

BENEFICIS DEL MASSATGE INFANTIL EN NENS PREMATURS I ELS SEUS PARES

Irene GUTIÉRREZ MAURA

(irene.gutierrez1@uvic.cat)

4t Curs. Treball Final de Grau

Grau d'Infermeria

Tutora: Anna Vila

Facultat de Ciències de la Salut i el Benestar- Universitat de Vic-UCC

Àmbit temàtic: Neonatologia

Vic, maig 2015

Índex:

	Pàgina
1- Resum/ summary.....	3
2- Antecedents i estat actual del tema.....	5
2.1- Concepte nens prematurs.....	5
2.2- Situació actual dels nens prematurs.....	6
2.3- Problemes que poden tenir els nens prematurs per haver d'utilitzar el massatge infantil.....	10
2.4- Conceptes massatge infantil.....	11
2.5- Beneficis massatge infantil als nens a terme.....	12
2.6- Beneficis massatge infantil en prematurs.....	13
2.7- Beneficis del massatge infantil en els pares.....	14
2.8- Paper de la infermera en el massatge infantil en prematurs.....	15
2.9- Justificació.....	16
3- Hipòtesis i objectius.....	19
3.1- Hipòtesis.....	19
3.2- Objectius.....	20
4- Metodologia.....	21
4.1- Àmbit d'estudi.....	21
4.2- Disseny.....	21
4.3- Població i la mostra/participants.....	21
4.4- Criteris d'inclusió i exclusió.....	22
4.5- Intervenció a realitzar.....	23
4.6- Variables i mètodes de mesura.....	27

4.7- Anàlisi dels registres.....	31
4.8- Limitacions de l'estudi.....	32
4.9- Aspectes ètics.....	33
5- Utilitat pràctica dels resultats.....	34
6- Bibliografia.....	36
7- Annexes.....	41
7.1- Annex 1: Test de coneixements per a les infermeres.....	41
7.2- Annex 2: Enquesta de satisfacció MISPP de disseny propi.....	44
7.3- Annex 3: Test vincle afectiu nadons/pares.....	47
7.4- Annex 4: Care Q.....	49
7.5- Annex 5: PIPP.....	56
7.6- Annex 6: Premie-Neuro.....	56
7.7- Annex 7: Full de registre-seguiment.....	57
7.8- Annex 8: Consentiment informat.....	58
8- Agraïments.....	59
9- Nota final de l'autor. El TFG com experiència docent.....	59

1- RESUM

Al llarg dels anys l'augment de nadons prematurs ha estat considerable. El 2013, a Catalunya, dels 71.493 naixements, 4.488 varen ser de nens prematurs. Aquests nens romanen llargs períodes de temps a la UCI neonatal i, per les característiques d'aquesta, els nadons poden presentar malestar.

L'objectiu d'aquest estudi és avaluar si el massatge infantil realitzat pels progenitors pot afavorir el benestar del nadó, disminuint així els signes d'estrès als que pot estar sotmès i afavorint també el seu vincle afectiu amb els pares.

El disseny de l'estudi serà quantitatiu, experimental amb assignació aleatòria al grup i prospectiu i es portarà a terme a la UCI neonatal de Sant Joan de Déu. Es seleccionaran 24 nadons prematurs amb els seus respectius pares. Per valorar l'estudi, es passaran una sèrie de testos validats i enquestes tant als pares com als nadons. Als pares els avaluarem a través de l'enquesta validada Care Q i les enquestes no validades sobre la satisfacció i el vincle afectiu fills-pares. Als nadons els avaluarem amb les escales validades de PIPP i Premie-neuro, mesurant diferents paràmetres antropomètrics i a través de l'observació.

Les possibles limitacions que poden aparèixer estan relacionades amb la manca de naixements prematurs, problemes de salut de la mare i el seguiment incorrecte a l'alta domiciliària, així com la por a actuar amb els seus nadons i la falta de coneixements per part d'infermeria.

Paraules clau: masaje, prematuro, enfermería.

SUMMARY

Over the years the increase of premature babies has been considerable. In 2013, in Catalonia, 4.488 of the 71.493 births were premature babies. These babies usually remain long periods of time in the neonatal UCI, and due to its characteristics, the babies can feel discomfort.

The aim of this study is to determine whether the infant massage given by the progenitors can be favourable to the welfare of the child, reducing the signs of stress in the babies and favouring the emotional bond between the babies and their parents.

The design of the study will be quantitative, experimental with random assignment to the group and prospective. It will be carried out in the neonatal UCI of Sant Joan de Déu, where 24 babies and their parents will be selected. In order to assess the study, both parents and babies will participate in some scales and polls. As for the parents, we will assess them with the validated poll Care Q and not validated polls about the satisfaction and the emotional bond children-parents. We will assess the babies with the validated scales PIPP and Premie-Neuro, measuring different anthropometric parameters and also with the observation.

The possible limitations that can present this study are related to the lack of premature births, health problems of the mother and the incorrect monitoring after discharge, as well as the fear of acting with their babies and the lack of knowledge of the nursing staff.

Key words: massage, premature, nursing.

Nota: al llarg del treball es parla de pares, fent referència tant al pare com a la mare.

2- ANTECEDENTS I ESTAT ACTUAL DEL TEMA

2.1- Concepte nens prematurs

Segons la Organització Mundial de la Salut (OMS) , un nen prematur és aquell que neix abans de la setmana 37 de gestació o abans dels 259 dies comptant a partir del primer dia de l'última menstruació (Cabero,2004). Es considera viable a partir de la setmana 24, amb un pes equivalent a 500 g (Oliveros i Chirinos, 2008). Aquesta prematuritat es pot classificar segons les setmanes que tingui el nadó, llavors la classificació és la següent (taula 1) :

Lleu	De 34 a 36 setmanes
Moderada	De 30 a 33 setmanes
Extrema	De 26 a 29 setmanes
Molt extrema	De 22 a 25 setmanes

Taula 1: Classificació de la prematuritat

Adaptació pròpia d' Oliveros i Chirinos, 2008.

La immaduresa afecta a tots els òrgans: pulmons, tub digestiu, cervell, ronyons, músculs, pell... el que provoca que es desencadeni un procés que porta a tractar al nen prematur d'una forma especial i acurada (Merino, García, Gallardo i Cano, 2002).

Els factors pels quals es dona un part prematur són múltiples, i entre els més freqüents es troben, l'edat materna, interval curt entre parts, l'estrès, infecció urinària, infecció intrauterina, malaltia hipertensiva de l'embaràs, trencament de membranes, despreniment prematur de placenta, tabaquisme, embaràs múltiple i embaràs en noies adolescents (Oliveros i Chirinos, 2008). El part prematur en resum, és el resultat d'un treball de part espontani en quasi 50% dels casos, ocorre després de la ruptura prematura de membranes en 30% i és iatrogènic (per complicacions maternes o fetals) en el 20% restant (Villanueva, Contreras, Pichardo i Rosales 2008).

