en el hogar
Enfermería	Enfermera o enfermera neonatal
Seguimiento	Programa de seguimiento o Transición al hogar

Fuente: Elaboración propia

- b. Relaciones entre conceptos:** Demuestra qué tan fuerte es el vínculo que existe entre ellos, resaltando el protagonismo en la pregunta de investigación.

Tabla 2. SEP/Maestría en Enfermería Pediátrica: Distribución de las relaciones existentes entre descriptores según conceptos planteados, 2017

Concepto	Relación	Concepto
Prematuro	en	UCIN
Prematuro	Con	Alta hospitalaria
Prematuro	Con	Atención domiciliaria
Seguimiento	por	Enfermería
Atención domiciliaria	De	Enfermería
Alta hospitalaria	Con	Seguimiento
Enfermería	para	Prematuro
Efectividad	De	Atención domiciliaria de enfermería pediátrica y/o neonatal

Fuente: Elaboración propia

- c. Traducción de los descriptores:** Es importante, para la obtención de la evidencia científica la traducción de los descriptores en inglés y portugués para tener una mejor búsqueda dentro de las bases de datos consultadas.

Tabla 3. SEP/Maestría en Enfermería Pediátrica: Traducción de los descriptores en idioma inglés y portugués, 2017

Descriptor	Inglés	Portugués
Alta Hospitalaria	Discharge	Alta hospitalar/Alta do hospital
UCIN	NICU	UTIN
Atención domiciliaria	Home care services	Asistencia domiciliar
Enfermería	Nursing	Enfermagem
Prematuros	Infant, premature	Recém- Nascido Prematuro
Seguimiento	Follow up care	Seguimentos
Efectividad	Effectiveness	Eficácia

Fuente: Elaboración propia

- d. Criterios de inclusión para la recuperación de la evidencia.**

Tiempo: A partir de 2014 hasta 2020

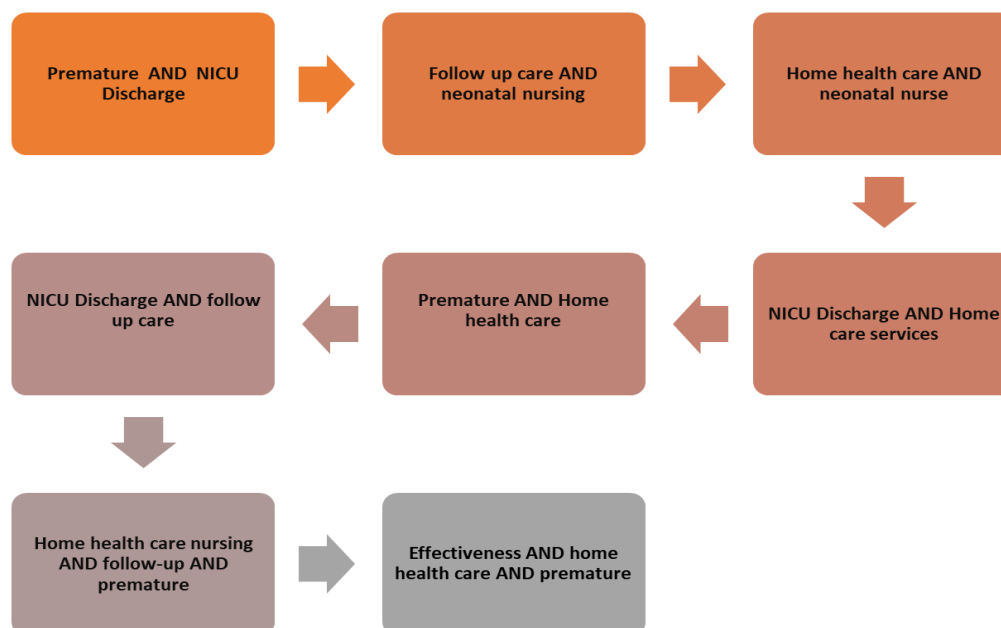
Tipo de estudio: Se considerarán los estudios publicados tanto experimentales como no experimentales; los diseños incluyen ensayos clínicos, ensayos clínicos aleatorizados, series de tiempo, estudios observacionales con cohortes prospectivos y retrospectivos, casos y controles y estudios descriptivos, estudios con diseño cualitativo.

Población: Prematuros egresados de UCIN

Idioma: Escrito en inglés, español y portugués

3.3.3.2 Algoritmo de búsqueda

Figura 1. SEP/Maestría en Enfermería Pediátrica: Algoritmo de búsqueda, 2020



Fuente: Elaboración propia

3.3.4 Paso 3. Análisis crítico de la Evidencia

Anza, López, Gonzalez, Ruiz, García, Valverde, et al. (76) describen que es evaluar críticamente la validez de un trabajo científico, saber interpretar la relevancia de los resultados y poder determinar su aplicabilidad a cada paciente.

Constituye uno de los últimos pasos de la PCBE, según Rojas, Cubero, Leiva (41) su objetivo es excluir la información carente de validez debido a: deficiente rigurosidad metodológica, sesgos, claridad en los procedimientos, inadecuado diseño y por una inadecuada respuesta a los objetivos planteados en la investigación.

Para la valoración de la validez interna de los artículos se basó en tres etapas (41,76). La primera etapa fue al localizar y seleccionar los artículos, se consideró el título como un primer parámetro de selección. Luego, en el resumen se verificó que incluyera el objetivo de la investigación, la metodología, el principal resultado y la conclusión del estudio. Además, que fuera útil para la resolución del problema planteado.

Posteriormente, en la segunda etapa se analizó la metodología y su calidad en los artículos seleccionados. En la última etapa se hizo un análisis meticuloso de la estructura, claridad en los objetivos, adecuación del diseño a la pregunta de investigación y de la selección de la muestra y participantes que abandonaron el estudio, consideración de sesgos y errores y conclusiones.

Luego, se evaluaron a través de la plataforma FLC 3.0 que permite analizar la calidad o validez de los artículos científicos. “Es una aplicación web diseñada para apoyar el desarrollo de revisiones sistemáticas de la evidencia científica proporcionando un apoyo a la evaluación de la calidad de los estudios científicos y a la síntesis de la evidencia”(77). Además, para un estudio cualitativo se utilizó la herramienta Critical Appraisal Skills Programme español (CASPe) que contiene cuestionarios para este tipo de investigaciones y para un estudio cuasiexperimental se utilizó una lista de Chequeo del Instituto Joanna Briggs (JBI).

Finalmente, según Manterola, Asenjo-Lobos, Otzena (78) en la búsqueda de la mejor evidencia disponible, se otorga un valor jerárquico, como guía para decidir si aplicar o no una intervención, tratamiento o procedimiento; para emitir una

recomendación basada en la solidez de la evidencia que la respalda. Para esta investigación se utilizará la propuesta del *Centre for Evidence-Based Medicine de Oxford (CEBM)* que es una clasificación mejorada de la realizada por Sackett; donde se evalúa la evidencia en relación con el diseño de los estudios y su rigurosidad metodológica, que se refleja en la graduación de la evidencia y en la fuerza de las recomendaciones.

Entonces, la jerarquización tiene 5 *niveles de evidencia* del 1 a 5; siendo el nivel 1 la “mejor evidencia” y el nivel 5 la “peor, la más mala o la menos buena” de acuerdo con el diseño de investigación y su calidad metodológica (78). Luego, el *Grado de recomendación (GR)* se genera con base en los niveles de evidencia. Así, estudios nivel 1 soportan a un GR A; nivel 2 y 3, reciben un GR B; nivel 4 conllevan a un GR C y estudios nivel 5 conducen a un GR D. Por último, el nivel indica el grado de certeza, generado por la fuerza de la evidencia. Grado A: las conclusiones son extremadamente recomendables. Grado B: tienen una recomendación favorable. Grado C: Las conclusiones son recomendables favorablemente pero no concluyentes y Grado D: No se recomiendan ni se desaprueban.

3.3.5 Paso 4. Implementación de la Evidencia

Es la aplicabilidad de la evidencia en la práctica clínica, según el conocimiento previo, los valores y circunstancias del paciente (76).

Se inició con la publicación del Protocolo de investigación en la Revista Enfermería Actual de Costa Rica y está pendiente la publicación de un artículo de investigación con los resultados de este trabajo. También, se hará una presentación virtual de los resultados de la investigación para los egresados de la Maestría en Enfermería Pediátrica con énfasis en neonatología de la Universidad de Costa Rica y los profesionales de enfermería que laboran en las diferentes UCIN costarricenses. Además, se hará una presentación virtual en el capítulo de

enfermería de la Asociación Colombiana de Neonatología- ASCON en febrero de 2021.

3.3.6 Paso 5. Evaluación de la Implementación

Se mide “La repercusión de los cambios introducidos en la práctica para identificar si han sido efectivos o no. Se centrará más en los resultados que en el proceso” (70).

Esta etapa le corresponderá al personal evaluar la implementación de la evidencia en la práctica clínica en cada institución si deciden utilizar los resultados de la investigación.

3.4 Consideraciones éticas

Los aspectos éticos que se consideraron para la investigación fueron:

Para cada uno de los artículos que se seleccionaron se tuvo en cuenta que contaran con un lineamiento ético con los participantes y el uso de la información. Los que no cumplían con lo anterior fueron excluidos. Se tuvo presente la propiedad intelectual de cada uno de los autores por medio de la citación de sus producciones a lo largo de la investigación.

Del mismo modo se asumieron los principios bioéticos estipulados en el Código de Ética y Moral profesional del Colegio de Enfermeras de Costa Rica(79):

Principio de autonomía: “Las personas profesionales en enfermería reconocen, respetan y legitiman la autonomía de todo ser humano para tomar sus decisiones en salud, basadas en la racionalidad de un consentimiento informado, dentro del marco de los principios y valores éticos y morales que pueda sustentar.

Principio de no maleficencia Los profesionales de enfermería están obligadas a tener una formación teórica y práctica rigurosa y se deben actualizar

continuamente; a mejorar los conocimientos, los procedimientos y las técnicas de su profesión a fin de no causar ningún daño injustificado en la práctica profesional.

Principio de beneficencia: Se obliga a los profesionales de enfermería a procurar el mayor bien posible para la persona sujeto de atención y medir, los beneficios y los riesgos del procedimiento, siempre que su aplicación dependa exclusivamente del ámbito propio de su competencia.

Principio de justicia: Los profesionales de enfermería, en el ejercicio profesional, tomarán en cuenta las situaciones de desventaja psicológica, social o económica de las personas, a fin de que reciban un trato igual al de otras personas en situación distinta.

Conflictos de interés: La investigadora declara que no tiene conflictos de tipo personal, laboral, económico, político o social ni de ninguna otra índole.

CAPÍTULO IV

Análisis de los resultados

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos y su correspondiente análisis de acuerdo con la metodología descrita en el apartado anterior.

4.1 Presentación de los resultados

Inicialmente la búsqueda y el análisis de la información se inició en agosto de 2017 y se continuó hasta 2018. Sin embargo, se retomó nuevamente la investigación hasta finales de 2019. Por eso, se hizo una nueva búsqueda bibliográfica de febrero a marzo de 2020 con el fin de lograr mayor rigurosidad en la obtención de los datos y en su registro, al mismo tiempo que se actualizó la investigación. Posteriormente el análisis de los resultados se realizó hasta septiembre de 2020.

Para mejorar la búsqueda en cada una de las bases de datos se identificaron los términos MeSH a partir de los descriptores planteados relacionados con el tema de investigación.

Luego, se consultaron las siguientes bases de datos: PubMed (Biblos), CINAHL (Bidi), Science Direct (Biblos), MEDLINE (Sinab) y PsycINFO (SIBDI). Se seleccionaron las publicaciones que incluyeran texto completo entre el período de 2014 al 2020; se delimitó la búsqueda a recién nacidos prematuros y se incluyeron todo tipo de estudios: ensayos clínicos, ensayos clínicos aleatorizados, series de tiempo, estudios observacionales con cohortes prospectivos y retrospectivos, casos y controles y estudios descriptivos; y estudios con diseño cualitativo. Se identificaron en inglés, español y portugués. Se descartaron publicaciones que se desarrollaran solo en UCIN, se realizaran por medio de llamadas telefónicas o videoconferencia. Finalmente, la pesquisa se detuvo cuando en las bases de

datos se repetían los estudios encontrados, es decir, se había logrado la saturación de los datos.

Tabla 4. SEP/Maestría en Enfermería Pediátrica MeSH (Medical Subject Headings), 2020

Relación de Descriptores	PUBMED	CINAHL	SCIENCE DIRECT	MEDLINE	PsycINFO
Premature AND NICU discharge	Infant premature AND "Intensive Care units, neonatal" AND patient discharge	Premature AND NICU discharge	Premature AND NICU discharge	Premature AND NICU discharge	Premature AND NICU discharge
Follow up AND neonatal nursing	Comprehensive health care AND neonatal nursing	Follow up AND neonatal nursing	Follow up AND neonatal nursing	Follow up AND neonatal nursing	Follow up AND neonatal nursing
Home care services AND neonatal nursing	Home care services OR home health nursing AND neonatal nursing	Home health care OR home care OR home nursing AND neonatal nursing	Home Health care OR home care services AND neonatal nursing	Home care services AND neonatal nursing	Home Health care AND neonatal nursing
NICU discharge AND home care services OR home health care	"Intensive Care units, neonatal" AND patient discharge AND home health nursing	NICU discharge AND Home care services	NICU discharge AND home care services	NICU discharge AND home care services	NICU discharge AND home care services OR home nursing
premature AND home health care	premature AND "home health nursing"	Premature AND home health care	Premature AND Home care services	premature AND home health care	premature AND home health care
NICU discharge AND follow up	NICU discharge AND follow up	NICU discharge AND follow up	NICU discharge AND follow up	NICU discharge AND follow up	NICU discharge AND follow up
Home health care AND follow up AND premature	Home health care nursing AND secondary care AND premature	Home health care nursing OR home care AND follow up AND premature	Home nursing AND follow up AND premature	Home health care nursing AND follow up AND premature	Home nursing AND follow up AND premature
Effectiveness AND home health care AND premature	Comparative effectiveness research AND home care services AND infant premature	Effectiveness AND home health care AND premature	Effectiveness AND " home health nursing"	Effectiveness AND home health care AND premature	Effectiveness AND home care AND premature services

Fuente: Elaboración propia

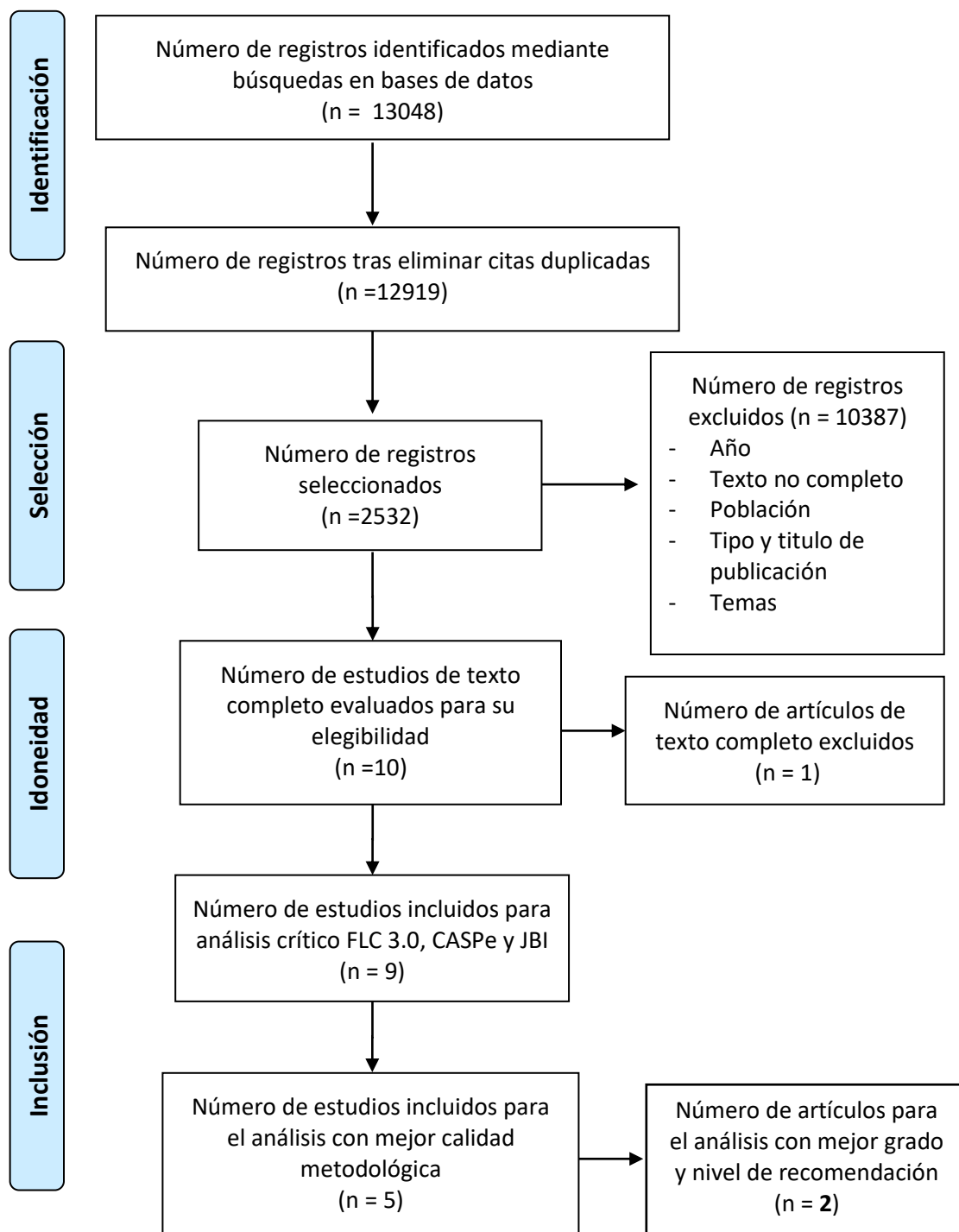
La búsqueda se identificaron 13048 artículos de investigación en las bases de datos consultadas, después se descartaron los duplicados. De acuerdo con los criterios de inclusión, selección de texto completo, en algunas bases de datos tipo y título de la publicación y tema; fueron escogidos 2532 estudios. Posteriormente, se seleccionaron por título 46 artículos que tuvieran relación con la pregunta de investigación. Pero en la matriz que se hizo con los estudios seleccionados en cada base de datos, se excluyeron 27 que estaban aún duplicados. Luego, se verificó que el resumen incluyera los criterios descritos en la metodología, de los 19 artículos, se eligieron 10. Después fueron revisados en texto completo. Finalmente, para el análisis crítico se incluyeron 9 artículos. De los cuales 5 tenían mejor calidad metodológica entre alta y media; y al final luego de darles el valor jerárquico solo 2 artículos tuvieron un nivel de evidencia 2b con un grado de recomendación B.

Tabla 5. SEP/Maestría en Enfermería Pediátrica: Resultados en Base de datos según relación de descriptores, 2020

Relación de Descriptores	PUBMED	CINAHL	SCIENCE DIRECT	MEDLINE	PsycINFO	TOTAL
Premature AND NICU discharge	455	156	1361	254	79	2305
Follow up AND neonatal nursing	688	18	177	15	194	1092
Home care services AND neonatal nursing	129	24	1282	28	59	1522
NICU discharge AND home care services OR home health care	109	2	655	8	3	777
premature AND home health care	373	7	4003	19	43	4445
NICU discharge AND follow up	462	8	2100	31	33	2634
Home health care AND follow up AND premature	10	21	47	8	54	140
Effectiveness AND home health care AND premature	0	30	98	3	2	133
TOTAL	2226	266	9723	366	467	13048

Fuente: Elaboración propia

Figura 2. SEP/Maestría en Enfermería Pediátrica: Diagrama de flujo PRISMA, 2020.



Fuente: Adaptación propia. Original elaborado por: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*. *PLoS Med* 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

Tabla 6. SEP/Maestría en Enfermería Pediátrica: Inclusión de artículos para análisis crítico FLC 3.0, 2020

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	PRUEBAS ESTADÍSTICAS	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DEL ESTUDIO
Patel 2017	<p>Diseño: Estudio de cohorte prospectivo observacional</p> <p>Objetivos: Identificar y describir los errores del cuidado en casa y la utilización de la atención médica, en bebés de alto riesgo después del alta de la UCIN, encontrados durante las visitas domiciliarias del programa BRIDGE (Babies Reaching Improved Development and Growth in their Environment)</p> <p>Localización y periodo de realización: Santa Clara Valley Health y Hospital System,</p>	<p>Población: Recién nacidos dados de alta de la UCIN del Hospital de California con el criterio de elegibilidad de Seguimiento de Niños de Alto Riesgo (HRIF) de California Children's services.</p> <p>Exposición: Las visitas domiciliarias de BRIDGE fueron realizadas por Enfermeras pediátricas o Pediatric Nurse Practitioners. La primera visita al hogar se produjo 2 semanas después del alta de la UCIN. La duración de cada visita se basa en las necesidades de los padres y en general duró una hora. Las visitas de seguimiento posteriores se programan de acuerdo con la evaluación de las enfermeras pediátricas, de la necesidad médica hasta que ya no sea necesario, hasta 6 meses después del alta. Durante cada visita al hogar, la enfermera pediátrica realizó una evaluación inicial, de ajuste de cuidado en casa haciendo preguntas abiertas acerca del bienestar general del bebé y respondió a las preguntas o preocupaciones de los padres. Una evaluación</p>	<p>Número de sujetos / grupo: De los 241 recién nacidos de alto riesgo, 163 (68%) nacieron de 32 semanas de gestación o con un peso igual o menor de 1,500g. Los 78 bebés restantes nacieron de más de 32 semanas con un peso mayor a 1500g y tenían otros diagnósticos de los servicios de seguimiento de alto riesgo infantil (siglas en inglés HRIF), que podrían resultar en anomalías neurológicas.</p> <p>Características cohorte expuesta: Los bebés que hacían parte del Seguimiento de infantes de Alto Riesgo (siglas en inglés HRIF) del California Children's Services. Incluía los bebés nacidos con menos de 32 semanas de gestación, con peso igual o menor de 1.500 gramos, y/o tenían un diagnóstico que podría dar lugar a alguna anomalía neurológica. Los bebés que nunca recibieron una visita del programa BRIDGE fueron excluidos del estudio, así como los bebés que murieron dentro de las 2 semanas después del alta, o se mudaron del condado, se perdieron durante el seguimiento, o cuyos padres suspendieron las visitas.</p>	<p>Las variables categóricas de los recién nacidos y maternas demográficas entre los infantes con y sin errores fueron comparadas usando la prueba de Chi-cuadrado con la corrección de Yates.</p> <p>La prueba de Wilcoxon fue usada para evaluar peso de nacimiento, edad gestacional, duración de la estancia y días de vida en el alta, comparando con los bebés con y sin errores. Para hacer dicha prueba, los niños fueron categorizados en bebés nacidos de alto riesgo con edad gestacional < de 32 semanas o peso < 1500g y bebés nacidos de alto riesgo con edad gestacional > 32 semanas y peso > de 1500g. El análisis estadístico</p>	<p>Un total de 363 errores fueron identificados en 241 lactantes durante 635 visitas al hogar. De los errores, 205 (56,5%) eran errores de citas, 79 (21,8%) eran errores de medicación, 63 (17,4%) de alimentación, y 16 (4,4%) eran errores de uso del equipo. La mediana del número de visitas fue de 2. No se encontró significancia entre la demografía de los bebés y las maternas en los que tenían errores o ausencia de ellos</p>	<p>Este estudio es un avance en la comprensión de la existencia y los tipos de errores encontrados en los bebés de alto riesgo en su hogar después del alta de la UCIN. Anticiparse a estos errores y los desafíos que enfrentan los padres en su casa, ayuda a los cuidadores en la identificación y el uso de intervenciones eficaces que son esenciales para optimizar el cuidado de los recién nacidos de alto riesgo durante este período de transición.</p>	<p>La selección de un grupo comparable no se logró porque se hizo después del análisis de los datos. La exposición la tuvieron ambos grupos y también ambos presentaron errores de cuidado en el hogar y en el uso de la atención médica. La exposición del estudio de las visitas domiciliarias realizadas por enfermeras pediátricas es muy buena para los prematuros en sus hogares porque permite detectar la mayoría de los errores del cuidado en el hogar y de la utilización de la atención médica en una sola visita a las 2 semanas después del alta de UCIN. Sin embargo, se encontró que es necesario hacer 2 visitas. Además, el estudio describe</p>	BAJA

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	PRUEBAS ESTADÍSTICAS	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DEL ESTUDIO
	San José, California. 04/2011-01/2015	<p>posterior más estructurada incluyó demostraciones verbales y de retroalimentación de la alimentación apropiada, medicación y uso de los equipos.</p> <p>Efectos clínicos: Un error de cuidado en el hogar se definió como una desviación del plan de cuidado prescrito después del alta o una visita de atención ambulatoria. Estos errores incluían medicación, el uso del equipo, y la alimentación. Un error de la utilización de asistencia de salud se definió como una falta de cumplimiento de las citas de seguimiento. Esto incluyó inasistencia a una cita programada, pérdida de una cita de referencia, o la inasistencia a la programación de una cita.</p>	<p>Características cohorte no expuesta No se menciona</p> <p>Factor de exposición: Cuando las enfermeras pediátricas observaron un error en el hogar, inmediatamente respondieron dando a los padres, educación dirigida, la prescripción farmacéutica, haciendo referencias, la programación de visitas, y la organización de los equipos según la necesidad. Las enfermeras pediátricas también estuvieron disponibles para los cuidadores para proporcionar orientación telefónica y triage telefónico según fuera necesario</p> <p>Tipo de Comparación: Los bebés fueron categorizados en dos grupos al hacer el análisis de los datos.</p> <p>Periodo de seguimiento: Abril 2011 a enero 2015</p> <p>Perdidas: nº / grupo: Sin información</p>	se hizo con la versión R 3.1.2.			qué errores se encontraron.	

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	PRUEBAS ESTADÍSTICAS	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DEL ESTUDIO
Vonderheid 2016	<p>Diseño: Ensayo Controlado Aleatorizado</p> <p>Objetivos: El propósito de este estudio fue evaluar el efecto de H-HOPE (Hospital to Home: Optimizing Premature Infant Enviroment) en el uso de la atención médica desde la hospitalización inicial hasta las 6 semanas de edad corregida.</p> <p>Localización y periodo de realización: Dos hospitales públicos de nivel II y III en Illianois - Chicago</p>	<p>Población: Madres con bebés prematuros de dos UCIN de hospitales comunitarios. Madres que presentaran factores de riesgo socioambientales y sus bebés pretérminos estuvieran estables. Los bebés deberían tener entre 29 y 34 semanas de edad gestacional, sin problemas de salud importantes y que fueran clínicamente estables al inscribirse.</p> <p>Intervención: El impacto de H-HOPE en salud después del alta de la hospitalización inicial, combina una intervención multisensorial para el bebé y una orientación participativa para la madre en el hospital y en casa (White-Traut & Norr, 2009)</p> <p>Comparación: La atención del grupo control fue diseñada para proporcionar una</p>	<p>Nº participantes/grupo: Madres (n = 147). Grupo intervención: 69 y grupo control: 78</p> <p>Intervención grupo experimental: La intervención H-HOPE es una intervención integrada para la diada madre-prematuro (White-Traut y Norr 2009). El componente dirigido al niño es una intervención multisensorial (auditiva, táctil, visual y vestibular; ATVV). Se provee en 10 minutos: auditiva (voz de la madre dirigida al bebé), táctil (toque terapéutico o masaje), y la estimulación visual (contacto ojo a ojo), seguido de 5 minutos de estimulación vestibular (balanceo horizontal) (Cunningham, White-Traut, Silvestri, y Nelson, 1994). Cada niño recibió la ATVV dos veces al día antes de la alimentación, a partir de las 32 semanas de edad gestacional corregida, cuando comienzan a presentar comportamientos de interacción social y la intervención es apropiada para el desarrollo. Para los bebés que nacieron de 33 a 34 semanas de EG, la</p>	<p>La estadística descriptiva se calculó para el total de la muestra y por grupo (H-HOPE vs. control). Las pruebas de Chi-cuadrado y t se utilizaron para examinar la equivalencia de las características del grupo de madres y niños al inicio del estudio. El modelo de regresión logística multivariable se realizó para evaluar por separado el efecto de la intervención H-HOPE a la recepción de la cantidad recomendada de visitas de niños y de sino se requiere ninguna de las visitas de atención aguda, después de ajustar por las características maternas y neonatales significativas. Los modelos de regresión fueron seleccionados utilizando un enfoque de selección de retroceso manual, y sólo covariables significativas se incluyeron en los modelos finales.</p>	<p>Efectos clínicos beneficiosos: Los bebés en H-HOPE tuvieron la mitad de las probabilidades de presentar episodios de cuidado agudo (visita por enfermedad a la clínica o al departamento de emergencias o reingreso hospitalario) que los bebés de control [OR] = 0,46, intervalo de confianza [IC] del 95% [0,22, 0,95]). Los bebés cuyas madres tenían bajos niveles de educación para la edad (OR= 0,22, IC del 95% [0,08, 0,60]) también tuvieron menos probabilidad de haber tenido un episodio de cuidado agudo, mientras que las madres con alto nivel de ansiedad tuvieron 3 veces más probabilidad que las madres sin alta ansiedad (OR= 2.8, 95% IC [1,05, 7,26]). Y aunque no fue estadísticamente significativa, hubo</p>	<p>Se necesitan intervenciones eficaces para los recién nacidos prematuros sanos para aumentar el uso de la atención preventiva y reducir el uso de la atención de salud durante los primeros meses después del alta de la UCIN. La intervención H-HOPE basada en el desarrollo y dirigida a la educación y el apoyo a la diada madre-prematuro reduce el uso de cuidados agudos entre los lactantes en riesgo de resultados adversos durante la transición del alta al domicilio.</p>	<p>Las dos causas para las visitas en la clínica o en emergencias fueron los problemas respiratorios y los gastrointestinales. Los efectos de HOPE en la diada madre e hijo contribuyeron a una mejor salud, menos enfermedades y uso de atención hospitalaria o en emergencias. Las visitas domiciliarias fueron una oportunidad para la enfermera para afrontar problemas de salud que hayan identificado durante la visita. El tamaño de la muestra que se obtuvo en el grupo control y de caso después de las pérdidas es pequeño y es una limitación del estudio. Por último, las</p>	MEDIA

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	PRUEBAS ESTADÍSTICAS	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DEL ESTUDIO
		<p>cantidad similar de contacto con la madre y la atención del personal, pero con mucha diferencia de contenido de H-HOPE.</p> <p>Resultados analizados: La intervención H-HOPE debe conducir a visitas más apropiadas para niños sanos, menos visitas de atención aguda, y un menor número de reingresos entre los recién nacidos prematuros.</p> <p>Tiempo de seguimiento: Desde el alta de la hospitalización inicial hasta las 6 semanas de edad corregida</p>	<p>intervención comenzó al inicio del estudio. El ATVV fue proporcionado por la madre cuando ella estaba presente o por la enfermera de la investigación. De todos los bebés, a cada madre se le pidió continuar la ATVV dos veces al día después del alta hasta que su bebé cumpliera 1 mes (44 semanas EC). El componente de H-HOPE dirigido a la madre consistió en una orientación participativa individualizada sobre los recién nacidos prematuros, especialmente los estados de comportamiento y señales, incluyendo cómo proporcionar la ATVV. Un equipo entrenado promotor de enfermería en la comunidad dio esta orientación durante dos visitas en el hospital, dos visitas al domicilio, y dos llamadas telefónicas después del alta.</p> <p>Intervención grupo control: Las madres del grupo control recibieron contenido educativo, que incluye el cuidado de bebés prematuros y los videos de seguridad en el carro, en dos sesiones en el hospital, y recibieron cuatro llamadas telefónicas sobre el cuidado del bebé, que incluye</p>		<p>una tendencia para los bebés cuyas madres prefirieron las entrevistas en inglés para tener un número menor de episodios agudos (OR= 0,47, IC del 95% [0,21, 1,06]).</p> <p>Efectos adversos: Solo la mitad de los bebés recibieron todas las visitas recomendadas de niño sano en ambos grupos de estudio.</p>		<p>visitas domiciliarias fueron 2, pero la intervención no es exclusiva para alta porque empieza desde la UCIN.</p> <p>La intervención empieza desde la UCIN hasta el alta para el hogar.</p>	

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	PRUEBAS ESTADÍSTICAS	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DEL ESTUDIO
			<p>baño, las posiciones y los hábitos de sueño, con el niño, y la seguridad del equipo para bebés, después del alta del bebé al hogar.</p> <p>Método enmascaramiento: Los miembros del equipo de investigación que recopilaron datos fueron cegados a la asignación del grupo de estudio.</p> <p>Pérdidas post aleatorización: Grupo de intervención: Grupo caso (n=27): pérdidas en las visitas de seguimiento (n=26) y atípico con 13 visitas de cuidados agudos porque se diagnosticó erróneamente como Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico (n=1). Grupo control (n=24): pérdidas en las visitas de seguimiento (n=23) y entrevista parcial por falta de tiempo de la madre; faltan medidas de uso de atención médica (n = 1)</p>					