2.2- Situació actual dels nens prematurs

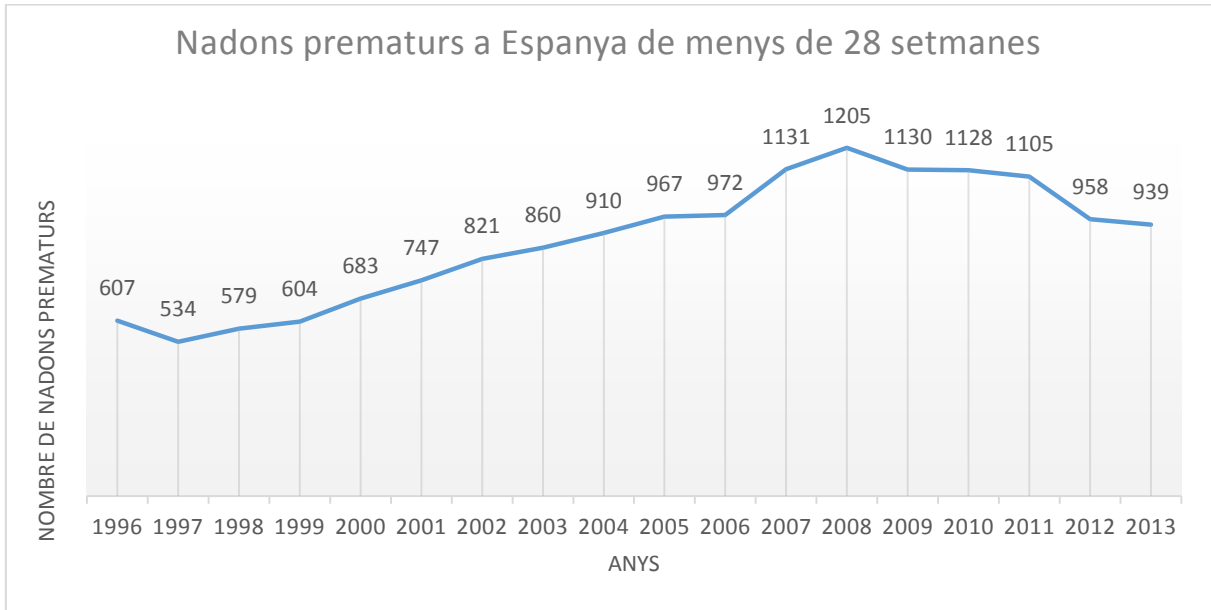


Figura 1: Nadons prematurs a Espanya de menys de 28 setmanes

Adaptació pròpia de: INE

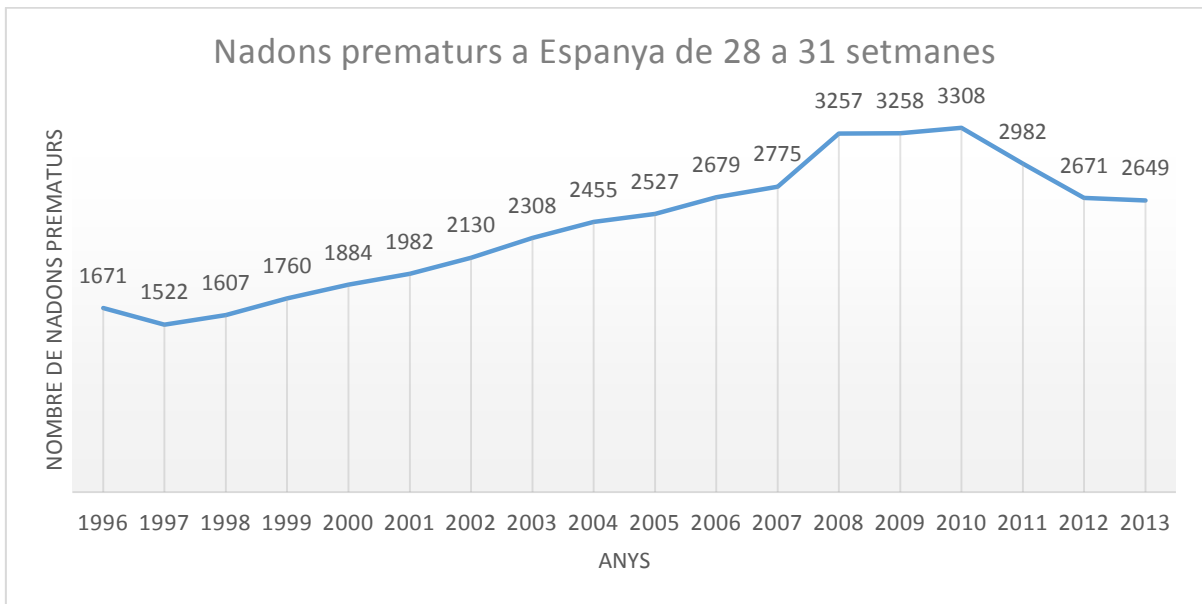


Figura 2: Nadons prematurs a Espanya de 28 a 31 setmanes

Adaptació pròpia de: INE

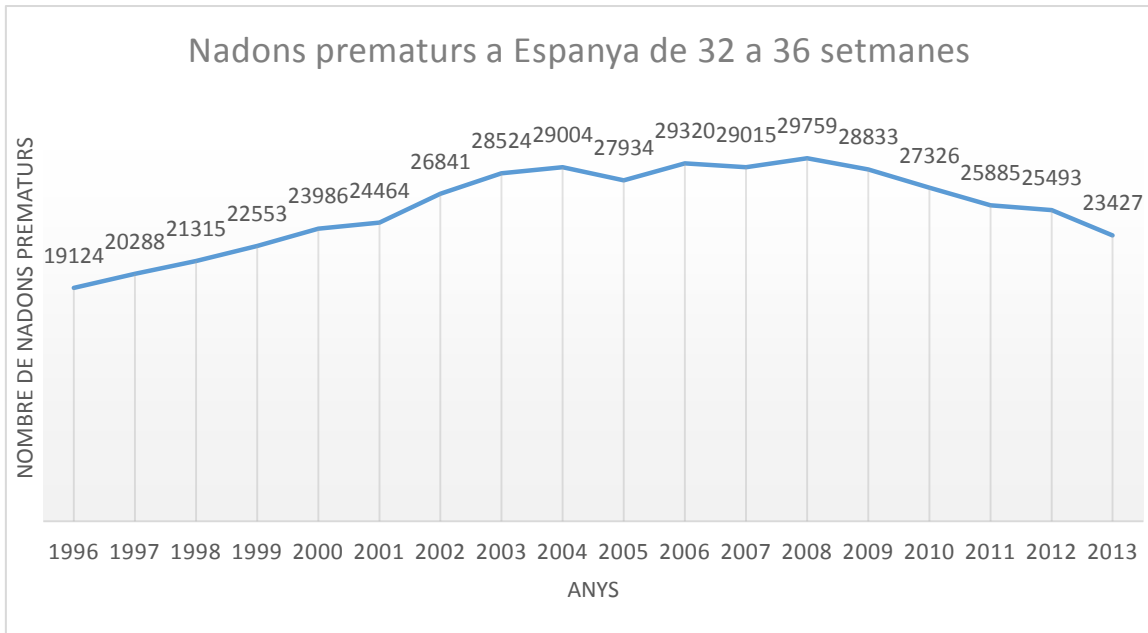


Figura 3: Nadons prematurs a Espanya de 32 a 36 setmanes

Adaptació pròpia de: INE

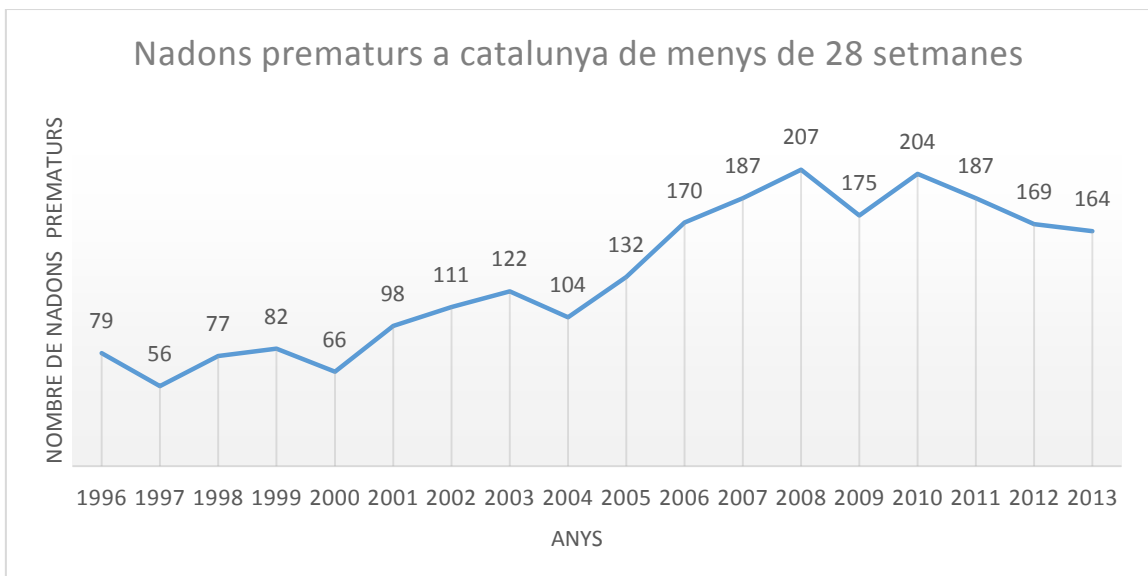


Figura 4: Nadons prematurs a Catalunya de menys de 28 setmanes

Adaptació pròpia de: INE

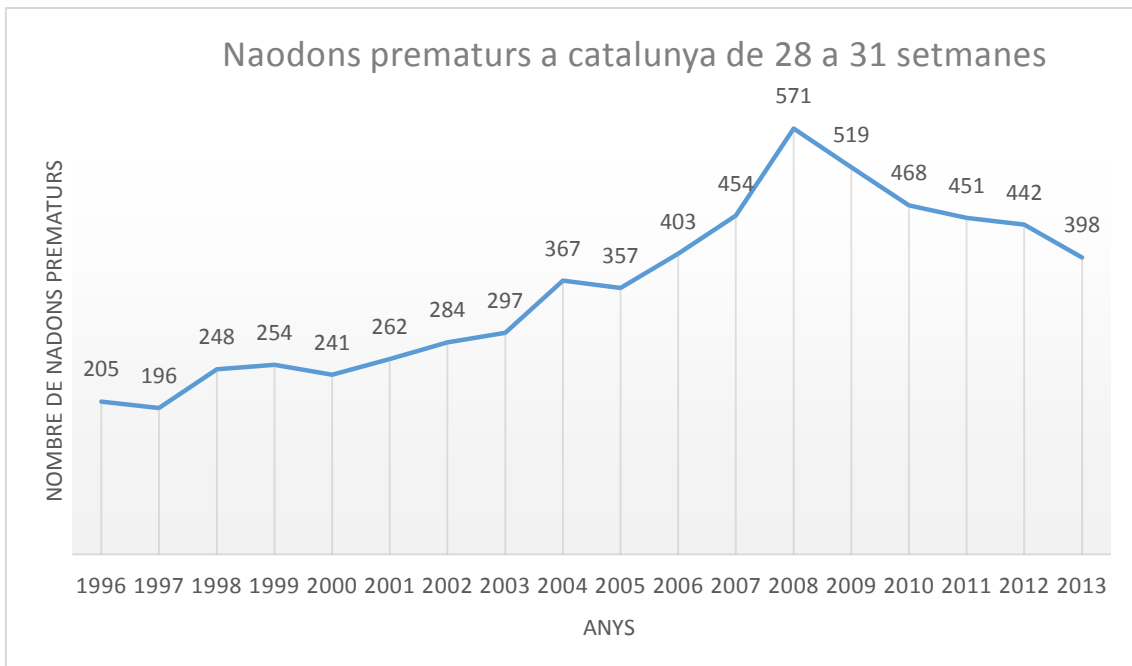


Figura 5: Nadons prematurs a Catalunya de 28 a 31 setmanes

Adaptació pròpia de: INE

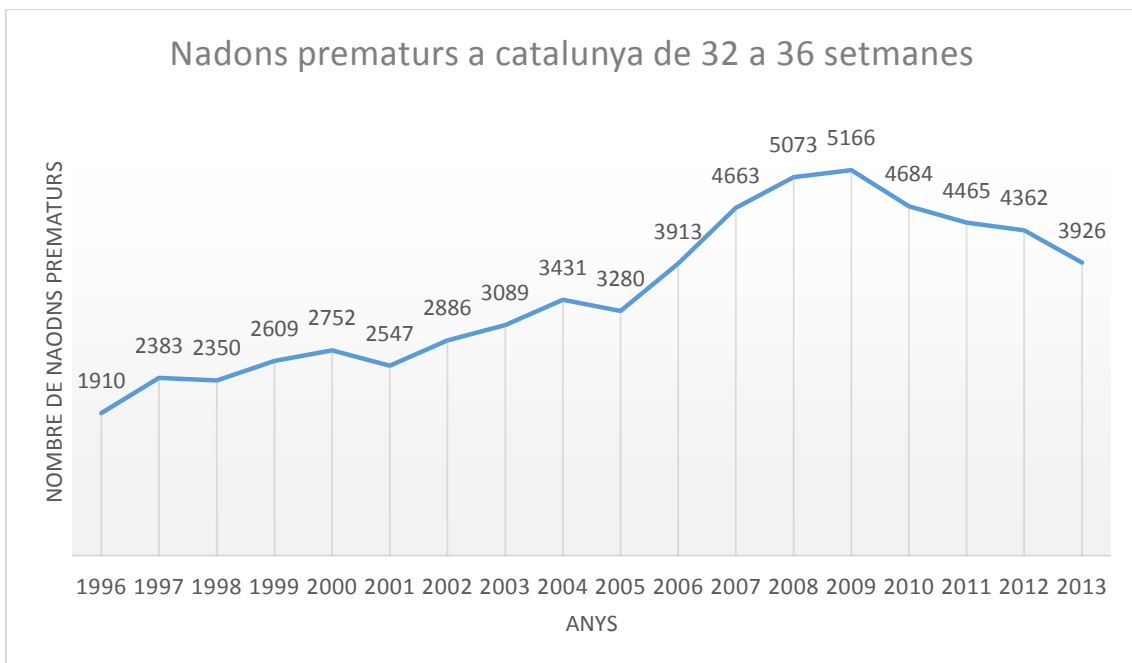


Figura 6: Nadons prematurs a Catalunya de 32 a 36 setmanes

Adaptació pròpia de: INE

Any	Naixements nadons a Catalunya	Naixements nadons prematurs a Catalunya	% naixements nadons prematurs enfront la resta de nadons
1996	54.858	2194	3,99%
1997	56.907	2635	4,63%
1998	56.831	2675	4,70%
1999	59.616	2945	4,93%
2000	63.807	3059	4,79%
2001	65.081	2907	4,46%
2002	60.546	3201	4,70%
2003	73.214	3508	4,79%
2004	76.968	3902	5,06%
2005	79.766	3769	4,72%
2006	82.300	4486	5,45%
2007	84.037	5304	6,31%
2008	89.249	5851	6,55%
2009	85.204	5860	6,87%
2010	04.360	5356	6,34%
2011	81.247	5103	6,28%
2012	77.438	4973	6,42%
2013	71.493	4488	6,27%

Taula 2: % naixements nadons prematurs a Catalunya respecte els altres naixements

Adaptació pròpia de: INE

A nivell mundial, 1 de cada 10 nens neix massa aviat, 15 milions cada any (Lawn et al., 2013). La seva freqüència varia de 5 a 11% en les regions desenvolupades i fins 40% en algunes regions molt pobres (Villanueva et al., 2008).