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	PRUEBAS ESTADÍSTICAS	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DEL ESTUDIO
Toral 2017	<p>Diseño: Ensayo controlado no aleatorizado con grupo de intervención y grupo control</p> <p>Objetivos: Evaluar la evolución de resultados en salud en recién nacidos prematuros (RNP) incluidos en un programa de alta precoz, con seguimiento domiciliario por una enfermera experta en cuidados neonatales</p> <p>Localización y periodo de realización: Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. De 06/2012 a 12/2013</p>	<p>Población: Recién nacidos prematuros ingresados en la Unidad de Cuidados Básicos Neonatales del Hospital Universitario Virgen de las Nieves, clínicamente estables: mantienen temperatura corporal, alimentación por boca, sin medicación parenteral, estabilidad respiratoria, sin estudios diagnósticos pendientes.</p> <p>Intervención: Consiste en adelantar el alta hospitalaria dos semanas, visita domiciliaria semanal en domicilio por una enfermera con más de 5 años de experiencia en cuidados neonatales, capacitación a los padres para el cuidado del recién nacido, disponibilidad telefónica 24 horas, hasta el momento del alta definitiva, a criterio del neonatólogo.</p> <p>Comparación: Atención habitual</p>	<p>Nº participantes/grupo: Total: 86 sujetos prematuros. Grupo de intervención: 46 (53,5%) y Grupo control: 40 (46,5%).</p> <p>Intervención grupo experimental: Lo constituyen recién nacidos prematuros incluidos en un programa de alta precoz, con domicilio familiar en un radio de 20 km de distancia del hospital y sus padres han confirmado su consentimiento.</p> <p>Intervención grupo control: Son recién nacidos prematuros ingresados en la Unidad de Cuidados Básicos Neonatales que no pudieron incluirse en seguimiento domiciliario por distancia al centro hospitalario, decisión de los padres o criterio médico, los cuales recibirán la</p>	<p>Se hizo un análisis descriptivo de todas las variables, calculando medidas de tendencia central y dispersión para las numéricas; frecuencias absolutas y relativas para las cualitativas. La normalidad de las variables se contrastó con la prueba de Shapiro-Wilks. Se realizó un análisis bivariante para conocer las posibles diferencias entre los grupos intervención y control. Para las variables numéricas se empleó la prueba t de Student para muestras relacionadas, y Mann-Whitney cuando no se cumplió la hipótesis de normalidad. Para las cualitativas se utilizó la prueba Chi-cuadrado de Pearson y Fisher. Para analizar los posibles cambios en las etiquetas NOC al ingreso y al alta se ha utilizado el test de</p>	<p>Efectos clínicos beneficiosos: En los recién nacidos que se incorporan al programa de alta precoz, las diferencias en la puntuación aumentan al comparar el momento del ingreso con el momento del alta, en dieciocho indicadores de los veintidós estudiados. El tiempo de lactancia materna exclusiva ha sido de 3.8 meses en el Grupo de intervención y en el grupo Control 2.76 ($p < 0.68$).</p> <p>Efectos adversos: No</p>	<p>El alta precoz de recién nacidos prematuros, seguidos en domicilio por una enfermera experta en cuidados neonatales tiene resultados sobre la preparación de los padres en los cuidados del hijo, sobre el conocimiento de los recursos sanitarios, en la adaptación al cambio de vida y en el tiempo de lactancia materna, y se comporta como una actuación segura para los niños y beneficiosa para los padres.</p>	<p>Aunque el tema de la investigación está dirigido para evaluar los resultados por los indicadores de la Nursing Outcomes Classification (NOC) de la atención domiciliaria de enfermería, el estudio tiene sesgos porque no fue aleatorizado y tuvo limitaciones con la selección de la muestra, por lo cual disminuyó su calidad metodológica. Además, no se enmascaró la intervención, fue a criterio médico.</p>	BAJA

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	PRUEBAS ESTADÍSTICAS	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DEL ESTUDIO
		<p>Resultados analizados: Evolución de indicadores de cuidados de enfermería. Beneficios a los pacientes: estancia menor, mayor tiempo de lactancia materna y beneficios atribuibles al cuidado de enfermería</p> <p>Tiempo de seguimiento: De 06/2012 a 12/2013</p>	<p>atención habitual</p> <p>Método enmascaramiento: No existió</p> <p>Pérdidas post aleatorización: Sin información</p>	<p>Wilcoxon. El nivel de significancia considerado ha sido 0,05. Los datos se han analizado con el software IBM SPSS Statistics19.</p>				

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	PRUEBAS ESTADÍSTICAS	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DEL ESTUDIO
Álvarez Miró 2014	<p>Diseño: Estudio comparativo caso- control apareado por peso de nacimiento, edad gestacional, edad corregida al alta, peso al alta y sexo.</p> <p>Objetivos: Demostrar que la Atención Domiciliaria de Enfermería del prematuro, tras el alta precoz del mismo, es beneficiosa en relación con el aumento de peso en el domicilio y segura, ya que no aumenta su morbilidad.</p> <p>Localización y periodo de realización: Hospital Clínic de Barcelona, 2007-2009</p>	<p>Población: Recién nacidos prematuros procedentes del Hospital Clínic de Barcelona.</p> <p>Efecto: El alta precoz de los prematuros con Atención Domiciliaria de Enfermería puede conseguir un incremento de peso superior al considerado como satisfactorio. La Atención Domiciliaria de Enfermería, es decir el cuidado y seguimiento del recién nacido en su propio domicilio hace parte de las nuevas tendencias en la atención neonatal en países desarrollados, pero en España proviene desde 1993.</p> <p>Exposición: La ADE se administró por equipo compuesto por un neonatólogo y 2 enfermeras especializadas en neonatología que</p>	<p>N casos y controles: Estudio con 65 casos y 65 controles</p> <p>Criterios casos: Criterios de inclusión: recién nacidos prematuros (edad gestacional superior o igual a 25 semanas e inferior a 37 semanas), de procedencia interna, con peso de nacimiento superior a 750 g y con peso al alta inferior a 2.100 g (solo los casos con ADE), que en el momento del alta (o apareamiento de los controles) presentaban: ausencia de cromosomopatías o malformaciones mayores, edad corregida > 30 semanas, estabilidad térmica, alimentación por boca sin dificultad, curva de peso ascendente buen estado clínico y consentimiento familiar. Se excluyeron los recién nacidos prematuros que presentaban alguna enfermedad relevante, como una displasia broncopulmonar, cardiopatía congénita o síndrome del intestino corto.</p> <p>Criterios controles: Por cada recién nacido con ADE que se estudió (caso) se analizó otro recién nacido hospitalizado en la unidad</p>	Las variables cuantitativas, si seguían una distribución normal (prueba de Kolmogorov-Smirnov) y tenían las varianzas homogéneas (F de Snedecor), se estudiaron con pruebas paramétricas, y en caso contrario con pruebas no paramétricas. La estadística descriptiva en las variables cuantitativas paramétricas se indicó con la media y la desviación estándar; en las no paramétricas se calculó la mediana, los percentiles y el intervalo intercuartil (percentil 25 a percentil 75). Las categorías de las variables cualitativas se expresaron como porcentajes. La comparación de variables cuantitativas paramétricas se	El aumento de peso en el grupo con ADE fue de 38 g/día, significativamente superior al del grupo control (31 g/día) $p < 0.001$. Las variables independientes predictoras del «aumento en g/kg/día durante el estudio» fueron la ADE, el sexo varón, tomar menos lactancia materna y no haber padecido una hemorragia periventricular. La morbilidad neonatal fue similar.	La ADE implica un mayor aumento de peso del recién nacido en casa que durante su permanencia en el hospital, y puede considerarse segura al no aumentar la morbilidad neonatal.	Este estudio demuestra la efectividad de la ADE con relación al aumento de peso del prematuro después del alta de la UCIN y tiene un buen diseño metodológico. Hubo comparabilidad entre el grupo control y el caso. Apunta a prematuros sin enfermedades crónicas como displasia broncopulmonar. En casa los prematuros no tenían sonda nasogástrica, aunque puede ser una condición para que se incluyan el programa de ADE.	ALTA

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	PRUEBAS ESTADÍSTICAS	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DEL ESTUDIO
		habían participado previamente en la atención hospitalaria de la dualidad niño-familia.	<p>neonatal (control), apareados en lo posible por el peso de nacimiento, la edad gestacional, la edad corregida al alta, el peso al alta y el sexo.</p> <p>Exposición casos: El programa se inició con una o 2 sesiones de educación sanitaria para los padres de los prematuros, se les explicó el contenido del programa: dar el alta hospitalaria a aquellos niños cuyo control por su bajo peso podía realizarse en el domicilio mediante las visitas seriadas de una enfermera neonatal con experiencia y dependiendo de la unidad neonatal hasta el alta definitiva. También se explicó a los padres las características del recién nacido prematuro, insistiendo en la edad corregida, la lactancia materna, el método canguro, la preparación para el alta y la llegada a casa. Se entregó a los padres un tríptico informativo de los cuidados que requeriría el niño en casa. Se insistió en la disponibilidad del refuerzo telefónico continuo durante las 24 h del día.</p> <p>Exposición controles: Una vez dado de alta precoz un caso, se escogió un control con un peso y otros criterios de apareamiento similares al caso correspondiente. Cuando este</p>	realizó con la «t» de Student, y en las no paramétricas con la U de Mann-Whitney. La comparación de incidencias (variables cualitativas) se efectuó con Chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher, según correspondía. La relación entre 2 variables cuantitativas se determinó con la correlación de Spearman. Como test multivariante se aplicó la regresión lineal múltiple con el método «paso a paso» (<i>stepwise</i>) para conocer las variables predictoras que influían de manera independientemente significativa en la variable dependiente «aumento de g/kg/día durante el estudio». Como variables independientes o predictoras se incluyeron todas las analizadas que				

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	PRUEBAS ESTADÍSTICAS	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DEL ESTUDIO
			control fue dado de alta hospitalaria con un peso aproximado de 2.000 g, en el mismo momento su caso correspondiente también se consideraba como dado de alta, aunque probablemente todavía seguiría en ADE, ya que su alta definitiva solía demorarse hasta alcanzar unos 2.100 g	podían influir y, en especial, el grupo de estudio (control: en el hospital; caso: a domicilio).				

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	PRUEBAS ESTADÍSTICAS	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DEL ESTUDIO
Awindaogo 2016	<p>Diseño: Estudio de cohorte retrospectivo</p> <p>Objetivos: Identificar predictores de la satisfacción de los cuidadores de los servicios de enfermería domiciliar de VNA (Visiting Nurse Association).</p> <p>Localización y periodo de realización: Boston, EE. UU. Enero 1 de 2008 hasta julio 31 de 2014</p>	<p>Población: La población estudiada para este estudio de cohorte retrospectivo fueron todos los lactantes hospitalizados de la UCIN del Centro Médico de Beth Israel Deaconess.</p> <p>Exposición: Los servicios de atención domiciliar de la Asociación de Enfermeras Visitantes (VNA) al momento del alta de la UCIN tienen el propósito de: (1) facilitar la transición al hogar para el bebé y el cuidador; (2) proporcionar continuidad de la atención entre el hospital y el pediatra de atención primaria de la comunidad; y (3) abordar las necesidades de salud de los infantes médicamente complejos. Las enfermeras de VNA realizan evaluaciones de la salud infantil y del entorno del hogar, dan apoyo en la alimentación infantil y la lactancia materna y ayudan con la administración de medicamentos y el uso de equipo médico. La enfermera utiliza esta visita para evaluar el bienestar del bebé, brindar apoyo y orientación a los padres y determinan la necesidad de una mayor intervención o atención de</p>	<p>Número de sujetos / grupo: Inicialmente un total de 2236 bebés fueron dados de alta de la UCIN, pero solo 1532 (68.5%) tenían los datos completos para el análisis.</p> <p>Características cohorte expuesta: Todos los lactantes hospitalizados en la UCIN del Centro Médico de Beth Israel Deaconess desde el 1 de enero de 2008 hasta el 31 de julio de 2014.</p> <p>Características cohorte no expuesta: No existió</p> <p>Factor de exposición: Utilizaron datos de tres fuentes. (1) La base de datos de alta del BIDMC UCIN es una recopilación de información recopilada en el momento del alta del hospital para todos los bebés. (2) Se administra una encuesta de preparación para el alta a todos los padres el día del alta de la UCIN. La encuesta preguntó a los padres acerca de su comodidad para realizar</p>	Análisis bivariados: correlación de Spearman y modelo de regresión logística múltiple	<p>Peso promedio al nacer 2191,5 g (395 a 5230 g) y una edad gestacional media de 33,8 semanas (23 a 42,1 semanas. La utilidad percibida de los servicios de VNA se asoció con una baja paridad (OR 1.82, 95% con IC 1.35, 2.46) y edad gestacional < 35 semanas (OR 1.45, 95% con IC 1.15, 1.83). Las percepciones de los padres y enfermeras sobre la preparación para el alta no se asocian significativamente con encontrar utilidad de los servicios de VNA</p>	Baja paridad materna y edad gestacional < 35 semanas fueron predictores de la satisfacción de los padres con los servicios de VNA. La remisión para servicios de VNA es común después del alta de la UCIN. Aunque en este estudio hubo un alto nivel de satisfacción general con los servicios de VNA entre los cuidadores, no todos los padres de bebés de alto riesgo pueden encontrar los servicios beneficiosos. Los padres primerizos y los padres de bebés prematuros tuvieron más probabilidades de estar satisfechos con las visitas de VNA después del alta de la UCIN.	Es un estudio observacional, analítico de cohorte donde no se estableció el grupo de control para realizar la comparación. No todos los pacientes tenían los datos completos y el 31.5% no se pudieron incluir en el análisis por esa causa. Aunque incluyeron todos los recién nacidos en el estudio en los resultados la VNA para los prematuros produce satisfacción en los padres.	BAJA

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	PRUEBAS ESTADÍSTICAS	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DEL ESTUDIO
		<p>seguimiento. Finalmente le transmite información al médico de atención primaria.</p> <p>Efectos clínicos: Los marcadores de riesgo biológico infantil, riesgo social materno y cuidador y percepción de enfermería del cuidado al momento del alta predirán la satisfacción del cuidador con los servicios de VNA</p>	<p>tareas específicas mientras cuidaban a su bebé, como bañarse, y tomar la temperatura corporal. (3) Una encuesta registrada se realiza por teléfono dentro de las 2 semanas posteriores al alta por una enfermera para todos los bebés dados de alta de la UCIN. La encuesta obtiene las perspectivas de los padres sobre la transición de la UCIN al hogar, la utilización de los servicios de VNA y la utilidad percibida</p> <p>Tipo de Comparación: No existió</p> <p>Periodo de seguimiento: Sí</p> <p>Perdidas: nº / grupo: En el estudio un total de 2236 bebés fueron dados de alta de la UCIN. Se restringió el análisis al 1532 (68,5%) pacientes, porque tenían los datos completos. Es decir, 31.5% los tenía incompletos.</p>					

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	PRUEBAS ESTADÍSTICAS	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DEL ESTUDIO
Lundberg 2016	<p>Diseño: Estudio de casos y controles anidados, retrospectivo</p> <p>Objetivos: Evaluar la seguridad del programa Hospital-Assisted Neonatal Home Care (HANHC), revisando el reingreso a la atención hospitalaria. También investigar los predictores y las razones para la readmisión.</p> <p>Localización y período de realización: Sachs' Children's Hospital - Estocolmo. Durante un período de 10 años (2002 - 2011)</p>	<p>Población: 1410 lactantes tratados en la UCIN del Sachs' Children's Hospital.</p> <p>Enfermedad: La readmisión se definió como todas las readmisiones no planificadas. Los bebés son readmitidos a la atención hospitalaria cuando se produce un síntoma urgente en el hogar. Los síntomas se definieron como el síntoma principal notado por los padres o la enfermera de HANHC. Se clasificaron como apnea o un evento similar a la apnea, un Episodio de aparente Amenaza a la vida, en inglés ALTE, otro síntoma respiratorio o misceláneo. Los diagnósticos se clasificaron como Infección Viral del Tracto Respiratorio (IVTR), Enfermedad por Reflujo Gastro Esofágico (ERGE), infección grave, otros síntomas del tracto gastrointestinal y varios. El grupo misceláneo cubrió los diagnósticos que no encajaban en uno de los otros grupos anteriores.</p> <p>Exposición: El programa de atención domiciliar en la UCIN de Sachs es hospitalario y lo</p>	<p>N casos y controles: En total 74 lactantes fueron parte de la muestra final de reingreso para el grupo casos y 74 para el grupo control.</p> <p>Criterios casos: Los bebés deben tener al menos 34 semanas de edad corregida y estabilidad cardiopulmonar evaluada por un registro de pulso-oximetría de 24 horas. También una adecuada ganancia de peso, un ambiente seguro en el hogar y una necesidad de atención para HANHC. Se excluyeron los lactantes con cuidados paliativos. La mayoría de los bebés en HANHC son prematuros, pero todos los pacientes de UCIN pueden calificar para HANHC.</p> <p>Criterios controles: Para cada caso incluido, el siguiente bebé inscrito en HANHC, pero no readmitido fue elegido control (n = 74)</p> <p>Exposición casos: El cuidado de enfermería incluye varios componentes: evaluación</p>	<p>Los datos se analizaron con el paquete de software Stata 12 para Mac (StataCorp, College Station, TX, EE. UU.). La normalidad se probó usando la prueba de Shapiro - Wilk. Las variables continuas normalmente distribuidas se presentan como medias y las variables continuas no normales como medianas y rangos intercuartiles. Las variables categóricas se presentan como números y proporciones en porcentajes. Las diferencias en las variables continuas no normales entre casos y controles se probaron mediante la prueba de suma</p>	<p>De los 1410 bebés inscritos en HANHC de 2002 a 2011, 74 (5,2%) fueron readmitidos para atención hospitalaria. Una edad gestacional < de 28 semanas odds ratio: 6.07 (2.06–17.8) y ≥ 37 semanas fueron predictores significativos. El grupo de síntomas varios fue la razón más común para el reingreso, seguido de apnea o eventos similares a la apnea, síntomas respiratorios y ALTE, en ese orden. Los diagnósticos de Infección Viral del Tracto Respiratorio y varios fueron los diagnósticos de más alta frecuencia después del reingreso, seguidos de otros síntomas del tracto gastrointestinal, ERGE e infección grave, en ese orden.</p>	<p>El programa HANHC es seguro y la mayoría de los bebés elegidos para la inclusión no experimentan ninguna complicación. Nuestra conclusión es que el parto extremadamente prematuro fue un predictor de reingreso para atención hospitalaria, y sugerimos que se realicen más estudios en otros entornos neonatales para explorar el impacto de la comorbilidad asociada y evaluar posibles medidas preventivas.</p>	<p>Es un estudio de casos y controles que se origina de un estudio de cohorte, por eso la muestra fue de los pacientes readmitidos en el primer estudio. El programa HANHC no es exclusivamente para prematuros. Sin embargo, en los resultados tuvieron un mayor riesgo de readmisión los bebés prematuros. Por otra parte, se preparan los padres para el alta desde que el bebé está en la UCIN.</p>	MEDIA

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	PRUEBAS ESTADÍSTICAS	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DEL ESTUDIO
		<p>proporcionan enfermeras neonatales con experiencia, en colaboración con neonatólogos. HANHC es una alternativa adecuada a la atención hospitalaria para bebés estables pero que aún tienen una necesidad persistente de cuidado especializado como alimentación por sonda nasogástrica o suplemento de oxígeno. La atención se administra en el hogar, y los padres actúan como cuidadores principales y reciben apoyo diario o semanalmente de enfermeras neonatales especializadas.</p> <p>Las enfermeras visitan a las familias en el hogar diaria o semanalmente, dependiendo de la necesidad de cada familia. Siempre se puede contactar a una enfermera de HANHC o UCIN por teléfono en caso de preguntas o situaciones urgentes.</p>	<p>y el cuidado directo del bebé, educación a los padres acerca del comportamiento del bebé y dar apoyo. Previamente antes del alta hospitalaria, todos los padres recibieron información y educación, incluida la reanimación neonatal básica. Antes del alta definitiva de HANHC, todos los bebés regresan para un examen médico de rutina. La enfermera de HANHC y el médico tratante elaboran un plan para el seguimiento futuro.</p> <p>Exposición controles: Es la misma de los casos, pero para pacientes que no fueron readmitidos</p>	<p>de rangos de Wilcoxon. Las diferencias en las proporciones se probaron utilizando la prueba de Chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher si los recuentos de frecuencia eran bajos. La regresión logística se utilizó para investigar los predictores de reingreso en modelos crudos y multivariados, que se ajustaron por edad materna al momento del parto, sexo, edad gestacional y PEG. Un valor de p menor que 0.05 se consideró estadísticamente significativo.</p>				

Fuente: Elaboración propia

Tabla 7. SEP/Maestría en Enfermería Pediátrica: Inclusión de artículos para análisis crítico CASPe, 2020

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	PRUEBAS ESTADÍSTICAS	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DEL ESTUDIO
Santos, 2014	<p>Diseño: Estudio descriptivo, cualitativo</p> <p>Objetivos: Comprender el significado de las visitas domiciliarias realizadas por enfermeras neonatales.</p> <p>Localización y periodo de realización: Hospital universitario de la ciudad de Londrina, Brasil.</p>	<p>No de participantes: 21 Madres de bebés prematuros.</p> <p>Características de los participantes: Recién nacidos antes de 32 semanas de gestación y/o peso <1500 gramos, admitidos en la UCIN del Hospital Universitario de Londrina (HUL), que alcanzaron los 6 meses de edad cronológica y participaron del proyecto "Una red de Apoyo para el bebé prematuro y su familia" desarrollado por el equipo de salud neonatal de la Universidad Estatal de Londrina.</p>	<p>Estudio cualitativo, descriptivo con enfoque fenomenológico, dirigido a la comprensión de una experiencia vivida. La recolección de datos se llevó a cabo durante 9 meses, mediante entrevistas semiestructuradas individualizadas (previo consentimiento) utilizando un formulario con los datos de identificación de las madres y guion de la entrevista. Fueron realizadas por enfermeras residentes que no hacían parte del equipo para no interferir en las respuestas.</p>	<p>La sistematización de los datos se hizo por análisis de contenido y su análisis se hizo con base en la perspectiva de Cuidado Centrado en la Familia.</p>	<p>Se identificaron tres temáticas:</p> <p>1) la visita domiciliaria como apoyo a las familias en el hogar, entonces logra minimizar los sentimientos de impotencia, soledad e inseguridad que las madres experimentan con la llegada de su hijo al hogar.</p> <p>2) Individualización de la atención domiciliaria: Es un momento necesario para reforzar las orientaciones dadas en el medio hospitalario y permite discutir temas específicos para cada situación.</p> <p>3) Sintiendo cuidadas y apoyadas para cuidar: En vez de sentirse vigiladas las familias por la atención en el hogar se sintieron cuidadas. Fue una oportunidad para demostrar y validar los conocimientos adquiridos.</p>	<p>La visita domiciliaria es una estrategia que contribuye a mejorar la calidad del cuidado en el hogar. Favorece, el vínculo entre las familias y las enfermeras, y disminuye las dudas, miedos y ansiedades de la madre. Además, se proporcionan cuidados en el hogar y se fomenta la adherencia a los cuidados y tratamientos.</p>	<p>Este estudio resalta que es útil hacer una visita antes del alta de la UCIN para evaluar temas específicos de cada familia en el ambiente del hogar al conocer las necesidades reales. También es importante que el equipo que realiza la atención domiciliaria haga un empalme con el equipo de la UCIN y se mejora aún más la confianza de la familia si es el mismo que hace la visita en el hogar-.</p>	ALTA

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	PRUEBAS ESTADÍSTICAS	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DEL ESTUDIO
Sassá, 2014	<p>Diseño: Estudio descriptivo con enfoque cualitativo que utiliza la investigación de atención convergente como marco metodológico.</p> <p>Objetivos: Describir las acciones de enfermería implementadas en el contexto del hogar, a las necesidades presentadas en familias de recién nacidos con muy bajo peso al nacer.</p> <p>Localización y periodo de realización: Ciudad de Maringá-Paraná, en el sur de Brasil. Junio de 2010 a agosto de 2011</p>	<p>Población: Nueve familias de recién nacidos con muy bajo peso al nacer que vivían en Maringá.</p> <p>Criterios inclusión: Recién nacidos prematuros, incluidos en el Programa de Vigilancia de Riesgos del Bebé, en el período de mayo a octubre de 2010 y que cumplió con el criterio de peso al nacer $\leq 1,500g$.</p>	<p>Se hicieron entrevistas informales y observación participante, utilizando las visitas domiciliarias como estrategia durante los primeros 6 meses después del alta hospitalaria, programadas al menos una vez al mes.</p> <p>El monitoreo y la asistencia de Enfermería se hizo en persona, por teléfono y por medios electrónicos, de acuerdo con las necesidades presentadas. Cubrieron actividades como: orientación, aclaración de dudas, manejo de la lactancia materna, demostración de la atención. Procedimientos; así como examen físico y evaluación del crecimiento y desarrollo del niño. Las percepciones de las familias se registraron en un diario de campo.</p>	<p>Los datos fueron sometidos a análisis de contenido, modalidad temática</p>	<p>Los bebés (n = 10) nacieron por cesárea, con un peso entre 655g y 1.470g, y permanecieron en UCIN durante un período de 15 a 109 días.</p> <p>Surgió una única categoría: "Resolver dudas, apoyar y subsidiar a la familia en la atención diaria".</p> <p>- Se dieron pautas para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. Además, se prepararon y entregaron folletos explicativos.</p> <p>-Se informó a los padres sobre las enfermedades prevenidas por las vacunas, reacciones y posibles efectos adversos.</p> <p>-El estímulo para dar seguimiento al bebé con especialistas fue uno de los principales focos de atención cuando se informó a la familia sobre su importancia y de las consultas de cuidado infantil en la Unidad de Salud Básica para el diagnóstico temprano.</p> <p>-Se aclaró la información recibida en la consulta médica con las condiciones clínicas del bebé o las pruebas realizadas.</p> <p>-Se explicó la importancia de seguir correctamente el tratamiento médico ante el desconocimiento de algunas madres. Además de detectar fallas.</p> <p>En este estudio los resultados mostraron que las enfermeras, al ofrecer apoyo, orientación y asistencia en el hogar, redujo al mínimo la inseguridad y el miedo que son característicos en los primeros meses después del alta,</p>	<p>Las acciones de enfermería en el contexto del hogar implicaron evaluar al niño, dar orientaciones, declaraciones, aclaraciones, referencias y estímulo para monitorear el cuidado infantil y con especialistas, además de un enfoque que facilitó el empoderamiento familiar y la autonomía gradual de la atención.</p>	<p>Por el enfoque metodológico que se utilizó iban dando respuesta en la práctica de enfermería a las necesidades que emergían durante la investigación. No aclaran el porqué en los resultados aparece un recién nacido además con respecto a la muestra. Las acciones de enfermería implementadas se relacionan con lo que se menciona en otros estudios.</p>	BAJA

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	PRUEBAS ESTADÍSTICAS	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DEL ESTUDIO
					fortaleciendo a las familias para desarrollar la atención específica que estos bebés demandan.			

Fuente: Elaboración propia

Tabla 8. SEP/Maestría en Enfermería Pediátrica: Inclusión de artículos para análisis crítico JBI, 2020

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	PRUEBAS ESTADÍSTICAS	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DEL ESTUDIO
Bora Günes 2020	<p>Diseño: Estudio cuasiexperimental que incluía grupo de control pretest-post test.</p> <p>Objetivos: Evaluar los efectos de un programa de atención de enfermería en el hogar sobre problemas de atención posnatal, ansiedad y depresión entre mujeres turcas con bebés prematuros.</p> <p>Localización y período de realización: Hospital universitario en Kirikkale, Turquía. Durante el período 1 de junio de 2015 a 1 de julio 2016</p>	<p>Población: 94 madres y bebés nacidos antes de las 37 semanas en un hospital universitario.</p> <p>Intervención: Consta de cuatro visitas de cuidados de enfermería en el hogar proporcionadas por una enfermera pediátrica con experiencia en cuidados intensivos para recién nacidos y cuidados en el hogar para niños con enfermedades crónicas.</p> <p>Tanto para los grupos de intervención como de control, se completaron el formulario de recolección de datos sociodemográficos, el formulario de evaluación de necesidades, la Escala de depresión postnatal de Edimburgo, el Inventario de ansiedad estatal de Spielberg y los exámenes físicos de los bebés. Las intervenciones de enfermería se identificaron de acuerdo</p>	<p>No de participantes: La muestra final incluyó 80 madres y sus bebés. Cuarenta madres se inscribieron en cada grupo (estudio y control).</p> <p>Criterios inclusión: Primer hijo, menor de 37 semanas de gestación, ausencia de enfermedad que pueda afectar la atención postnatal, sin discapacidad auditiva / del habla, un puntaje de Apgar a los 5 min > 7, examen postnatal normal, y alta hospitalaria dentro de las 24 horas posteriores al nacimiento.</p> <p>Criterios de exclusión: Madres que tenían alguna enfermedad, problemas médicos físicos/ mentales en el seguimiento, antecedentes de uso de medicamentos durante el período prenatal o un bebé que se sometió a reanimación durante el parto o tuvo una malformación congénita.</p> <p>Intervención grupo de estudio Se realizaron cuatro seguimientos en el hogar en</p>	Los datos se analizaron mediante SPSS (versión 22.0). Estadística descriptiva y las diferencias entre los grupos de estudio y control con respecto a las características sociodemográficas se compararon mediante las pruebas de Chi cuadrado y U de Mann-Whitney. Las pruebas de chi-cuadrado también se utilizaron para evaluar diferencias entre los grupos de estudio y control para los diagnósticos de enfermería dentro de las primeras 24 horas y en los días 40 a 42 posteriores al alta. La prueba U Mann – Whitney se utilizó para evaluar las diferencias entre la depresión posnatal y los niveles de ansiedad.	No se observaron síntomas depresivos significativos entre las madres en ambos grupos dentro de las primeras 24 horas para los niveles de depresión y ansiedad. Las diferencias entre las puntuaciones medias de depresión y ansiedad de las madres por grupo fueron significativas después de los seguimientos en el hogar; las puntuaciones de depresión en el grupo control excedieron el límite de 12 puntos en los días 40-42. Las madres en el grupo control tuvieron ansiedad moderada (40-59 puntos), mientras que las madres en el grupo de estudio tuvieron ansiedad leve (20-39 puntos) dentro de las primeras 24	Brindar cuidados de enfermería en el hogar para madres de bebés prematuros durante los primeros 40–42 días tiene el potencial de disminuir los problemas de atención posnatal, incluida la depresión materna y los niveles de ansiedad	En Costa Rica existe un programa de seguimiento en el hogar solo para los bebés prematuros que tienen sonda nasogástrica en el hogar. Este estudio muestra que la atención en el hogar de enfermería disminuye los niveles de depresión postnatal y ansiedad en las madres de los prematuros y mejora la atención neonatal para los mismos.	ALTA

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	PRUEBAS ESTADÍSTICAS	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DEL ESTUDIO
		con el NIC de acuerdo con los diagnósticos de enfermería de NANDA	<p>las semanas 1, 2, 3 y días 40-42. El seguimiento en el hogar duró aproximadamente 40-60 minutos. Se reevaluaron los problemas experimentados por la madre en términos de requisitos de atención posnatal. También se brindó atención durante los seguimientos en el hogar. Cualquier problema detectado durante las visitas se abordó de inmediato. Las habilidades básicas de cuidado del recién nacido se realizaron con las madres para promover las habilidades apropiadas. Al final de la cuarta visita, días 40-42, se produjo la recolección final de datos.</p> <p>Intervención grupo control: No se proporcionó ninguna otra atención fuera de lo que se ofreció en el hospital. Se realizó una visita para la recolección final de datos entre los días 40-42.</p>		<p>horas. Los niveles de ansiedad fueron significativamente más altos entre las madres en el grupo control. ($X \pm SD = 50.50 \pm 9.99$) en los días 40-42 en comparación con el grupo de estudio ($X \pm SD = 44,63 \pm 8,86$) ($p < .001$)</p>			

Fuente: Elaboración propia

A continuación, se encuentra una descripción de cada uno de los estudios seleccionados a los que se les hizo el análisis crítico para evaluar su calidad metodológica:

Inicialmente, el estudio de investigación de Patel et al. (33), 2017. Un estudio de cohorte prospectivo observacional cuyo objetivo era identificar y describir los errores del cuidado en casa y la utilización de la atención médica, en bebés de alto riesgo después del alta de la UCIN, fue realizado en abril de 2011 a enero de 2015 en California, Estado Unidos. Tuvo como muestra inicialmente recién nacidos de alto riesgo que nacieron con una edad gestacional < de 32 semanas y con un peso <1500 gramos y /o que tuvieran un diagnóstico de los Servicios de Seguimiento de Alto Riesgo Infantil, pero no se hizo una estimación del tamaño de la muestra. La exposición corresponde a las visitas domiciliarias hechas por enfermeras pediátricas del programa BRIDGE (Babies Reaching Improved Development and Growth in their Environment). Durante el análisis de datos de los resultados del estudio para hacer la comparación se estableció otro grupo de recién nacidos con más de 32 de semanas de gestación y con peso > 1500 gramos. Por lo tanto, hubo un sesgo sistemático porque los grupos no tuvieron características semejantes. Se identificaron 363 errores en 241 lactantes durante 635 visitas al hogar. De los errores, 205 (56,5%) se relacionaban con errores de citas, 79 (21,8%) errores con la medicación, 63 (17,4%) de alimentación, y 16 (4,4%) eran errores de uso del equipo médico. La mediana del número de visitas fue de 2. Concluyen que anticiparse a estos errores y los desafíos que enfrentan los padres en su casa, ayuda a los cuidadores en la identificación y el uso de intervenciones eficaces que son esenciales para optimizar el cuidado de los recién nacidos de alto riesgo durante este período de transición. Este estudio al analizarlo por la herramienta FLC 3.0 tuvo una calidad BAJA.

La segunda investigación realizada por Vonderheid, Rankin, Norr, Vasa, Hill y White-Traut (80), 2016 es un Ensayo Controlado Aleatorizado. Tuvo como objetivo evaluar el efecto de H-HOPE (Hospital to Home: Optimizing Premature Infant

Enviroment) en el uso de la atención médica desde la hospitalización inicial hasta las 6 semanas de edad corregida. Fue un estudio multicéntrico realizado en Chicago, Estados Unidos. El total de la muestra correspondió a 147 madres con sus bebés prematuros. Grupo intervención: 69 y grupo control:78. Las madres tenían factores de riesgo socioambiental y los prematuros estaban estables. El tamaño de la muestra que se obtuvo en ambos grupos después de las pérdidas fue pequeño y es una limitación del estudio. La intervención H-HOPE consiste en una intervención multisensorial para el bebé a partir de las 32 semanas de edad gestacional corregida y una orientación participativa para la madre. Inició en la UCIN del hospital, y luego siguió en casa después del alta hasta que el bebé cumpliera 1 mes. Un equipo entrenado de enfermería realizaba dos visitas en el hospital, dos visitas domiciliarias y dos llamadas telefónicas. Los miembros del equipo de la investigación fueron cegados a la asignación del grupo de estudio. Aunque está ausente el método utilizado en el ensayo para evitar que se conociera a qué grupo se iba a asignar a cada paciente, para determinar si las asignaciones de la intervención se podían haber previsto antes o durante el reclutamiento. Los bebés en H-HOPE tuvieron la mitad de probabilidades de presentar episodios de cuidado agudo (visita por enfermedad a la clínica o al departamento de emergencias o reingreso hospitalario) que los bebés del grupo control [OR] = 0,46, intervalo de confianza [IC] del 95% [0,22, 0,95]) y las madres con alto nivel de ansiedad tuvieron 3 veces más probabilidad que las madres sin alta ansiedad (OR= 2.8, 95% IC [1,05, 7,26]) de utilizar la atención médica. Concluyen que la intervención H-HOPE basada en el desarrollo y dirigida a la educación y el apoyo a la díada madre- prematuro reduce el uso de cuidados agudos entre los lactantes en riesgo de resultados adversos durante la transición del alta al domicilio. Finalmente, luego del análisis en FLC 3.0 se evaluó el estudio con calidad MEDIA.