Només a Europa, 500.000 nens neixen prematurs cada any, dels quals més de 29.000 ho fan a Espanya, constatant un augment del 36% des de 1996. Al 2013, segons les darreres dades recollides per l'Institut Nacional d'Estadística (INE), es pot observar que a Espanya per sota de 37 setmanes varen néixer 27.015 nens, mentre que en el 2012 va ser de 29.122 nens i en el 2011, la xifra de nens prematurs era de 29.972. Unes xifres on es veuen unes diferències estadísticament significatives amb els nens nascuts anys enrere, com seria el cas de l'any 1996 on es pot observar que els nens prematurs nascuts aquest any va ser de 21.428 (INE, 2014).

Les xifres d'ingrés hospitalari a Espanya de nens prematurs, arriben al 13% i en les Unitats de Cures Intensives (UCI) arriben a ingressar un 20% de nens prematurs d'entre 33-35 setmanes d'edat gestacional (El mundo, 2014)

A Catalunya, l'any passat, dels 70.206 parts que es varen registrar, el 6,6% varen ser prematurs (Institut d'Estadística de Catalunya, 2014).

L'any 2013 el nombre de nens prematurs nascuts a Catalunya va ser de 4.488, mentre que el 2012 va ser de 4.973 i l'any 2011 va ser de 5.103. Com anteriorment ha passat a Espanya, el nombre de nens prematurs nascuts anys enrere també és significativament inferior que anys mencionats anteriorment, sent el nombre de prematurs nascuts en el 1996 de 2.194.

Com podem observar en les figures 1-6, tant a Espanya com a Catalunya coincideixen que entre l'any 2006 i el 2010, varen ser els anys amb més naixements prematurs. Tot i que a Espanya, la xifra de naixements prematurs d'entre 32 a 36 setmanes també és important en els anys 2003 i 2004. Tot i que les xifres d'aquests naixements segueixen sent importants a dia d'avui.

Podem veure segon les dades obtingudes a l'INE, que els naixements prematurs més prevalents són els compresos entre les setmanes 32-36 de gestació.

2.3- Problemes que poden tenir els nens prematurs per haver d'utilitzar el massatge infantil.

El nen prematur, per la condició de prematuritat, presenta una reducció de la capacitat per interactuar amb el seu entorn. L'alteració de l'estat infantil i la capacitat reduïda del nen en l'entorn proper, modifica la interacció entre els pares i el nen (Virginia Henderson Global Nursing e-Repository, 1983). Per altra banda, els nens prematurs estan a la Unitats de Cures Intensives neonatal (UCIN), que és un lloc amb molta llum, enrenou i estrès (Badiie, Samsamshariat i Pourmorshed, 2012). Per tant, porta que els nens prematurs

estiguin exposats a diari a molts factors d'estrès mentre estan sent tractats a la UCIN (Hernandez-reif, Diego i Field, 2008).

Un component important de la interacció entre pares i fills és tàctil, i el fet d'estar a la UCIN fa que es trobin privats de l'estimulació tàctil que podrien haver tingut amb les cures habituals dels seus progenitors (Domínguez et al., 2009). Els nens prematurs també presenten un sistema immunitari més poc desenvolupat que els nens nascuts a terme.

Per tant, al realitzar el massatge infantil, ajudem a reforçar el sistema immunitari del nen, perquè mitjançant el massatge reduïm les hormones de l'estrès (Albiol, 2009).

Al mateix temps aquesta privació del contacte pares-nens es redueix pel fet d'utilitzar aquesta pràctica i afavoreix el benestar del nen i dels pares.

2.4- Concepte massatge infantil

La tècnica del massatge infantil consisteix en una estimulació tàctil, intencionada, carícies repetides, sobre la superfície del cos del nen (Márquez, Lucchini i Rivera, 2014).

El massatge infantil és una de les més antigues formes de tractament en el món (Field, 1998).

S'han registrat referències de massatges en els nens des de fa més de 3000 anys, començant amb els egipcis i després la cultura Xina (Doren, Bertoni i Raies, 2007).

Existeixen dos referents del que coneixem a Occident com a massatge infantil:

- Dr. Frédérik Leboyer (en la dècada del 80), metge francès, ho va descobrir en un dels seus viatges per la Índia. Va observar com una jove mare li donava massatge al seu nen en els carrers de Calcuta, i en

honor a ella va anomenar a aquest massatge Shantala i va escriure al 1976 el llibre " Shantala, un art tradicional, el massatge dels nens".

- Vimala Schneider, en 1973, treballant en un orfenat de la Índia es posa en contacte amb el massatge. Vimala torna a Occident i crea en 1976 la tècnica dels cursos de Massatge Infantil. El 1977 va escriure el llibre "Massatge infantil, Guia pràctica per la mare i el pare" i la primera edició del "Manual d'Instructors de Massatge Infantil" (González, 2007).

Els massatges infantils es treballen en tres fases (Merino et al., 2002):

- Acostament del nen mitjançant carícies suaus, establint una relació de confiança amb la família per ajudar a superar les fases per les que aquesta família està passant degut a la gravetat del procés.
- Inici dels massatges com a part de les cures diàries per part d'infermeria
- Ensenyament de la tècnica als pares per establir els llaços afectius necessaris i conèixer els seus fills.

Al 1994, a Espanya arriba l'AEMI, (Associació Espanyola de Massatge Infantil) (González, 2007).

2.5- Beneficis massatge infantil als nens a terme.

Els beneficis que aporta aquesta teràpia són múltiples. Un d'ells són la seguretat, el contacte amb els pares fa que el bebè es senti estimat i valorat. D'aquesta manera, es fomenta la seva autoestima i confiança (Heath i Bainbridge, 2000).

Un altre benefici és el benestar general, que segons les investigacions, els bebès que reben afecte i carícies emmalalteixen i ploren menys que els que no. El massatge millora la circulació i també estimula el sistema immunitari. El massatge pot alleugerir el dolor i els símptomes de diverses afeccions. És relaxant, i a causa d'això contribueix a millorar els patrons de son i descans. També contribueix a la disminució del nivell de l'hormona del estrès i augment

de les serotonines (encarregades de la sensació de plaer i felicitat) (Heath i Bainbridge, 2000).

El massatge ajuda a organitzar el sistema gastrointestinal solucionant moltes vegades el problema dels còlics i gasos que sofreixen els lactants (González, 2007).

El massatge també contribueix a les habilitats socials, ja que el contacte és una forma de comunicació, on mitjançant el massatge els pares es comuniquen amb el nen per una via no verbal que millora la relació afectiva entre ells i, en conseqüència, fomenta la seva autoestima i sociabilitat (Heath i Bainbridge, 2000).

2.6- Beneficis massatge infantil en prematurs

El benefici més important de donar massatges al seu fill prematur potser sigui que potencia l'afectivitat entre les dues (fomenta el vincle pares-fills), el qual, és particularment important si el nen ha passat els primers dies de vida a la incubadora. I a causa d'això incrementa l'afecció i llaços entre pares-fills (González, 2007).