La tercera investigación es un ensayo controlado no aleatorizado con grupo de intervención y Grupo control hecho por Toral et al. (81), 2017. Evaluó la evolución de resultados Nursing Outcomes Classification (NOC) en salud, en recién nacidos

prematuros incluidos en un programa de alta precoz, con seguimiento domiciliario por una enfermera neonatal en una Unidad de Cuidados Básicos Neonatales de un hospital de Granada, España desde junio de 2012 a diciembre de 2013. La población total fueron 86 recién nacidos prematuros clínicamente estables (Grupo de intervención: 46 y Grupo control 40). Para la intervención se adelantó el alta hospitalaria dos semanas, una enfermera con más de 5 años de experiencia en cuidados neonatales, hizo una visita domiciliaria cada semana. También, capacitación a los padres para el cuidado del recién nacido, tuvo disponibilidad telefónica 24 horas, hasta el momento del alta definitiva, a criterio del neonatólogo. El estudio no describe la intervención con la que se compara, solo menciona que es la atención habitual y al ser no aleatorizado disminuye su calidad, por tener un sesgo potencial por falta de randomización. Además, la intervención fue a criterio médico, no se enmascaró. De los recién nacidos que se incorporan al programa de alta precoz, las diferencias en la puntuación aumentan al comparar el momento del ingreso con el momento del alta, en dieciocho indicadores de los veintidós estudiados. El tiempo de lactancia materna exclusiva ha sido de 3.8 meses en el grupo de intervención y en el grupo control 2.76 ($p < 0.68$). El alta precoz de recién nacidos prematuros, seguidos en domicilio por una enfermera experta en cuidados neonatales tiene resultados sobre la preparación de los padres en los cuidados del hijo, sobre el conocimiento de los recursos sanitarios, en la adaptación al cambio de vida y en el tiempo de lactancia materna, y se comporta como una actuación segura para los niños y beneficiosa para los padres. Al evaluar el estudio en FLC 3.0 su calidad metodológica es BAJA.

El cuarto estudio de Álvarez et al. (58), 2014 es un estudio caso-control apareado por peso de nacimiento, edad gestacional, edad corregida al alta, peso al alta y sexo. Tuvo como objetivo demostrar que la Atención Domiciliaria de Enfermería (ADE) del prematuro, tras el alta precoz del mismo, es beneficiosa en relación con el aumento de peso en el domicilio y segura, ya que no aumenta su morbilidad. Se llevó a cabo en el Hospital Clínic de Barcelona, España de 2007 a 2009. La ADE se administró por un equipo compuesto por un neonatólogo y 2 enfermeras

especializadas en neonatología que habían participado previamente en la atención hospitalaria del niño y su familia. El estudio tuvo 65 casos y 65 controles. Existió comparabilidad entre los grupos. Los prematuros (edad gestacional superior o igual a 25 semanas e inferior a 37 semanas), con peso de nacimiento superior a 750 g y con peso al alta inferior a 2.100 g (solo los casos con ADE), que en el momento del alta (o apareamiento de los controles) presentaban: ausencia de cromosomopatías o malformaciones mayores, edad corregida > 30 semanas, estabilidad térmica, alimentación por boca sin dificultad, curva de peso ascendente, buen estado clínico y consentimiento familiar. Se excluyeron los prematuros que tuvieran displasia broncopulmonar, cardiopatía congénita o síndrome del intestino corto. El aumento de peso en el grupo con ADE fue de 38 g/día, significativamente superior al del grupo control (31 g/día) $p < 0.001$. Las variables independientes predictoras del «aumento en g/kg/día durante el estudio» fueron la ADE, el sexo varón, tomar menos lactancia materna y no haber padecido una hemorragia periventricular. La ADE implica un mayor aumento de peso del recién nacido en casa que durante su permanencia en el hospital, y puede considerarse segura al no aumentar la morbilidad neonatal. Al evaluar el estudio en FLC 3.0 tiene un buen diseño metodológico por lo tanto su calidad es ALTA.

El quinto estudio de cohorte retrospectivo hecho por Awindaogo et al. (82) en 2016, quiso identificar los predictores de satisfacción de los cuidadores de los Servicios de Enfermería Domiciliaria de Visiting Nurse Association (VNA) en inglés. En una UCIN en un hospital de Boston, Estados Unidos del 1 enero de 2008 al 31 de julio de 2014. La población incluyó todos los lactantes de la UCIN del Centro Médico de Beth Israel Deaconess, inicialmente 2236 pero solo 1532 tenían datos completos, faltó establecer un grupo para realizar la comparación entre expuestos y no expuestos, entonces tuvo un sesgo sistemático. Las enfermeras de VNA realizan evaluaciones de la salud infantil y del entorno del hogar, dan apoyo en la alimentación infantil y la lactancia materna y ayudan con la administración de medicamentos y el uso de equipo médico. La enfermera utiliza esta visita para evaluar el bienestar del bebé, brindar apoyo y orientación a los

padres y determinan la necesidad de una mayor intervención o atención de seguimiento. La utilidad percibida de los servicios de VNA se asoció con una baja paridad (OR 1.82, 95% con IC 1.35, 2.46) y edad gestacional < 35 semanas (OR 1.45, 95% con IC 1.15, 1.83). Baja paridad materna y edad gestacional < 35 semanas fueron predictores de la satisfacción de los padres con los servicios de VNA. Al analizar la investigación en FLC tuvo una calidad BAJA.

La sexta investigación de Lundberg, Lindgren, Palme-Kilander, Örténstrand, Bonamy y Sarman (83) 2016, es un estudio de casos y controles anidado retrospectivo. Buscó evaluar la seguridad del programa Hospital-Assisted Neonatal Home Care (HANHC), revisando el reingreso a la atención hospitalaria, y también investigar los predictores y las razones para la readmisión. Se realizó en Sachs' Children's Hospital – Estocolmo, durante un período de 10 años (2002 - 2011). La muestra la constituyeron 74 recién nacidos readmitidos en el grupo casos y 74 bebés en el grupo control. El programa de atención domiciliaria HANHC lo proporcionan enfermeras neonatales con experiencia, en colaboración con neonatólogos. Es una alternativa adecuada a la atención hospitalaria para bebés estables pero que aún tienen una necesidad persistente de cuidado especializado como alimentación por sonda nasogástrica o suplemento de oxígeno. La atención se administra en el hogar, y los padres actúan como cuidadores principales y reciben apoyo diaria o semanalmente de las enfermeras neonatales quienes visitan a las familias en el hogar diaria o semanalmente, dependiendo de la necesidad de cada familia. Siempre se puede contactar a una enfermera de HANHC o UCIN por teléfono en caso de preguntas o situaciones urgentes. En el estudio no se describe la exposición en el grupo control. Finalmente, de los 1410 bebés inscritos en HANHC, 74 (5,2%) fueron readmitidos para atención hospitalaria. Una edad gestacional < de 28 semanas odds ratio: 6.07 (2.06–17.8) y ≥ 37 semanas fueron predictores significativos. El grupo de síntomas varios fue la razón más común para el reingreso, seguido de apnea o eventos similares a la apnea, síntomas respiratorios y ALTE, en ese orden. Los diagnósticos de Infección Viral del Tracto Respiratorio y varios fueron los diagnósticos de más alta

frecuencia después del reingreso, seguidos de otros síntomas del tracto gastrointestinal, ERGE e infección grave, en ese orden. Los autores concluyen que el programa HANHC es seguro y el parto extremadamente prematuro fue un predictor de reingreso para atención hospitalaria. Al evaluar el estudio en FLC se obtuvo una calidad MEDIA.

El séptimo estudio evaluado es un estudio descriptivo cualitativo hecho por dos Santos et al. (35) 2014, buscaba comprender el significado de las visitas domiciliarias realizadas por enfermeras neonatales. Se realizó con 21 madres de bebés prematuros nacidos antes de 32 semanas de gestación y/o peso <1500 gramos, admitidos en la UCIN del Hospital Universitario de Londrina (HUL), que alcanzaron los 6 meses de edad cronológica y participaron del proyecto “Una red de Apoyo para el bebé prematuro y su familia” desarrollado por el equipo de salud neonatal de la Universidad Estatal de Londrina. Se identificaron tres temáticas:

- 1) La visita domiciliaria como apoyo a las familias en el hogar, entonces logra minimizar los sentimientos de impotencia, soledad e inseguridad que las madres experimentan con la llegada de su hijo al hogar.
- 2) Individualización de la atención domiciliaria: Es un momento necesario para reforzar las orientaciones dadas en el medio hospitalario y permite discutir temas específicos para cada situación.
- 3) Sintiendo cuidadas y apoyadas para cuidar: En vez de sentirse vigiladas las familias por la atención en el hogar se sintieron cuidadas. Fue una oportunidad para demostrar y validar los conocimientos adquiridos. La visita domiciliaria es una estrategia que contribuye a mejorar la calidad del cuidado en el hogar. Favorece, el vínculo entre las familias y las enfermeras, y disminuye las dudas, miedos y ansiedades de la madre. Además, se proporcionan cuidados en el hogar y se fomenta la adherencia a los cuidados y tratamientos. Este estudio al ser cualitativo se evaluó con el instrumento de lectura crítica de CASPe y su calidad es ALTA.

La octava pesquisa fue un estudio descriptivo con enfoque cualitativo de Sassá et al(84), 2014 basado en la metodología de atención convergente buscó describir

las acciones de enfermería implementadas en el contexto del hogar, a las necesidades presentadas en familias de recién nacidos con muy bajo peso al nacer. Su localización fue en Maringá- Paraná, en Brasil. Durante junio de 2010 a agosto de 2011. La muestra correspondió a nueve familias de recién nacidos con muy bajo peso al nacer incluidos en el Programa de Vigilancia de Riesgos del Bebé, con el criterio de peso al nacer $\leq 1,500\text{g}$. Sin embargo, en los resultados mencionan que son 10, pero no explican el porqué. Las visitas domiciliarias se llevaron a cabo durante los primeros 6 meses después del alta hospitalaria, programadas al menos una vez al mes. Del análisis de los datos surgió una única categoría: "Resolver dudas, apoyar y subsidiar a la familia en la atención diaria", cuyos resultados mostraron que las enfermeras, al ofrecer apoyo, orientación y asistencia en el hogar, redujo al mínimo la inseguridad y el miedo que son característicos en los primeros meses después del alta, fortaleciendo a las familias para desarrollar la atención específica que estos bebés demandan. Concluyen que las acciones de enfermería en el contexto del hogar implicaron evaluar al niño, dar orientaciones, declaraciones, aclaraciones, referencias y estímulo para monitorear el cuidado infantil y con especialistas, además de un enfoque que facilitó el empoderamiento familiar y la autonomía gradual para cuidar. El estudio tuvo como limitaciones el abordaje metodológico que hizo y el número reducido de los participantes, se evaluó con CASPe y su calidad es BAJA.

El último estudio realizado por Bora Günes y Çavusoglu (85), 2020 fue un diseño cuasiexperimental con grupo pretest y post-test, realizado en Turquía. Evaluaron los efectos de un programa de atención de enfermería en el hogar sobre problemas de atención posnatal, ansiedad y depresión entre mujeres turcas con bebés prematuros, en el Hospital universitario en Kirikkale, desde el 1 de junio de 2015 a 1 de julio 2016. La muestra final incluyó 80 madres y sus bebés, 40 sujetos se inscribieron en cada grupo: estudio y control. La intervención consta de cuatro visitas de cuidados de enfermería en el hogar proporcionadas por una enfermera pediátrica con experiencia en cuidados intensivos para recién nacidos y cuidados en el hogar para niños con enfermedades crónicas. Las intervenciones de

enfermería se identificaron con el NIC de acuerdo con los diagnósticos de enfermería de NANDA. No se observaron síntomas depresivos significativos entre las madres en ambos grupos dentro de las primeras 24 horas para los niveles de depresión y ansiedad. Las diferencias entre las puntuaciones medias de depresión y ansiedad de las madres por grupo fueron significativas después de los seguimientos en el hogar. Los niveles de ansiedad fueron significativamente más altos entre las madres en el grupo control. ($X \pm SD = 50.50 \pm 9.99$) en los días 40–42 en comparación con el grupo de estudio ($X \pm SD = 44,63 \pm 8,86$) ($p < 0.001$). En el grupo control los prematuros tuvieron los diagnósticos de enfermería: Deterioro de la integridad de la piel (dermatitis del pañal) ($p = 0.003$), Riesgo de trauma ($p < 0.001$) y Riesgo de aspiración ($p < 0.001$) Concluyeron que brindar cuidados de enfermería en el hogar para madres de bebés prematuros durante los primeros 40–42 días tiene el potencial de disminuir los problemas de atención posnatal, incluida la depresión materna y los niveles de ansiedad. Para este estudio se utilizó la lista de chequeo de lectura crítica del Instituto Joanna Briggs (JBI) y tuvo una calidad ALTA.

Posterior a la lectura crítica de los 9 artículos de investigación que se incluyeron para evaluar su validez metodológica. Se analizaron las variables en cada estudio: 1) ADE en el Hogar del prematuro, 2) características de los prematuros y 3) Tiempo de la ADE y número de visitas. Luego, se evaluó el nivel de jerarquización de la evidencia según la propuesta de CEBM de Oxford que se puede ver a continuación:

Tabla 9. SEP/Maestría en Enfermería Pediátrica: Variables evaluadas, Nivel de Evidencia (NE) y Grado de recomendación (GR) Oxford, 2020

	ADE en el Hogar del prematuro	Características de los prematuros	Tiempo de la ADE y No de visitas	NE GR
Patel et al, 2017	<p>Las visitas domiciliarias del programa BRIDGE (Babies Reaching Improved Development and Growth in their Environment) fueron hechas por enfermeras pediátricas. Permitieron identificar errores en el cuidado del recién nacido de alto riesgo en el hogar, relacionados con: inasistencia a citas, medicación, alimentación y uso de equipos médicos. Identificarlos y anticiparse permite hacer intervenciones que optimizan el cuidado que hacen los padres.</p>	<p>Grupo < de 32 semanas de gestación: Peso al nacer mediana de 1260g (430-2170). Edad gestacional 29,86 (23,71-36,71). Edad en el momento del alta: 43 días de vida (35,7 semanas). Grupo > de 32 semanas de gestación: Peso al nacer mediana de 3065g (1520-4060). Edad gestacional 37,86 (32-42). Edad en el momento del alta: 15 días de vida. Todos estaban en el Programa de seguimiento de Alto Riesgo</p>	<p>Desde las dos semanas posteriores al alta de UCIN hasta seis meses después. La mayoría de los errores se identifican en la primera visita que aproximadamente duró una hora. Aunque son necesarias dos visitas</p>	4C
Vonderheid et al, 2016	<p>La intervención H-HOPE (Home: Optimizing Premature Infant Environment) realizada por enfermería dirigida a la educación y el apoyo de la diada madre- bebé prematuro, después del alta hospitalaria, reduce los episodios de atención aguda (visitas a la clínica y/o a emergencia o reingresos hospitalarios). Pero los prematuros con madres con alto riesgo de ansiedad fueron casi 3 veces más propensos a tener episodios de cuidados agudos.</p>	<p>Edad gestacional: 32,4 semanas, peso al nacer: 1839g. Edad cronológica al inicio: 13,4 semanas.</p>	<p>Desde el alta hasta las 6 semanas de edad corregida. Se realizan dos visitas en el domicilio</p>	2b B
Toral et al, 2017	<p>El alta precoz de recién nacidos prematuros, seguidos en el domicilio por una enfermera neonatal tiene resultados sobre la preparación de los padres en los cuidados del hijo, sobre el conocimiento de los recursos sanitarios, en la adaptación al cambio de vida y en el tiempo de lactancia materna, y se comporta como una actuación segura para los niños y beneficiosa para los padres.</p>	<p>En el estudio no describen estas variables en los resultados.</p>	<p>Se adelanta el alta hospitalaria dos semanas y se realiza visita domiciliaria semanal hasta el alta definitiva</p>	2b B

	ADE en el Hogar del prematuro	Características de los prematuros	Tiempo de la ADE y No de visitas	NE GR
Álvarez et al, 2014	La ADE implica un mayor aumento de peso del recién nacido en casa que durante su permanencia en el hospital y puede considerarse segura al no aumentar la morbilidad neonatal.	Peso al nacer: 1472g, edad gestacional: 32,1 semanas, Peso inicial: 1783g y edad corregida: 35 (34-36) semanas. También tenían escasas enfermedades: Enfermedad de Membrana Hialina, Ductus Arterioso Persistente y hemorragias intraventriculares.	Se realizaban visitas seriadas hasta el alta definitiva durante 9 días.	3b B
Awindaogo et al, 2016	Los servicios de atención domiciliar de la Asociación de Enfermeras Visitantes (VNA) se dan al momento del alta de la UCIN para los prematuros. Los predictores de satisfacción encontrados para VNA de los padres después del alta son: Baja paridad materna y edad gestacional < 35 semanas. Aunque hubo un alto nivel de satisfacción general de VNA.	Edad gestacional: mediana 33,8 semanas (23-42,1), Peso: 2191g (395-5230g). Los diagnósticos más comunes al alta son: Síndrome de Distrés Respiratorio, Ductus Arterioso Persistente, Hemorragia intraventricular e infección. Los prematuros requirieron en el hogar: Tubo de alimentación, Monitorización de apnea y oxígeno domiciliario.	Se realiza después del alta de UCIN, pero no se menciona el tiempo ni el número de visitas en el estudio.	4C
Lundberg et al, 2016	El programa HANHC (hospital-assisted neonatal home care) es seguro y la mayoría de los bebés elegidos para la inclusión no experimentan ninguna complicación. El parto extremadamente prematuro fue un predictor de reingreso para atención hospitalaria	Edad gestacional: 33 3/7 semanas mediana (31 1/7-34 4/7). Peso de nacimiento: 1950 (1515-2295). Edad corregida al inicio de HANC: 35 6/7 (35 1/7-36 6/7). Peso inicial:2278 (2070-2513). Los bebés eran en su mayoría oxígeno dependientes por DBP y requerían tratamiento con oxígeno y pulsioximetría	Las enfermeras visitan a las familias en el hogar diaria o semanalmente durante una mediana de 24 días (13-44) días, dependiendo de la necesidad individual de cada familia	3b B
Dos Santos et al, 2014	La visita domiciliar es una estrategia que contribuye a mejorar la calidad del cuidado en el hogar. Favorece, el vínculo entre las familias y las enfermeras, y disminuye las dudas, miedos y ansiedades de la madre. Además, se proporcionan cuidados en el hogar y se fomenta la adherencia a los cuidados y tratamientos.	No hay información relacionada en los resultados del estudio	Se realizan dos visitas al hogar. Inicialmente, cuando el prematuro aún está hospitalizado, y luego cuando es dado de alta, en los primeros siete días.	5D
	ADE en el Hogar del prematuro	Características de los prematuros	Tiempo de la ADE y No de visitas	NE GR

Sassá et al, 2014	Las acciones de enfermería en el contexto del hogar implicaron evaluar al niño, orientaciones, declaraciones, aclaraciones, referencias y estímulo para monitorear el cuidado infantil y con especialistas, además de un enfoque que facilitó el empoderamiento familiar y la autonomía gradual de la atención.	Los bebés prematuros nacieron con un peso que oscilo entre 655g a 1470g.	Las visitas se realizan los primeros seis meses después del alta hospitalaria y se hace al menos una visita al mes o dependiendo del plan de atención.	5D
Bora Günes y Çavusoglu, 2020	El programa de atención de enfermería en el hogar proporcionado por una enfermera pediátrica, con experiencia en UCIN y cuidados en el hogar, para madres de bebés prematuros durante los primeros 40–42 días tuvo el potencial de disminuir los problemas de atención posnatal, incluida la depresión materna y los niveles del estado de ansiedad.	Grupo caso: Edad al nacer: 31-36 semanas de gestación y peso de nacimiento: 1820-3175g en el grupo de estudio. Grupo control, semanas de gestación: 32-36 y el peso de nacimiento fue 1920-3020g. En los días 40 a 42 post alta, en el grupo control los prematuros tuvieron los diagnósticos de enfermería: Deterioro de la integridad de la piel (dermatitis del pañal) (p = 0. 003), Riesgo de trauma (p < 0. 001) y Riesgo de aspiración (p <0. 001)	Se realizaron cuatro visitas de cuidado de enfermería en el hogar en las semanas 1, 2, 3 y días 40-42. El seguimiento en el hogar duró aproximadamente 40-60 minutos	2b B

Fuente: Elaboración propia

Luego se excluyeron 4 artículos de investigación que tenían una calidad baja y se estableció que a partir de los 5 artículos restantes con calidad metodológica entre alta y media, se daba respuesta a la mejor evidencia con relación a la pregunta de investigación.

Para finalizar, el nivel de evidencia se determina a partir de la relación entre el diseño de investigación y la calidad metodológica en cada uno de los 5 estudios incluidos con mejor evidencia. Después se estableció la fuerza de recomendación, como se detalla a continuación en la siguiente tabla:

Tabla 10. SEP/Maestría en Enfermería Pediátrica: Mejor evidencia encontrada

Autor	Título	Diseño metodológico	Calidad de la evidencia	NE	GR
Bora Günes y Çavusoglu, 2020	<i>Effects of a home follow-up program in Turkey for urban mothers of premature babies</i>	Estudio cuasiexperimental que incluía grupo de control pretest-post test.	ALTA	2b	B
Vonderheid et al, 2016	<i>Health Care Use Outcomes of an Integrated Hospital-to-Home Mother-Preterm Infant Intervention</i>	Ensayo Controlado Aleatorizado	MEDIA	2b	B
Álvarez Miró et al, 2014	<i>Evolución del peso del prematuro con alta precoz y atención domiciliar de enfermería</i>	Estudio comparativo caso-control	ALTA	3b	B
Lundberg et al, 2016	<i>Hospital-assisted home care after early discharge from a Swedish neonatal intensive care unit was safe and readmissions were rare</i>	Estudio de casos y controles anidados, retrospectivo	MEDIA	3b	B
Dos Santos et al, 2014	<i>Perception of premature infants' mothers on home visits before and after hospital discharge</i>	Estudio cualitativo	ALTA	5	D

Fuente: Elaboración propia

4.2 Análisis de los resultados según objetivos

Para iniciar con el análisis de resultados a partir de los objetivos planteados en la investigación se eligieron los cinco estudios científicos que cuentan con calidad metodológica entre media y alta, como se observa en la tabla anterior, ya que, es uno de los aspectos importantes para demostrar la mejor evidencia.

Objetivo 1. Indagar respecto de la mejor evidencia científica disponible de los programas de atención domiciliar de enfermería pediátrica y/o neonatal para el seguimiento de prematuros egresados de UCIN.

A partir de la evidencia científica encontrada se respalda la efectividad de los programas de atención domiciliar de enfermería pediátrica neonatal para el seguimiento de los prematuros egresados de UCIN.

Los autores Bora Güneş y Çavuşoğlu (85), al evaluar los efectos de un programa de atención de enfermería en el hogar sobre problemas de atención posnatal, ansiedad y depresión entre mujeres turcas con bebés prematuros encontraron que no se observaron síntomas depresivos significativos entre las madres dentro de las primeras 24 horas para los niveles de depresión y ansiedad. Pero al hacer el seguimiento por la enfermera pediátrica en los días 40–42, se hicieron significativos en el grupo control en comparación con el grupo de estudio. Concluyen que brindar cuidados de enfermería en el hogar para madres de bebés prematuros durante los primeros 40–42 días tiene el potencial de disminuir los problemas de atención posnatal (deterioro de integridad de la piel, riesgo de trauma y riesgo de aspiración), incluida la depresión materna y los niveles de ansiedad.

Este estudio demuestra que la atención domiciliar de enfermería pediátrica neonatal disminuye en la madre los niveles de depresión y ansiedad que influyen directamente en la mejora de la atención del prematuro que es un bebé de alto riesgo. Porque no solo se le hace seguimiento al recién nacido prematuro sino es al binomio madre e hijo. También hace referencia al tiempo de seguimiento del programa, que se extiende desde el primer día de vida hasta la sexta semana después del alta del prematuro de la UCIN. En particular, Ocampo y Castillo(14) afirman que las madres requieren en promedio siete semanas para comenzar a sentirse cómodas y seguras para cuidar a sus bebés en casa.

Por otra parte, la investigación de Vonderheid, Rankin, Norr, Vasa, Hill y White-Traut (80) evaluó el efecto de Hospital to Home: Optimizing Premature Infant Environment (H-HOPE) en el uso de la atención médica desde la hospitalización inicial hasta las 6 semanas de edad corregida. Los bebés con el programa H-HOPE tuvieron menor probabilidad de presentar episodios de cuidado agudo (visita por enfermedad a la clínica o al departamento de emergencias o reingreso hospitalario) y las madres con alto nivel de ansiedad presentaron mayor

probabilidad de utilizar la atención médica para sus bebés. Concluyendo, que la intervención H-HOPE basada en el desarrollo y dirigida a la educación y el apoyo a la díada madre- prematuro por enfermería, reduce el uso de cuidados agudos entre los lactantes en riesgo de resultados adversos durante la transición del alta al domicilio.

Este estudio con respecto al tiempo de seguimiento se relaciona con el anterior porque se hace hasta las 6 semanas de edad corregida. En relación con el uso de la atención médica después del alta del recién nacido prematuro, Osorio et al. (55) explica que en el hogar los padres pueden no reconocer la enfermedad en su hijo si se presenta, porque ya no están monitorizados como en la UCIN. Entonces los cuidadores principales podrían realizar más consultas al departamento de urgencias ante cualquier signo de alarma o asistir cuando el prematuro presente más complicaciones.

Sin embargo, Ballantyne et al. (61) asevera que los programas de seguimiento neonatal proveen servicios de salud a los bebés con alto riesgo de desarrollar problemas en la transición desde la UCIN al hogar. De acuerdo con lo anterior, Barkemeyer (24) indica que un seguimiento ambulatorio frecuente puede reducir el riesgo de aumento de readmisión que los prematuros enfrentan al salir de la UCIN. Así mismo, Patel et al. (33) refiere que por medio de las visitas domiciliarias les permite a las enfermeras pediátricas anticiparse y realizar intervenciones cuando detectan errores del cuidado en el hogar (medicación, alimentación y uso de equipo médico), por ende, los padres de los prematuros hacen menos uso de la atención médica.

Por otra lado, el estudio realizado por Álvarez et al. (58) demostró que la Atención Domiciliaria de Enfermería (ADE) del prematuro, tras el alta precoz del mismo, es beneficiosa en relación con el aumento de peso en el domicilio y segura, ya que no aumenta su morbilidad. La ADE implica un mayor aumento de peso del recién nacido en casa que durante su permanencia en el hospital, y puede considerarse

segura al no aumentar la morbilidad neonatal. Sin embargo, un predictor es tener menos lactancia materna, porque se les suministró fórmula láctea a los recién nacidos prematuros.

También, Álvarez en otra investigación describe los beneficios de la Atención Domiciliaria de Enfermería en el prematuro: se observa un incremento de peso, disminuye el riesgo de infecciones y se favorece la lactancia materna (66). Al igual, Beleza et al. (86) resalta que la consulta de enfermería puede mejorar tanto el amamantamiento materno exclusivo como el aumento de peso.

Acerca de la alimentación de los prematuros al egreso la de UCIN, Hallowell (87) encontró en su estudio que la mayoría de los bebés de muy bajo peso al nacer (52%) fueron dados de alta solo con fórmula. Menos bebés (42%) recibieron leche materna mezclada con fortificante o fórmula y sólo el 6% de los lactantes fueron dados de alta con leche materna exclusiva. Explica que para llegar a tener tasas altas de bebés de bajo peso al nacer que reciben leche materna en el momento del egreso, las UCIN deben tener el mejor personal de enfermería capacitado al igual que el entorno laboral.

Es decir, para que los prematuros sean alimentados en el hogar con leche materna, pero asegurándose el aporte calórico necesario adicionando fortificador o haciendo una alimentación mixta con fórmula, se debe establecer desde la UCIN con el apoyo de enfermería para que se pueda continuar durante la Atención Domiciliaria.

Igualmente, Figueras, Esqué, Arroyo, Bella, Álvarez y Carbonell (2) dicen que la Atención Domiciliaria de Enfermería ayuda a la instauración y conservación de la lactancia materna. Asimismo, Toral et al. (81) expone que el tiempo de lactancia materna es mayor cuando se hace un seguimiento domiciliario del recién nacido prematuro por una enfermera experta en cuidados neonatales.

Por consiguiente, aunque algunos prematuros egresan de las UCIN con fórmula láctea para su alimentación, en el domicilio se debe motivar a la madre para que se establezca el proceso de relactación o instauración de la lactancia materna para que el prematuro pueda beneficiarse. Aún así, el prematuro logra incrementar peso al estar dentro de un programa de Atención Domiciliaria de Enfermería.

El otro estudio que tiene mejor evidencia es el realizado por Lundberg, Lindgren, Palme-Kilander, Örténstrand, Bonamy y Sarman (83) evaluaron la seguridad del programa Hospital-Assisted Neonatal Home Care (HANHC), revisando el reingreso a la atención hospitalaria, y también definió los predictores y las razones para la readmisión. Concluyeron que el programa HANHC es seguro y el parto extremadamente prematuro fue un predictor de reingreso para atención hospitalaria. Además, la mayoría de los bebés prematuros eran oxígeno-dependientes por la Displasia Broncopulmonar y requerían tratamiento con oxígeno y pulso oximetría.

Menciona Kuo, Lyle, Casey y Stille (88) que los bebés nacidos prematuramente continúan haciendo uso de muchos recursos y costos en los primeros 2 años después del alta de UCIN. Como lo explica Murch y Smith (57) 39,9% de los prematuros reingresaron dentro de las 8 semanas siguientes al alta, por motivos médicos como neumonía y bronquiolitis como primera causa de rehospitalización. Otra causa de reingreso hospitalario según Kim, Shim, Lee y Chang (89) es el uso de oxígeno domiciliario en los bebés con Muy Bajo Peso al Nacer, porque son dados de alta con patologías respiratorias y necesitan un control meticuloso de la atención médica después del alta de la UCIN.

De acuerdo con lo anterior, Girgin (90) destaca que las enfermeras pueden ayudar a minimizar la rehospitalización de los bebés mediante la educación de los padres, el asesoramiento telefónico, la observación frecuente y el apoyo domiciliario. De igual manera, otros estudios mencionan que los programas de seguimiento y Atención Domiciliaria de Enfermería son seguros porque disminuyen el reingreso

hospitalario (24,66). Además, Correia, Spigolon, Maran, Costa, Marcon y Teston, (91) resaltan la percepción positiva de los cuidadores de los recién nacidos de alto riesgo de la atención prestada por los profesionales de la salud en el hogar. Similarmente, en el estudio de Awindaogo, Smith y Litt (82) identificaron la prematurez, como predictor de satisfacción de los padres con los Servicios de Enfermería Domiciliaria.

Por último, el siguiente estudio con mejor evidencia de acuerdo a su calidad metodológica es el hecho por dos Santos, Balamnut, Souza y Rossetto (35) buscaron comprender el significado de las visitas domiciliarias realizadas por enfermeras neonatales para las madres de bebés prematuros. La visita domiciliaria es una estrategia que contribuye a mejorar la calidad del cuidado en el hogar. Favorece, el vínculo entre las familias y las enfermeras, y disminuye las dudas, miedos y ansiedades de la madre. Además, se proporcionan cuidados en el hogar y se fomenta la adherencia a los cuidados y tratamientos.

De igual manera, Castillo y Ocampo (16) refieren que la madre tendrá la oportunidad de cuidar al niño con la posibilidad de recibir apoyo del personal de enfermería, si es necesario, y estará mejor preparada para asumir su responsabilidad en el hogar. Tal como Torres, Valdivieso, Gómez, Medina, Pallás (60) indican el programa de seguimiento permite que se termine de instaurar el vínculo afectivo y la aceptación del niño. Igualmente Sassá (84) describe que las acciones de enfermería facilitaron el empoderamiento familiar y la autonomía gradual de la atención del prematuro en el hogar.

En cuanto a la Atención Domiciliaria de Enfermería mencionan que se cuenta con la colaboración y apoyo de neonatólogos en las investigaciones realizadas por Álvarez et al. (58) y por Lundberg, Lindgren, Palme-Kilander, Örténstrand, Bonamy y Sarman (83). Porque no se desliga de un programa de seguimiento a los prematuros que es interdisciplinario y el neonatólogo suele ser el coordinador del programa (60).

A continuación, luego de haber buscado la mejor evidencia disponible, se hizo la jerarquización relacionando el diseño del estudio con la calidad metodológica de cada investigación al dar un nivel de evidencia y grado de recomendación utilizando la propuesta del Centre for Evidence-Based Medicine de Oxford (CEBM).

Objetivo 2. Analizar los resultados obtenidos de la mejor evidencia científica disponible respecto de los programas de atención domiciliaria de enfermería pediátrica y/o neonatal para el seguimiento de prematuros egresados de UCIN según calidad metodológica de los estudios y grados de recomendación

Los estudios con mejor evidencia científica según calidad y grado de recomendación que responden a la pregunta de investigación son los siguientes:

La investigación de Bora Güneş y Çavuşoğlu (85), titulada *Effects of a home follow-up program in Turkey for urban mothers of premature babies*, tiene una calidad metodológica Alta, con nivel de evidencia 2b y un grado de recomendación B. Afirma que el programa de atención de enfermería en el hogar proporcionado por una enfermera pediátrica (con experiencia en UCIN y cuidados en el hogar para niños con enfermedades crónicas) para madres de bebés prematuros durante los primeros 40–42 días, tiene el potencial de disminuir los problemas de atención posnatal (relacionados con el deterioro de la integridad de la piel, riesgo de trauma y riesgo de aspiración) incluida la depresión materna y los niveles del estado de ansiedad.

La ADE se realizó con cuatro visitas de enfermería pediátrica con experiencia en cuidados intensivos en el hogar en las semanas 1, 2, 3 y días 40-42. Cada visita tuvo un tiempo de duración de 40-60 minutos aproximadamente.

El otro estudio es el de Vonderheid, Rankin, Norr, Vasa, Hill y White-Traut (80) *Health Care Use Outcomes of an Integrated Hospital-to-Home Mother-Preterm Infant Intervention* tiene una calidad metodológica Media, con nivel de evidencia 2b y un grado de recomendación B. Demuestra que la intervención H-HOPE multisensorial, basada en el desarrollo y dirigida a la educación y el apoyo a la díada madre- prematuro por enfermería, reduce el uso de la atención en salud entre los lactantes en riesgo durante la transición del alta al domicilio. Además, expone que las madres con alto nivel de ansiedad presentaron mayor probabilidad de utilizar la atención médica para sus bebés.

El programa tiene una duración desde el alta hasta las 6 semanas de edad corregida del prematuro y se realizaron dos visitas en el domicilio.

Los resultados de los dos estudios anteriores convergen hacia la efectividad de los programas de Atención Domiciliaria de Enfermería pediátrica para el seguimiento de prematuros egresados de UCIN porque mejora la atención postnatal de las madres hacia los recién nacidos prematuros y por ende reduce el riesgo de la utilización de la atención en salud después del egreso de la UCIN al hogar, ya sea en consultas de emergencias por eventos agudos u hospitalizaciones por reingreso. Incluso, disminuye la depresión materna y los niveles de ansiedad que podrían influir en la probabilidad de hacer mayor uso de la atención médica cuando las madres de los prematuros los tienen.