Diversos estudis han demostrat que la teràpia del massatge afavoreix l'augment de pes; millora la mineralització dels ossos, així com escurçar l'estada hospitalària i en conseqüència l'alta precoç (Badiee et al, 2012).

El massatge infantil també pot estimular el creixement i el desenvolupament, així com millorar la digestió i el metabolisme. També pot augmentar la receptivitat del nen i reduir el dolor, ja que el massatge estimula la producció d'endorfines, els analgèsics naturals de l'organisme (Heath i Bainbridge, 2000).

2.7- Beneficis del massatge infantil en els pares

Entre els múltiples efectes atribuïts al massatge, es troba la interacció positiva pares-fills. Així com una millora en l'estat d'ànim de les mares i prevenció de la depressió materna. A més a més s'observa un major coneixement del fill/a per part dels pares, els quals responen millor a les seves necessitats, doncs aprenen a detectar els diferents tipus de plors del nen i el nivell d'urgència que requereix la seva atenció (Márquez et al, 2014) i a causa d'això augmenta la confiança dels pares, ja que els pares que es comuniquen afectivament amb els seus fills tendeixen a sentir-se segurs en el seu rol. Per altra part, perden la por a manejar-los. I això fomenta el benefici de relació amb el bebè; aconseguint així que els pares ajudin a les cures infermeres del seu fill hospitalitzat (Gallegos, Monti i Silvan, 2007).

Un altre benefici que té és la relaxació, ja que quan es fan massatges als fills, se li dedica tota la seva atenció i s'interactua amb ell. Els pares troben aquesta interacció agradable i relaxant (Heath i Bainbridge, 2000).

Dades científiques: l'any 1992, es va dur a terme a Austràlia un estudi sobre els pares i els seus bebès per valorar l'impacte del massatge infantil en la relació paternofilial. Un grup de pares primerencs varen aprendre a donar massatges als seus fills de 4 setmanes i varen seguir fent-lo fins a la conclusió de l'estudi. També es va observar un grup control de pares que no varen donar massatge als seus bebès. A les 12 setmanes, els bebès que havien rebut massatges saludaven als seus pares amb més contacte visual i rialles, més vocalitzacions i afecte que els del grup control. Varen mostrar més reaccions orientades cap el seu pare i menys conductes d'evitació. El massatge infantil permet que els pares i els bebès gaudeixin de l'estret contacte que les mares sovint obtenen a través de la lactància natural però que els pares rara vegada experimenten. Amb el massatge infantil, els pares aprenen a comprendre els ritmes i reaccions dels seus fills i perden la por d'agafar-los i manejar-los (Heath i Bainbridge, 2000).

2.8- Paper de la infermera en el massatge infantil en prematurs

Avui en dia, les infermeres s'enfronten a un nombre creixent de nens preterme (Mata-Méndez, Salazar-Barajas i Herrera-Pérez, 2009).

Pels professionals en l'àmbit de la infància, el massatge és una eina important i molt efectiva per a comunicar-se amb els nens i nenes (Simón, 2010). Un dels objectius d'infermeria és la promoció de la salut (Ley Orgánica 44/2003), per tant, la infermera ha de mantenir-se actualitzada davant les tendències que involucren el benestar de les famílies i els seus nounats, com és el massatge infantil (López, 2009). La importància del massatge infantil pel professional d'infermeria és que proporciona un procediment autònom en un marc de cures holístiques (en que, la visió completa de la persona és un objectiu primordial) que fomenta l'afecció dels pares amb els seus fills (Manso, Ortega, Peña i De los Santos, 2012).

El massatge és una oportunitat que té la professió infermera per realitzar la seva pràctica clínica, gestionar les cures d'una forma innovadora i amb resultats de gran impacte pels nens i les seves famílies (Márquez et al, 2014). Un repte dels professionals d'infermeria, és educar i entrenar adequadament als pares en el maneig del seu fill, i depèn de com fem això, comportarà bons o dolents resultats (Mata-Méndez et al, 2009), és a dir, les infermeres són les que s'encarreguen de guiar als pares respecte de les seves funcions com a tals i les que vetllen pel benestar de les nenes i els nens hospitalitzats (López, 2009).

Els estudis han evidenciat que el massatge infantil ha de ser ensenyat per professionals en infermeria, concretament gineco obstètrica i perinatal, degut a que són persones que, en la seva condició de participants actius en els equips de salut, estan en contacte amb la família gestant abans, durant i després del naixement d'un nou ésser, i, per tant, són considerades com les professionals idònies per ensenyar una tècnica que afavoreix el desenvolupament del bebè i que involucra als pares (López, 2009).

En definitiva, les infermeres i concretament les pediàtriques poden i han d'aportar tots els mitjans que hi ha al seu abast per millorar el benestar dels nens. La teràpia complementària del massatge suposa un instrument eficaç per millorar i complementar les cures integrals d'infermeria perquè són intervencions poc traumàtiques i actuen millorant la percepció general de salut. La tècnica dels massatges precisa de formació necessària i d'entusiasme suficient per dedicar el temps que requereix la realització de dites cures en nens tan petits (Merino et al, 2002).

2.9- Justificació

Hauria de ser inacceptable per quasi 3 milions de nounats morir, inclús per aquells que han nascut abans. Més de les tres quartes parts dels bebès prematurs que moren es podrien salvar si l'atenció bàsica arribés a ells i a les seves mares (Lawn et al, 2013).

Com abans he mencionat aquesta immaduresa afecta a molts òrgans i és per això, que els nens es veuen obligats a romandre llargs períodes de temps hospitalitzats i moltes vegades privem del contacte amb els seus pares degut a la gravetat de la prematuritat, la sedació i els aïllaments de la incubadora. En moltes ocasions les actuacions a les que es sotmeten els nens no estan absentes de dany corporal i tot això provoca en ell un rebuig a tota manipulació (Merino et al, 2002).

Un dels òrgans que es veuen afectats en aquests nens és la pell. Un dels sentits que podem establir a través de la pell és el tacte. El tacte és un sentit imprescindible per la nostra vida. S'adquireix tot d'una i potser sigui el darrer en perdre's abans de morir. En la gestació, la pell del fetus està constantment friccionada i estimulada pel múscul uterí i la paret abdominal de la mare. Quan el nen neix té la necessitat de ser tocat i friccionat, estimulants així el conjunt dels seus òrgans i de les seves funcions. Algunes de les funcions bàsiques que es cobreixen a través de la pell són la calor, el vincle/afecte, el suport, l'amor... (González, 2007). Funcions que adquireixen molta més importància en els nens

prematur degut a la privatització que anteriorment he mencionat i per l'estrès que li provoca les llums d'alta intensitat, sons, maquinària de la UCI... (el país, entrevista).

El tacte a més a més, és un poderós mitjà per al desenvolupament fisiològic, psicològic i emocional del bebè. És un nutrient que beneficia tant el nadó, com els pares i persones més properes a ell, estimulant i enfortint els seus vincles afectius i l'escolta mútua (Institut Català de la Salut, 2011).

Els investigadors que han estudiat als nens prematurs han informat que aquests nens reben molt pocs tocs confortables durant els primers dies de vida en la UCIN. I gairebé tots els que reben estan relacionats amb procediments mèdics o d'infermeria (Harrison, 2001), d'aquí la importància de fomentar aquests tocs.

El major benefici del massatge infantil tant pels pares com pel nen, és aquest vincle/relació que s'estableix entre ells (El País, 2006), amb el simple fet de proporcionar uns tocs damunt la pell del nadó, ja que la comunicació no verbal que propicia el massatge entre ells posa les bases d'una relació que podran mantenir en el futur (Heath i Bainbridge, 2000); llavors, el massatge es transforma en una eina de comunicació, d'estimulació i de promoció de l'afecció segura, al afavorir aquesta interacció (Márquez et al., 2014).

En definitiva, el massatge infantil és un promotor crucial del vincle per al desenvolupament del nadó en totes les relacions pares-nen. Es tracta d'una tècnica subtil, tendra i agradable que, per mitjà de l'estimulació tàctil, permet comunicar d'una forma intensa el nadó amb el seu entorn corporal i emocional. Els prematurs, a causa de la separació inicial dels seus pares, necessiten aquest aprenentatge i aquesta experiència única (Institut Català de la Salut, 2011).

D'aquí la importància de que les infermeres coneguin i apliquin la teràpia de massatge infantil en els nens prematurs, per ensenyar als pares la tècnica de massatges a realitzar al seu fill, així com que tinguin el nostre suport i presència per solucionar possibles dubtes i així facilitar i augmentar aquesta comunicació

i benestar tant necessaris pels pares com pel nen prematur. A causa d'això, a escala d'infermeria, realitzar aquests massatges equival a implementar una nova filosofia de cures del nadó centrades en el vincle pares-fills (Institut Català de la Salut, 2011).

El que m'ha portat a realitzar aquest treball des de la infermeria, és que quan vaig fer pràctiques a un centre d'atenció primària a l'àrea de pediatria vaig veure que el nombre de nens prematurs que teníem a la consulta era gran, i quan acudien a la consulta sentia aquesta por dels pares al tocar-los, manejar-los,... la qual cosa em va sorprendre molt i per tant, vaig començar a indagar sobre temes i a part de trobar-me amb el mètode cangur vaig trobar el massatge infantil, com a eina comunicadora, que aquest massatge ja ho realitzaven les infermeres al CAP però quan els nens ja tenien uns 2 mesos. Llavors vaig pensar que potser seria necessari utilitzar aquest massatge en el nen prematur, que sol romandre molt de temps a la UCIN i ja començar a fer-lo en aquest lloc, permetent en aquests pares poder-lo fer i per tant, la infermera, com la persona que ha seguit tot aquest procés, seria l'encarregada d'aquesta formació. I considero que la infermera seria la persona ideal, ja que ella és la que està les 24 hores del dia allà, la que vetlla pel benestar tant del nadó com de la seva família i la que veu al nadó amb una visió holística, i per tant, de forma integral, la qual cosa fa que sigui necessari que les infermeres ho integrin a la seva pràctica diària per tal de formar als pares per fer aquesta tècnica, ja que com diversos estudis han demostrat els pares estan capacitats per fer-ho.

3- HIPÒTESIS I OBJECTIUS:

3.1- Hipòtesis:

La **formació** del massatge infantil als pares de nens prematurs i la **realització** d'aquest per part dels pares als seus fills prematurs en la UCIN **pot afavorir el vincle afectiu pares-fill** i **reduir l'estrès al qual el nen pot estar sotmès**.

Variables de la hipòtesis:

- Variables independents: n'hi ha dues. Per una part hi ha la formació del massatge infantil als pares de nens prematurs; i per l'altra part la realització per part dels pares d'aquest massatge als seus fills.
- Variables dependents: n'hi ha dues. Per una part hi ha què afavoreix el vincle afectiu pares-fill i per l'altra part què redueix l'estrès al qual el nen pot estar sotmès.

Tipus d'hipòtesis:

És una hipòtesis complexa ja que indica la relació entre dues variables independents i 2 variables dependents.

És una hipòtesis direccional, ja que afirma una relació esperada en una direcció. Aquesta relació en el cas de la hipòtesis que he plantejat, es pot observar una relació directa en el cas de que la formació i la realització d'aquest massatge afavoreix el vincle afectiu i una relació inversa en el cas de que la formació i la realització d'aquest massatge disminueix l'estrès del nen.

I finalment seria una hipòtesis d'investigació ja que la hipòtesis anuncia la relació esperada entre les variables.

En resum, és una hipòtesis complexa, direccional i d'investigació.

3.2- Objectius:

Objectiu general:

- Conèixer com afavoreix la realització del massatge infantil en el vincle afectiu pares-fills.
- Conèixer com ajuda el massatge infantil a la reducció de l'estrès al qual el nen pot estar sotmès.

Objectius específics:

- Conèixer com es senten i la capacitat d'actuar dels pares davant el naixement d'un fill prematur .
- Conèixer com millora tant pels pares com pel nen prematur, el fet que siguin els pares els que realitzin el massatge infantil (tant a nivell emocional com físic).
- Valorar l'augment de pes dels nens i si presenten millor pronòstic amb la pràctica del massatge.
- Valorar l'actitud (rialles, seguiment amb els ulls...) dels nens prematurs cap als seus pares, i viceversa, a mesura que es van realitzant els massatges.
- Formar als pares sobre els beneficis que suposa realitzar el massatge infantil.

4- METODOLOGIA

4.1- Àmbit d'estudi

Aquest projecte es portarà a terme a la UCIN de l'hospital Sant Joan de Déu d'Esplugues de Llobregat.

4.2- Disseny

És un estudi quantitatiu, experimental amb assignació aleatòria dels individus al grup i prospectiu.

4.3- Població i la mostra/participants

Per escollir la mostra de nens m'he basat en què a la UCIN de Sant Joan de Déu en un any passen aproximadament 700-800 nens. Entre les dates més recents que apareixen a l'INE és que a l'any 2013 hi varen haver a Catalunya 71493 naixements i d'aquests un 6,27 % varen ser nens prematurs, llavors en un any per aquesta UCIN poden passar aproximadament uns 50 nens prematurs.

Es seleccionarà doncs, a un total de 24 nadons prematurs amb els pares i es portarà a terme durant un temps màxim de 18 mesos; el temps de duració de l'estudi és ampli degut a que no es pot controlar el nombre de naixements de nens prematurs. A mesura que vagin entrant a la UCIN nens prematurs s'aniran seleccionant amb els seus pares (si aquests estan disposats a participar en el projecte) fins que al final del projecte hi hagi 12 parelles de nens-pares en el grup control i 12 parelles més en el grup experimental. Degut a que pot haver diferències de dies i mesos entre un naixement i un altre, no s'esperarà a recol·lectar a totes les parelles per a començar la pràctica del massatge infantil, degut a que sinó el projecte pot ser innecessari i perdre l'eficàcia dels beneficis que es vol demostrar que pot haver, donat que el primer nen ja pot no

romandre a la UCIN i ser molt més madur que el darrer que ha entrat a formar part del projecte i per tant no seria útil ni equitatiu, llavors per aquest motiu els nadons amb els seus respectius pares entrarien a formar part o d'un grup o un altre de forma aleatòria. L'aleatorització de la mostra es realitzarà mitjançant el programa SPSS.

En el grup experimental, les infermeres formades formaran als pares per a que aquests realitzin els massatges als seus fills durant 15 minuts dos cops al dia; en canvi el grup control seran els formats pels nadons i els pares que no portaran a terme la pràctica del massatge infantil, però referent a altres atencions, rebran les mateixes que les del grup experimental (tests, enquestes, controls dels nadons...).

Al finalitzar el projecte, es compararan els resultats extrets dels dos grups, per observar si hi hagut diferències significatives en relació als nens i als pares pel fet de portar a terme la pràctica del massatge infantil o no.