En concordancia a la salud mental de las madres de los prematuros y la consulta de los prematuros a urgencias, Goyal, Folger, Hall, Ammerman, Van Ginkel y Pickler (92) en su estudio encontraron, mediante las visitas domiciliarias, que se duplica la tasa de visitas al servicio de urgencias porque existe una asociación entre el parto prematuro tardío combinado con afecciones de salud mental materna. Porque según los hallazgos de McGowan, Du, Hawes, Tucker, O'Donnell, Vohr (93) las madres con antecedentes de alteración mental, se perciben a sí mismas como menos listas para el alta con su bebé. Es importante

también lo encontrado por Costa, Lima Anacleto, Andrade, Mandetta y Balbino (10) que las adolescentes madres, las familias monoparentales y los padres de los recién nacidos prematuros se sienten más preocupados por sus bebés.

Entonces la educación y enseñanza parental en el programa de alta neonatal del estudio de Bos, Shorey, Kulantaipian, Sng, Tam y Koh (94) demostró reducir la angustia psicológica y aumentar la eficacia los padres de bebés de Muy Bajo Peso al Nacer que son bebés prematuros. Asimismo, Casey, Irby, Withers, Dorsey, Li y Rettiganti (67) refieren que los niños prematuros de bajo peso al nacer, en particular los que son dados de alta a familias socialmente vulnerables, son apropiados para recibir las visitas domiciliarias.

Por otra parte, con respecto a los bebés prematuros que hicieron parte de los estudios con mejor evidencia metodológica tuvieron una edad gestacional entre 31 a 36 semanas de gestación, pero no tenían complicaciones como lo indicaban los criterios de inclusión recibieron entre 2 a 4 visitas en el domicilio para la intervención durante la Atención Domiciliaria de Enfermería. No obstante, Beleza et al. (86) indica que los bebés extremadamente prematuros o con Bajo Peso al Nacer requieren un número de visitas domiciliarias mayor porque tienen más riesgos, patologías y tienen estancias prolongadas en la UCIN.

En contraste al resultado que obtuvo Vonderheid, Rankin, Norr, Vasa, Hill y White-Traut (80) que solo la mitad de los bebés recibieron todas los Controles de Niño Sano en ambos grupos del estudio. Goyal, Folger, Sucharew, Brown, Hall, Van Ginkel et al. (95) encontraron que es probable que los niños que reciben visitas domiciliarias sigan una pauta de asistencia oportuna al Control de Niño Sano.

CAPÍTULO V

5.1 Conclusiones

A partir del análisis de los estudios de la investigación se pudo encontrar la mejor evidencia científica de la efectividad de los programas de Atención Domiciliaria de Enfermería Pediátrica Neonatal para el seguimiento de los prematuros egresados de UCIN y se concluye que:

Los prematuros tienen un mayor aumento de peso al estar en el hogar en comparación con el hospital y no aumenta su morbilidad. Aunque un predictor es recibir alimentación con fórmula, se puede apoyar a la madre para el proceso de relactación y asegurar la lactancia materna con apoyo de enfermería cuando se hace el seguimiento en el hogar.

Asegura un cuidado de enfermería pediátrica riguroso a los bebés prematuros oxígeno- dependientes por Displasia Broncopulmonar u otras patologías cardíacas o respiratorias que requieren tratamiento con oxígeno y pulsioximetría.

Permite llevar la práctica de enfermería al hogar y establecer un vínculo entre la familia y el profesional de enfermería pediátrica, que mejora la calidad de la atención y el cuidado al recién nacido prematuro durante la transición UCIN-hogar. Al igual ser padre de un prematuro es un predictor de satisfacción de la ADE.

La Atención Domiciliaria de Enfermería Pediátrica Neonatal en el seguimiento de los bebés prematuros disminuye la depresión y ansiedad en las madres, haciéndolas sentir más seguras y por ende mejora la atención posnatal hacia sus bebés minimizando el riesgo de trauma y aspiración con significancia estadística.

La intervención de la ADEPN dirigida a las madres con alto niveles de ansiedad reduce la utilización de servicios por atención de urgencias en salud del prematuro.

La Atención Domiciliaria de Enfermería Pediátrica Neonatal es segura porque disminuye el reingreso hospitalario, ya que, la condición de prematuro extremo es un predictor de reingreso.

El tiempo de seguimiento debe ser mayor de la sexta semana post alta porque bebés extremadamente prematuros requieren un mayor número de visitas domiciliarias de enfermería al tener más riesgos, complicaciones por patologías y estancias prolongadas en la UCIN.

5.2 Recomendaciones

A la Caja Costarricense del Seguro Social considerar la posibilidad de crear un programa de ADEPN para el seguimiento de bebés prematuros para apoyar y mejorar su atención posnatal.

Identificar e incluir antes del egreso de UCIN a los prematuros hijos de adolescentes padres y/o madres, familias monoparentales o madres con depresión o niveles de ansiedad en el programa de ADEPN.

Hacer el seguimiento de los prematuros en el hogar más allá de la primera semana y que se prolongue al menos hasta la sexta semana de egreso después de la hospitalización en UCIN.

Al Programa de Posgrados en Ciencias de la Enfermería de la UCR considerar la posibilidad de hacer investigaciones intermaestrías -entre la Maestría en Enfermería Pediátrica con énfasis en neonatología, la Maestría en Enfermería en Salud Mental y la Maestría en Enfermería ginecológica, obstétrica y perinatal -

relacionadas con la salud mental de las madres de bebés prematuros y sus efectos en el cuidado al bebé durante la ADEPN.

Desarrollar investigaciones en los países de América Latina y el Caribe acerca de ADEPN en prematuros que permitan hacer una jerarquización con un alto nivel de evidencia y grado de recomendación: Revisiones sistemáticas, ensayos controlados aleatorizados y estudios de cohorte de alta calidad metodológica.

A los profesionales de enfermería pediátrica y neonatal que laboran en UCIN buscar las estrategias para crear o fortalecer los programas de seguimiento que ya existen, donde puedan extender su práctica profesional de enfermería a la atención domiciliaria de los prematuros y sus familias en el hogar contando con el apoyo de neonatólogos y otros servicios de apoyo y referencia.

Fomentar el proceso de relactación o la continuación de la alimentación con leche materna en las familias de los bebés prematuros, garantizando un adecuado aporte calórico a través de la ADEPN al certificarse como expertos en consejería o consultoría en lactancia materna.

5.3 Limitaciones

Entre las limitaciones de la investigación se tuvo el acceso restringido a algunas bases de datos propias de enfermería para hacer la búsqueda de los estudios como CINAHL, porque son escasas las universidades que tienen los permisos. Sin embargo, se pudo llevar a cabo.

Por otra parte, algunos estudios que se encontraron en la búsqueda investigativa hacían referencia a la atención domiciliaria de los prematuros que realizan otras disciplinas como trabajo social.

CAPÍTULO VI

6.1 Referencias bibliográficas

1. 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* [Internet]. 2016;6(3):1-10. Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2015-010752>
2. Figueras J, Esqué MT, Arroyo L, Bella J, Álvarez R, Carbonell X. Evolución de la atención a domicilio para niños prematuros y de bajo peso de nacimiento desde 2002 hasta 2014. *An Pediatr* [Internet]. 2016;85(3):134-41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2016.01.022>
3. Toral-López I, Fernández-Alcántara 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. *J Pediatr Nurs* [Internet]. marzo de 2016 [citado 30 de agosto de 2017];31(2):e99-108. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0882596315002912>
4. Adama EA, Bayes S, Sundin D. Parents' experiences of caring for preterm infants after discharge from Neonatal Intensive Care Unit: A meta-synthesis of the literature. *J Neonatal Nurs* [Internet]. febrero de 2016 [citado 30 de agosto de 2017];22(1):27-51. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1355184115001118>
5. Boykova M. Newborn & Infant Nursing Reviews Life After Discharge : What Parents of Preterm Infants Say About Their Transition to Home. *Newborn Infant Nurs Rev* [Internet]. 2016;16(2):58-65. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2016.03.002>
6. Garfield CF, Lee Y, Kim HN. Paternal and Maternal Concerns for Their Very Low-Birth-Weight Infants Transitioning From the NICU to Home. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2014;28(4).
7. Phillips-Pula L, Pickler R, McGrath JM, Brown LF, Dusing SC. Caring for a

- Preterm Infant at Home. *J Perinat Neonatal Nurs* [Internet]. 2013 [citado 30 de agosto de 2017];27(4):335-44. Disponible en: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00005237-201310000-00010>
8. Ballantyne M, Stevens B, Guttman A, Willan AR, Rosenbaum P. Maternal and infant predictors of attendance at Neonatal Follow-Up programmes. *Child Care Health Dev*. 2014;40(2):250-8.
 9. Agami-Micha S, Iglesias-Leboreiro J, Bernárdez-Zapata I, Rendón-Macías ME. Condiciones al egreso de niños prematuros atendidos en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. *Rev Mex Pediatría* [Internet]. 2012;79:71-6. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2012/sp122b.pdf>
 10. Costa P, Lima GF de S, Anacleto ASCB, Andrade PR de, Mandetta MA, Balbino FS. Parents' Concerns about the Newborn During Primary Care Nursing Consultations in Brazil. *Pediatr Nurs* [Internet]. 2018;44(6):297-301. Disponible en: <http://survey.hshsl.umaryland.edu/?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=133645945&site=ehost-live>
 11. Osorio S, Ochoa S, Semenic S. Preparing for post-discharge care of premature infants: Experiences of parents. *Investig y Educ en Enfermería* [Internet]. 2017;35(1):100-8. Disponible en: <https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/327350/20784770>
 12. Villamizar B, Vargas C, Gómez OR. Metaanálisis: efecto de las intervenciones para disminuir el nivel de estrés en padres de prematuros. *Aquichan* [Internet]. 2016;16(3):276-95. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/276/pdf>
 13. Hernández Y, Sánchez NP. Propuesta de Trabajo final «Padres preparados para el cuidado en el hogar: Un cuidado informado para el bienestar de sus hijos pretérmino o con bajo peso al nacer» [Internet]. Universidad Nacional de Colombia; 2014. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/47101/1/52446935.2014.pdf>

14. Ocampo M, Castillo E. Caring for a premature child at home: from fear and doubt to trust. *Text Context Nurs* [Internet]. 2014;23(4):828-35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014003280013>
15. Raffray M, Semenic S, Osorio S, Ochoa SC. Barriers and facilitators to preparing families with premature infants for discharge home from the neonatal unit . Perceptions of health care providers. *Investig y Educ en Enfermería*. 2014;32(3):379-92.
16. Castillo E, Ocampo MP. Retrieving the offspring and caring for it during the first night at home. *Investig Educ en Enferm* [Internet]. 2013;31(3):354-63. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2012409051&site=ehost-live>
17. Pava C. Conocimientos y Prácticas de cuidado con el recién nacido prematuro o bajo peso, que ofrecen las madres en el hogar [Internet]. Universidad Nacional de Colombia; 2013. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/11155/1/539568.2013.pdf>
18. Castiblanco N, Muñoz L. Visión de las madres en el cuidado del hijo prematuro en el hogar. *Av en enfermería* [Internet]. 2011;(1):120-9. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35865/36733>
19. Angulo B, Fernández N, Molina CL. Intervención de Enfermería Neonatal en la Integración de niños y niñas de Alto riesgo atendidos en el servicio de neonatología del Hospital Dr Rafael Ángel Calderón Guardia [Internet]. Universidad de Costa Rica; 2006. Disponible en: <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/handle/123456789/1117>
20. OMS, UNICEF. Visitas domiciliarias al recién nacido: una estrategia para aumentar la supervivencia- Declaración conjunta OMS/UNICEF [Internet]. OMS; 2009. 8 p. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70057/1/WHO_FCH_CAH_09.02_spa.pdf
21. OMS. Mortalidad en recién nacidos [Internet]. 2019 [citado 3 de febrero de

- 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/reducir-la-mortalidad-de-los-recién-nacidos>
22. UNICEF. Cada vida cuenta [Internet]. 2018 [citado 22 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://www.unicef.org/spanish/every-child-alive/>
23. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Cada vida cuenta: La urgente necesidad de poner fin a las muertes de los recién nacidos. 2018;38. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/publications/files/Every_Child_Alive_The_urgent_need_to_end_newborn_deaths_SP.pdf
24. Barkemeyer BM. Discharge Planning. *Pediatr Clin NA* [Internet]. 2015;62(2):545-56. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcl.2014.11.013>
25. OMS. Nacimientos prematuros [Internet]. 2018 [citado 3 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
26. OMS. Nacimientos prematuros [Internet]. 2016 [citado 23 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
27. INEC. Tasa de Mortalidad Infantil Interanual octubre 2019. Tasa Mortal Infantil Interanual [Internet]. 2010;11:5. Disponible en: <http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documetos-biblioteca-virtual/repoblavtmii10-2019.pdf>
28. INEC. Mortalidad Infantil y Evolución Reciente 2019. 2018;1:1-16. Disponible en: <http://inec.cr/sites/default/files/documetos-biblioteca-virtual/repoblavtmiisem2019.pdf>
29. Naciones Unidas. Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades [Internet]. Salud y bienestar porque es importante. 2018 [citado 22 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
30. Charpak N, Ruíz JG, Angel Mal, Duque JS, García C. Lineamientos técnicos para la implementación de Programas Madre Canguro en Colombia [Internet]. Colombia; 2012 p. 122. Disponible en:

- http://www.ascon.org.co/Documentos/LIBRO_MADRE_CANGURO_2012.pdf
31. Araque Salazar S, Ariza Riaño NE, Valderrama Sanabria ML. Estrategia educativa para el cuidado domiciliario de los bebés prematuros: Madres usuarias del Programa Madre Canguro de Tunja, Colombia. *Rev Cuid [Internet]*. 2013;4(1):467-74. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=96521281&lang=es&site=ehost-live>
 32. Boykova M. Life After Discharge: What Parents of Preterm Infants Say About Their Transition to Home. *Newborn Infant Nurs Rev [Internet]*. junio de 2016 [citado 30 de agosto de 2017];16(2):58-65. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1527336916000295>
 33. Patel R, Nudelman M, Olarewaju A, Pooley SW, Jegatheesan P, Song D, et al. Homecare and Healthcare Utilization Errors Post-Neonatal Intensive Care Unit Discharge. *Adv Neonatal Care*. 2017;17(4):258-64.
 34. Alvarez Miró R, Lluch Canut MT, Figueras Aloy J, Esqué Ruiz MT, Arroyo Gili L, Bella Rodríguez J, et al. [Influence of in-home nursing care on the weight of the early discharged preterm newborn]. *An Pediatr (Barc) [Internet]*. 2014;81(6):352-9. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403313004281>
 35. dos Santos LC, Balaminut T, Deggau Hegeto de Souza SN, Giovanini Rossetto E. Perception of premature infants' mothers on home visits before and after hospital discharge. *Investig y Educ en enfermería*. 2014;32(3):393-400.
 36. Sanchez MA, Fuentes GP. Gestión clínica de programas de cuidado domiciliario. *CES Salud publica [Internet]*. 2016;7(2):1-11. Disponible en: http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/viewFile/4091/2689
 37. Denisova A. Creación e instauración de un programa educativo para los padres de los bebés prematuros [Internet]. Universitat de Lleida; 2014. Disponible en: <http://repositori.udl.cat/handle/10459.1/47705>
 38. Ministerio de salud y protección social. Actualización de los Lineamientos

- Técnicos para la implementación de Programas Madre Canguro en Colombia, con énfasis en la nutrición del neonato prematuro o de bajo peso al nacer [Internet]. Colombia; 2017 p. 193. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/implementacion-programa-canguro.pdf>
39. Coello P, Esguero O, Fargues I, García J, Marzo M, Navarro M, et al. Enfermería Basada en la Evidencia hacia la excelencia en los cuidados. 2004.
 40. Ravalli MJ, Ortiz Z. Decálogo del prematuro [Internet]. Buenos Aires, Argentina: UNICEF- Argentina; 2011. 9 p. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/spanish/Decalogo2011.pdf>
 41. Rojas-Valenciano L, Cubero- Alpízar C, Leiva- Díaz V. Investigación secundaria: utilización de la mejor evidencia en la práctica clínica. 3ra ed. CIEBE, UCR, editores. Costa Rica; 2017. 175 p.
 42. Gómez M, Danglot C, Aceves M. Clasificación de los niños recién nacidos. Rev Mex Pediatría [Internet]. 2012;79(1):32-9. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2012/sp121g.pdf>
 43. OMS. Todos los recién nacidos: proyecto de plan de acción para poner fin a las muertes prevenibles [Internet]. p. 55. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/every-newborn-action-plan-draft-es.pdf
 44. OMS. No Title [Internet]. 2017 [citado 4 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
 45. Taborda AR. Rol de Enfermería en la vinculación de los padres en el cuidado y adaptación del infante prematuro. Rev Cuid. 2016;7(1):540-3.
 46. OMS. ¿A qué problemas de salud se enfrentan los bebés prematuros? [Internet]. 2013 [citado 24 de mayo de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/features/qa/preterm_health_challenges/es/
 47. Saucedo García JM, Maldonado Durán J. La familia: su dinámica y tratamiento. Washington: OPS; 2003. 294 p.
 48. Ministerio de salud y protección social. Resolución 1441 de 2013: Por la cual

- se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones [Internet]. Colombia; 2013 p. 209. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1441-de-2013.pdf>
49. Hospital Nacional de Niños: Dr Carlos Sáenz Herrera. Normas para la Atención del Recién Nacido de Alto Riesgo. San José; 1999. 17-18 p.
 50. Rite Gracia S, Fernández Lorenzo JR, Echániz Urcelay I, Botet Mussons F, Herranz Carrillo G, Moreno Hernando J, et al. Niveles asistenciales y recomendaciones de mínimos para la atención neonatal. *An Pediatr* [Internet]. 2013;79(1):51.e1-51.e11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2012.11.007>
 51. Ministerio de sanidad Servicios sociales e Igualdad. Unidades de Neonatología: Estándares y recomendaciones de calidad [Internet]. Madrid: Gobierno de España; 2014. 175 p. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/NEONATOLOGIA_Accesible.pdf
 52. Pallás- Alonso CR. Cuidados centrados en el desarrollo en las unidades neonatales. *An Pediatr Contin* [Internet]. 2014;12(2):62-7. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S1696-2818\(14\)70170-2](http://dx.doi.org/10.1016/S1696-2818(14)70170-2)
 53. Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Manual de procedimientos Atención del Recién nacido con enfoque de cuidados centrados en el desarrollo y la familia. Costa Rica; 2018 p. 235.
 54. Jefferies AL, Lacaze T, Newhook LA, Narvey MR, Peliowski A, Sorokan ST, et al. Going home: Facilitating discharge of the preterm infant. *Paediatr Child Heal*. 2014;19(1).
 55. Osorio S, Ochoa S, Semenic S. Preparing for post-discharge care of premature infants: Experiences of parents. *Investig y Educ en Enferm*. 2017;35(1):100-8.
 56. Cerón M, Argote L. La inasistencia al Programa Madre Canguro desde la teoría de la incertidumbre y del modelo Dreyfus. *Av en Enferm*.