4.4- Criteris d'inclusió i exclusió

Criteris d'inclusió:

- Nadons amb un pes entre 1250 i 2250 grams.
- Nadons amb almenys 3 dies de vida.
- Nadons amb un estat de salut estable.
- Pares majors d'edat.
- Pares amb bon estat cognitiu.
- Pares amb interès per participar en l'estudi.
- Pares il·lusionats amb l'arribada del seu fill.
- Pares que les seves dones pateixin depressió post-part amb interès per participar en l'estudi.
- Pares hispanoparlants.

Criteris d'exclusió:

- Nadons amb problemes de salut greus o alguna malformació.
- Nadons per sobre o per sota de 1250 i 2250 grams.
- Pares que tinguin alguna malaltia mental.
- Dificultats en la comunicació per la barrera idiomàtica.
- Pares que no esperaven amb il·lusió l'arribada del seu nadó.
- Mares amb depressió post-part.

4.5- Intervenció a realitzar

A mesura que en la UCIN es vagin incorporant els nadons amb els seus respectius pares seran seleccionats (sempre amb el seu consentiment) per començar a formar part del projecte.

Als que formin part del grup experimental, les infermeres formaran als pares dels nens prematurs, perquè siguin ells els responsables de realitzar aquesta tècnica i així al mateix temps que fomentem la participació dels pares en les cures dels seus fills, el qual suposa un gran benefici per ells, fomentem el vincle pares-fills.

Per tal de portar a la pràctica aquesta intervenció, el que primer cal fer és formar a les infermeres de la UCIN en aquests massatges, ja que elles són les que estan el major temps en contacte amb els nens prematurs i per tant, les que podran guiar i acompanyar en tot moment als pares en aquesta experiència.

Es formaran a 6 infermeres, 3 del torn de matí i 3 del torn de tarda, que seran els dos moments del dia en que es realitzaran els massatges. 2 infermeres al matí i 2 a la tarda seran les encarregades de supervisar aquesta pràctica; mentre que les altres dues que falten per completar el total de 6 infermeres seran les que estaran allà per si hi hagués alguna complicació o per la substitució d'alguna de les seves companyes algun dia esporàdic.

La formació a les infermeres serà la mateixa que es farà als pares. La formació de les infermeres durarà entre 15-20 hores.

Cal que les infermeres coneguin als diferents riscos als quals els nens prematurs estan més exposats, i per tant, que predisposen a una major facilitat de contagis, per les seves poques defenses. Per tant, és important que tinguin en compte el realitzar un bon rentat de mans abans de començar la pràctica del massatge, així com que tota superfície o material que el nen estigui exposat estiguin en unes bones condicions d'higiene.

Seguidament les infermeres aplicaran la teoria que han assimilat amb els nadons, per tal de posar en pràctica els seus coneixements.

Per avaluar si les infermeres estan ben formades realitzarem un test de coneixements un cop hagi acabat la formació, per comprovar el seu nivell i per assegurar que s'han format adequadament i que estan en plenes facultats per formar als pares (annex 1).

Un cop les infermeres s'hagin format en el curs i coneguin i sàpiguen tot el corresponent al massatge infantil, toca el torn de formar als pares. El primer que cal ensenyar als pares és realitzar un bon rentat de mans amb el sabó adient per tal de proporcionar als nens uns tocs segurs i sense preocupació ja que els nens al tenir poques defenses, estan molt exposats a diversos contagis.

Per formar als pares, pel que fa al massatge infantil, les infermeres utilitzaran d'entrada unes nines de simulació, les quals simularan ser els nens i amb les quals els pares podran practicar el que farien als seus fills prèviament (l'objectiu no és que els pares aprenguin a la perfecció la tècnica del massatge, sinó que coneguin els seus beneficis, i lo més important que utilitzin el massatge com a eina per comunicar-se amb el seu fill per proporcionar-li benestar).

Un cop els pares estiguin preparats, realitzaran la tècnica als seus fills, la qual realitzaran conjuntament amb la tècnica del mètode cangur. Aquesta tècnica la realitzaran durant 15 minuts dues vegades cada dia, amb la supervisió de les infermeres formades.

Alhora de la realització del massatge cal tenir en compte la intensitat de la llum que no sigui excessiva, així com que el lloc on el nen estigui reposat sigui còmode i en un àmbit càlid adequat per la seva temperatura corporal (pot ser útil la utilització de llums infraroges per irradiar calor als nens), ja que per aquesta pràctica el nadó estarà sol amb el bolquer.

Per avaluar la intervenció, realitzarem una enquesta de satisfacció de disseny propi anomenada MISPP als pares abans de realitzar els massatges als seus fills, i al cap d'un mes portant en pràctica aquests massatges tornarem a passar la mateixa enquesta, per observar si ha hagut canvis en la percepció dels pares (annex 2). Al cap d'un any tornarem a passar l'enquesta, ja que aconsellarem seguir amb aquests massatges un cop hagin sortit de la UCIN, i així veurem quina segueix sent la seva percepció i l'estat del nen/a. Aquesta enquesta només la realitzaran els pares dels nens que realitzin el massatge infantil per observar si hi ha hagut canvis en la seva percepció abans i després de portar a la pràctica el massatge.

Abans de començar la pràctica del massatge, al cap d'un mes i al final del projecte, es passarà també una enquesta de disseny propi sobre el vincle afectiu entre els nadons prematurs i els pares (annex 3).

(Donada la gran dificultat per trobar enquestes validades que parlessin sobre el massatge infantil i sobre el vincle afectiu dels nens prematurs i els seus respectius pares i que la cerca fos sense cap resultat, decideixo crear ambdues enquestes i es mirarà que en la primera fase del projecte es puguin validar).

Al final de la seva estada a UCI passarem als pares l'escala validada CARE Q sobre la satisfacció per saber quina opinió tenen ells del tracte donat per part dels professionals de la UCIN (infermeria en aquest cas), que han estat a la seva disposició (annex 4).

Per valorar als nens, s'utilitzarà l'escala validada PIPP, que és una escala per avaluar el dolor en el nen prematur i aquesta es compon de set paràmetres que inclouen indicadors de conducta, desenvolupament i fisiològics (annex 5).

Una altra escala que s'utilitzarà per valorar als nens serà l'escala de Premie-Neuro, que és una escala de valoració neurològica americana (annex 6).

Per avaluar als nadons, un altre mètode serà també a través de la mesura de paràmetres antropomètrics (pes, talla i perímetre cranial), per observar si hi ha canvis en ells.

En els nadons, una altra forma de comprovació serà a través de l'observació; si els nens a través d'aquesta pràctica canvien la seva actitud respecte als pares (per exemple, si al principi ploraven i a mesura d'anar fent els massatges han deixat de fer-ho; així com si reconeixen la veu de dels pares i ja els miren).

Als nens ho avaluarem tot al final de la pràctica de cada massatge, menys els pes que ho avaluarem al final del dia, ja que com realitzarem els massatges dos cops al dia, ho mesurarem al final del darrer massatge i la talla i el perímetre cranial que els mesurarem cada setmana.

Pot donar-se l'ocasió, de que abans de que acabi el projecte els nens hagin abandonat la UCIN, ja que el nen s'hagi estabilitzat i els professionals sanitaris ho hagin trobat oportú; en aquestes circumstàncies per tal que no s'hagin de desplaçar cada dia els pares a l'hospital, seran ells els que avaluaran als seus fills, amb prèvia formació i provant dies abans a fer-lo ells a l'hospital sota la supervisió de les infermeres, això sobretot pel que fa a les escales validades. Llavors pel que fa el pes, la talla i el perímetre cranial li direm que ho avaluï els dies corresponents i ho registri a les fulles de registre-seguiment que les infermeres li proporcionaran.