- 2012;30(3):70-82.
57. Murch TN, Smith VC. Supporting Families as They Transition Home. *Newborn Infant Nurs Rev* [Internet]. 2016;16(4):298-302. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.024>
 58. Álvarez Miró R, Lluch Canut MT, Figueras Aloy J, Esqué Ruiz MT, Arroyo Gili L, Bella Rodríguez J, et al. Evolución del peso del prematuro con alta precoz y atención domiciliar de enfermería. *An Pediatría* [Internet]. diciembre de 2014;81(6):352-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.10.024>
 59. Ferreira F, Souza N. Recién - nacido prematuro: apoyo materno domiciliar para el cuidado. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2012;65(1):19-26. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/03.pdf>
 60. Torres Valdivieso MJ, Gómez E, Medina MC, Pallás CR. Programas de seguimiento para neonatos de alto riesgo. *Protocolo Diagnósticos Teraeúuticos de la AEP: Neonatología*. 2008. p. 278-84.
 61. Ballantyne M, Stevens B, Guttman A, Willan AR, Rosenbaum P. Transition to Neonatal Follow-up Programs. *J Perinat Neonatal Nurs* [Internet]. 2012;26(1):90-8. Disponible en: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00005237-201201000-00016>
 62. Oliveira SG, Kruse MHL, Sartor SF, Echevarría-Guanilo ME. Enunciados sobre la atención domiciliar en el panorama mundial: revisión narrativa. *Enfermería Glob* [Internet]. 2015;14(3):360. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/202571>
 63. Solís K, Guevara G. Programa de visita domiciliar del sistema de salud costarricense : lineamientos para su mejora. *Rev Enfermería Actual Costa Rica*. 2015;29:1-18.
 64. Finello KM, Terteryan A, Riewerts RJ. Home Visiting Programs_ What the Primary Care Clinician Should Know. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* [Internet]. 2016;46(4):101-25. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cppeds.2015.12.011>

65. Acioli S, Valadao L, Magda G, Patrícia F, Vanessa A. Práticas de cuidado : o papel do enfermeiro na atenção básica. *Rev Enferm Uerj*. 2014;22(5):637-42.
66. Álvarez Miró R. Influencia de la atención domiciliaria de enfermería en la evolución del prematuro con alta precoz [Internet]. Dipòsit UB. Universitat de Barcelona; 2011. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/43128>
67. Casey PH, Irby C, Withers S, Dorsey S, Li J, Rettiganti M. Home Visiting and the Health of Preterm Infants. *Clin Pediatr (Phila)* [Internet]. 2017;56(9):828-37. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0009922817715949>
68. Cordewener D, Lubbe W. Professional Nurses' Perceptions of Skills Required for Performing Preterm Infants' Follow-up Assessments. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2017;31(3):256-62.
69. Sampieri RH, Collado CF, Lucio PB. Metodología de. Cuarta. México D.F.: Mc Graw Hill; 2006. 882 p.
70. Rojas- Valenciano L, Rodríguez- Artavia A, Monge-Blanco M. Influencia de la capacitación: "Práctica Clínica Basada en la Evidencia" en la práctica diaria de la enfermera (o). *Rev Enfermería Actual Costa Rica*. 25:1-16.
71. Ingersoll G. Evidence- based nursing: what it is and what it isn't. *Nurse Outlook* [Internet]. 2000;48(4):151-2. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0029655400767327>
72. Castro M, Simian D. La enfermería y la investigación. *Rev Clínica Las Condes* [Internet]. 2018;29(3):301-10. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864018300531#bib0085>
73. Sackett D, Wennberg J. DL, JE. Choosing the best research design for the question. *BMJ* 1997; 315: 1636. *BMJ*. 1997;315:16-36.
74. Coello P, Ezquerro O, Fargues I, García J, Marzo M, Navarra M, et al. Enfermería Basada en la Evidencia. Hacia la excelencia en los cuidados. En Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2004. p. 130. Disponible en: <https://ebevidencia.com/wp-content/uploads/2013/08/EBE.-Hacia-la->

excelencia-en-cuidados.pdf

75. Juan H, González P, Solovieva Y, Rojas LQ. Efectos de la estimulación del neurodesarrollo en niños con antecedentes de encefalopatía hipóxico isquémica The Effects of Neurodevelopmental Stimulation in Children with a History of Hypoxic Ischemic Encephalopathy Efeitos da estimulação do neurodesenvo. 2014;12(1):11-21.
76. Anza I, López A, Gonzalez F, Ruiz G, García T, Valverde JJ. Metodología de la Investigación y Práctica Clínica basada en la Evidencia. Autónoma) M (Comunidad, editor. Murcia, España: Quaderna editorial; 2013. 222 p.
77. López de Argumedo M, Reviriego E, Andrío E, Rico R, Sobradillo N, Hurtado I. Revisión externa y validación de instrumentos metodológicos para la Lectura Crítica y la síntesis de la evidencia científica [Internet]. Madrid: Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (Osteba); 2006. Disponible en: <http://www.lecturacritica.com/es/acerca.php>
78. Manterola C, Asenjo-Lobos C, Otzen T. Hierarchy of evidence. Levels of evidence and grades of recommendation from current use. Rev Chilena Infectol. 2014;31(6):705-18.
79. Colegio de Enfermeras de Costa Rica. Código de Ética y Moral profesional del Colegio de Enfermeras de Costa Rica. Costa Rica; 2008 p. 41.
80. Vonderheid SC, Rankin K, Norr K, Vasa R, Hill S, White-Traut R. Health Care Use Outcomes of an Integrated Hospital-to-Home Mother–Preterm Infant Intervention. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs [Internet]. 1 de septiembre de 2016 [citado 23 de noviembre de 2017];45(5):625-38. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0884217516302283?via%3Dihub>
81. Toral-López I, González-Carrión MP, Rivas-Campos A, Lafuente-Lorca J, Castillo-Vera J, de Casas C, et al. Evolución de indicadores de cuidados tras una intervención de alta precoz en recién nacidos prematuros. Enfermería Clínica [Internet]. julio de 2017;27(4):235-40. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S113086211730075X>

82. Awindaogo F, Smith VC, Litt JS. Predictors of caregiver satisfaction with visiting nurse home visits after NICU discharge. *J Perinatol*. 2016;36(4):325-8.
83. Lundberg B, Lindgren C, Palme-Kilander C, Örténstrand A, Bonamy A-KE, Sarman I. Hospital-assisted home care after early discharge from a Swedish neonatal intensive care unit was safe and readmissions were rare. *Acta Paediatr* [Internet]. agosto de 2016;105(8):895-901. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/apa.13393>
84. Sassá AH, Gaíva MAM, Higarashi IH, Marcon SS. Ações de enfermagem na assistência domiciliar ao recém-nascido de muito baixo peso. *ACTA Paul Enferm*. 2014;27(5):492-8.
85. Bora Güneş N, Çavuşoğlu H. Effects of a home follow-up program in Turkey for urban mothers of premature babies. *Public Health Nurs* [Internet]. 23 de enero de 2020;37(1):56-64. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/phn.12671>
86. Beleza L de O, Ribeiro LM, Paula RAP, Guarda LEDA, Vieira GB, Costa KSF. Profile of at-risk newborns attended by nurses in outpatient follow-up clinic: a retrospective cohort study. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2019;27. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100302&tlng=en
87. Hallowell SG, Rogowski JA, Spatz DL, Hanlon AL, Kenny M, Lake ET. International Journal of Nursing Studies Factors associated with infant feeding of human milk at discharge from neonatal intensive care: Cross-sectional analysis of nurse survey and infant outcomes data. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2016;53:190-203. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.09.016>
88. Kuo DZ, Lyle RE, Casey PH, Stille CJ. Care System Redesign for Preterm Children After Discharge From the NICU. 2020;139(4).
89. Kim JS, Shim JW, Lee JH, Chang YS. Comparison of Follow-up Courses after Discharge from Neonatal Intensive Care Unit between Very Low Birth

- Weight Infants with and without Home Oxygen. 2017;16(10).
90. Girgin BA. Rehospitalization of preterm infants according to the discharge risk level. 2017;1-11.
 91. Correia ET, Spigolon DN, Maran E, Costa MAR, Marcon SS, Teston EF. Assistance to high-risk newborns: from the hospital to their homes. *Rev Rene*. 2019;20:e40191.
 92. Goyal NK, Folger AT, Hall ES, Ammerman RT, Van Ginkel JB, Pickler RS. Effects of home visiting and maternal mental health on use of the emergency department among late preterm infants. *JOGNN - J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2015;44(1):135-44.
 93. McGowan EC, Du N, Hawes K, Tucker R, O'Donnell M, Vohr B. Maternal Mental Health and Neonatal Intensive Care Unit Discharge Readiness in Mothers of Preterm Infants. *J Pediatr* [Internet]. 2017;184:68-74. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.01.052>
 94. Bos LS, Shorey S, Kulantaipian TS, Sng JSP, Tam WWS, Koh SSL. Effectiveness of the Neonatal Discharge Program for Very Low-Birth-Weight Infants on Parental Efficacy and Psychological Distress. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2018;32(4):E11-21.
 95. Goyal NK, Folger AT, Sucharew HJ, Brown CM, Hall ES, Van Ginkel JB, et al. Primary Care and Home Visiting Utilization Patterns among At-Risk Infants. *J Pediatr* [Internet]. 2018;198:240-246.e2. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.03.012>

6.2 Anexos

Anexo 1. Plantilla de análisis crítico FLC 3.0

1. Referencia					
Cita bibliográfica completa			Cita abreviada		
2. Descripción del Estudio					
Diseño		Objetivos		Localización y periodo de realización	
3. Pregunta de investigación					
¿Se define adecuadamente la población objeto a estudio?		¿Se define adecuadamente la exposición a estudio?		¿Se define adecuadamente los efectos clínicos a estudio?	¿El estudio se basa en una pregunta de investigación claramente definida?
4. Método					
Indica el número de sujetos seleccionados para cada grupo (expuestos/no expuestos)	¿Se hizo una estimación del tamaño de la muestra?	¿Están bien descritas las características de los individuos expuestos?	¿Están descritas las características de los individuos no expuestos?	¿Son los criterios de inclusión y exclusión adecuados para responder a la pregunta planteada?	¿Los participantes incluidos en cada grupo tienen características semejantes?
¿Están bien descritos los criterios utilizados para definir el factor de exposición?	¿Está bien descrito el tipo de comparación que se realiza?	¿El periodo de seguimiento es adecuado?	¿El número de pérdidas es elevado?	¿Se controlaron los posibles factores de confusión?	¿El método del estudio ha permitido minimizar los sesgos?
5. Resultados					
¿Se especifican los principales resultados?			¿Los resultados están correctamente sintetizados y descritos?		
6. Conclusiones					
Conclusiones del estudio			¿Las conclusiones están justificadas?		
7. Conflicto de interés					
¿Está bien descrita la existencia o ausencia de conflicto de interés?					
8. Validez externa					
¿Los resultados del estudio son generalizables a la población y contexto que interesan?					
9. Evaluación de la calidad del estudio					
Alta		Media		Baja	
				No valorable	

Anexo 2. Plantilla de análisis crítico JBI para estudios cuasiexperimentales

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR QUASI-EXPERIMENTAL STUDIES

Reviewer Ana María Rodríguez Molina Date 10/08/2020

Author Bora Günes Year 2020 Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is it clear in the study what is the 'cause' and what is the 'effect' (i.e. there is no confusion about which variable comes first)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the participants included in any comparisons similar?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Was there a control group?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were outcomes measured in a reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Anexo 3. Tabla de evidencia y grados de recomendación utilizados según (CEBM) OXFORD

GR	NE	Tratamiento, prevención, etiología y daño	Pronóstico e historia natural	Diagnóstico	Diagnóstico diferencial y prevalencia	Estudios económicos y de análisis de decisión
A	1a	RS con homogeneidad de EC con asignación aleatoria	RS de estudios de cohortes con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables, en la misma dirección y validados en diferentes poblaciones)	RS de estudios de diagnóstico de alta calidad con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables, en la misma dirección y en diferentes centros clínicos)	RS con homogeneidad de estudios de cohortes prospectivas	RS con homogeneidad de estudios económicos de alta calidad
	1b	EC individual con intervalo de confianza estrecho	Estudios de cohortes individuales, con un seguimiento mayor de 80% de las cohortes y validadas en una sola población	Estudios de cohortes que validen la calidad de una prueba específica, con estándar de referencia adecuado o a partir de algoritmos de estimación del pronóstico o de categorización del diagnóstico o probado en un centro clínico	Estudios de cohortes prospectivas con buen seguimiento	Análisis basado en costes o alternativas clínicamente sensibles; RS de la evidencia. Incluye análisis de sensibilidad
	1c	Todos o ninguna	Series de casos (todos o ninguno)	Pruebas diagnósticas con especificidad tan alta que un resultado positivo confirma el diagnóstico y con sensibilidad tan alta que un resultado negativo descarta el diagnóstico	Series de casos (todos o ninguno)	Análisis en términos absolutos de riesgos y beneficios clínicos; claramente tan buenas o mejores, pero más baratas; claramente tan malas o peores pero más caras
B	2a	RS de estudios de cohortes con homogeneidad	RS de estudios de cohortes históricas o de grupos controles no tratados en EC con homogeneidad	RS de estudios de diagnósticos de nivel 2 con homogeneidad	RS con homogeneidad de estudios 2b y mejores	RS con homogeneidad de estudios económicos con nivel mayor a 2
	2b	Estudios de cohortes individuales con seguimiento inferior a 80%. EC de baja calidad	Estudio individual de cohortes históricas o seguimiento de controles no tratados en un EC o guía de práctica clínica no validada	Estudios exploratorios que a través de una regresión logística determinan factores significativos y validados con estándar de referencia adecuado (independiente de la prueba diagnóstica)	Estudio individual de cohortes históricas o de seguimiento insuficiente	Análisis basado en costes o alternativas clínicamente sensibles; limitado a revisión de la evidencia. Incluye análisis de sensibilidad
	2c	Estudios ecológicos o de resultados en salud	Investigación de resultados en salud		Estudios ecológicos	Auditorías o estudios de resultados en salud
	3a	RS de estudios de casos y controles con homogeneidad		RS de estudios con homogeneidad de estudios 3b y mejor calidad	RS de estudios con homogeneidad de estudios 3b y mejor calidad	RS de estudios con homogeneidad de estudios 3b y mejor calidad
	3b	Estudios de casos y controles individuales		Comparación enmascarada y objetiva de un espectro de pacientes que podría ser examinado para un determinado trastorno, pero el estándar de referencia no se aplica a todos los pacientes del estudio. Estudios no consecutivos o sin aplicación de un estándar de referencia		Estudio no consecutivo de cohorte, o análisis muy limitado de la población basado en pocas alternativas o costes, datos de mala calidad, pero con análisis de sensibilidad que incorporan variaciones clínicamente sensibles
C	4	Series de casos, estudios de cohortes y de casos y controles de baja calidad	Series de casos y estudios de cohortes de pronóstico de baja calidad	Estudios de casos y controles con escasos o sin estándares de referencia independientes	Series de casos o estándares de referencia obsoletos	Análisis sin análisis de sensibilidad
D	5	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajo de investigación juicioso, ni en "principios fundamentales"	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajo de investigación juicioso, ni en "principios fundamentales"	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajo de investigación juicioso, ni en "principios fundamentales"	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajo de investigación juicioso, ni en "principios fundamentales"	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajo de investigación juicioso, ni en "principios fundamentales"

Tabla VII. Grados de recomendación (CEBM)

Grado de recomendación

Nivel de evidencia

- A Estudios de nivel 1.
- B Estudios de nivel 2-3, o extrapolación de estudios de nivel 1.
- C Estudios de nivel 4, o extrapolación de estudios de nivel 2-3.
- D Estudios de nivel 5, o estudios no concluyentes de cualquier nivel.

La extrapolación se aplica cuando nuestro escenario clínico tiene diferencias importantes respecto a la situación original del estudio.

Tabla VIII. Significado de los grados de recomendación

Grado de recomendación	Significado
A	Extremadamente recomendable.
B	Recomendación favorable.
C	Recomendación favorable pero no concluyente.
D	Ni se recomienda ni se desaprueba.