Al grup control, els pares no realitzaran els massatges infantils, però els nadons es tindran controlats i supervisats i se'ls realitzarà pràcticament els mateixos controls i tests que al grup experimental i als pares igual.

Per tant, els nadons del grup control rebran les mateixes cures i atencions que els nadons del grup experimental. Els paràmetres antropomètrics seran mesurats les mateixes vegades i dies que el de l'altre grup. Així com també es farà ús de l'observació per veure la relació entre els nadons-pares i signes que ens indiquin estrès per part del nadó (com la irritabilitat, apatia, plors...).

Pel que fa als tests, seran els mateixos menys l'enquesta MISPP, ja que no té gaire sentit passar-la als pares del grup control. La resta serà exactament igual.

Al final del projecte, podrem observar si realment el massatge infantil realitzat pels pares és positiu tant pels nadons com pels pares.

4.6- Variables i mètodes de mesura

Per a l'obtenció de les dades es realitzaran una sèrie d'enquestes i tests tant als nadons com als pares.

Pel que fa a les dades sociològiques, a l'inici del programa als pares se'ls hi passarà una entrevista personal on ells hauran d'emplenar les diferents dades socials, sanitàries i demogràfiques juntament amb l'enquesta de satisfacció i del vincle afectiu segons correspongui. Aquesta mateixa enquesta de satisfacció la tornarem a passar 1 mes després de portar en pràctica els massatges i al cap d'un any (als del grup experimental). I l'enquesta del vincle afectiu es tornarà a passar al cap d'un mes de la pràctica del massatge i al final del projecte.

Al final de la seva estada a la UCIN als pares passarem una enquesta de satisfacció sobre el tracte rebut per part dels professionals d'infermeria que els han atès.

En quant als nadons passarem 2 escales, la PIPP i la Premie-Neuro, que avaluarem al final de cada massatge i els paràmetres antropomètrics que seran valorats al final del dia i cada setmana depenent del paràmetre.

Les diferents dades socials, sanitàries i demogràfiques que ens interessa sobre dels pares són:

-Edat

-Estat civil:

- Soltera/solter
- Casada/casat
- Divorciada/divorciat
- Viuda/viudo

-Nivell d'estudis:

- sense estudis
- estudis primaris
- estudis secundaris
- estudis superiors

-Situació laboral:

- sense feina
- amb feina per compte aliena
- amb feina per compte propi

-Localitat a on es viu

-Idioma que parla:

- català
- castellà
- anglès
- alemany
- francès

-Número de fills que té:

-Número de setmanes de gestació dels fills:

- menys 28 setmanes
- de 28 a 31 setmanes
- de 32 a 36 setmanes
- de 38 a 42 setmanes
- major de 42 setmanes

(si tens més fills marca més d'un pic si aquests han nascut en diferents setmanes de gestació i assenyala a quin fill es refereix).

-Presència d'algun embaràs múltiple (en la dona):

-Existència d'algun problema de salut dels pares:

- si (especificar)
- no

Les variables pròpies dels tests i de control són:

-Satisfacció: a través de l'escala MISPP de disseny propi que es realitzarà abans de començar, al cap d'un mes i al cap d'un any.

La satisfacció també es valorarà a través de l'escala validada Care Q, i aquesta es valorarà al final de la seva estada a la UCIN, per avaluar quina és la satisfacció dels pares del servei donat per infermeria en la UCIN.

La Care Q és un instrument integrat per 50 preguntes dividides en subescales de comportament de la infermera, permet saber quin és el nivell de percepció dels usuaris, davant a la qualitat de cures que dona el personal d'infermeria.

-Vincle afectiu nadons-pares: ho farem a través de l'enquesta de realització pròpia, per veure com és aquest vincle i si hi ha diferències relacionades amb el vincle entre els que realitzen el massatge i els que no. Aquesta enquesta la passarem abans d'iniciar la pràctica, al mes i al final del projecte.

-Dolor: es mesurarà el dolor que presenten als nadons prematurs, degut a les diferents tècniques a que estan sotmesos els nens i es valorarà a través de l'escala validada PIPP. Es compon de set paràmetres que inclouen indicadors de conducta, desenvolupament i fisiològics. Cada indicador es valora de 0 a 3. Un rang de 21 correspon a una edat gestacional menor a 28 setmanes, i per més de 36 setmanes el màxim és de 18. Per totes les edats gestacionals un valor menor o igual a 6 indica la no existència de dolor o la presència d'un mínim dolor, i valors majors o igual a 12 indiquen dolor moderat intens.

-Signes neurològics: ho farem a través de l'escala neurològica Premie-Neuro. Consta de 24 ítems mesurats en tres factors: neurològic, moviment i reactivitat. Cada ítem es pot puntuar en 1, 3 o 5 punts, amb un total d'entre 24 a 120 punts. Lo normal és que el nadó tingui un valor igual o superior a 100, un valor entre 70 i 99 serà qüestionable i inferior a 70 no serà normal.

-Signes que indiquin estrès del nadó: mitjançant l'observació es tindrà en compte si el nadó presenta algun d'aquests signes, com poden ser l'apatia, irritabilitat, plors... I es podrà observar a mesura que es va realitzant aquest massatge si la presència d'aquests signes és positiva, si varia o no.

-Pes: el pes dels nadons es mesurarà al final del dia amb una bàscula de taula equilibrada i sempre es pesaran als nadons amb la mateixa bàscula i sense roba (per no haver diferències entre una bàscula i una altra).

-Talla: la talla dels bebès es mesurarà amb un tallímetre, amb el nadó estirat i mentre una persona subjecte el cap del bebè (normalment es demana als pares que ens ajudin) que just toqui el suport que indica que està ben col·locat, la infermera agafa el nadó per les cames, just pel genolls, de manera que el bebè quedi ben estirat i es pugui observar quina és la seva longitud.

-Perímetre cranial: es mesura amb una cinta mètrica, que es col·loca just per damunt les celles i les orelles, i al voltant de la part més prominent del cap del nadó.

Les variables antropomètriques anteriorment mencionades es compararan amb les corbes de creixement d'Orbergozo 1988.

4.7- Anàlisi dels registres

Les dades referent als nadons s'analitzaran a través de les fulles de registre-seguiment (Annex 7), on cada dia anotarem els valors de les variables anteriorment mencionades i de les escales utilitzades. Dels nadons del grup control no s'haurà d'emplenar els esglaons referents a les escales de valoració. Al final del projecte podrem observar si hi ha diferències estadísticament significatives pel que fa als nadons del grup control dels nadons del grup experimental.

Pel que fa a l'anàlisi de les variables quantitatives extretes de les enquestes, s'utilitzarà la mitjana aritmètica i la desviació estadística. Per comparar les mitjanes extretes de les variables utilitzarem el t-student per variables independents, ja que el que compararem seran les variables extretes dels mateixos tests però de dos grups (el grup control i el grup experimental) que prèviament s'han fet amb assignació aleatòria. El fet de comparar mitjanes porta implícit el fet de realitzar el Test de Levene, que es fa per observar la igualtat o no de les variàncies en els dos grups (aquest test de Levene es realitza automàticament quan fem el procediment de comparar mitjanes). Al final al comparar els resultats dels dos grups, s'arribarà a la conclusió de si acceptem o no la hipòtesis plantejada en l'estudi.

Per les variables qualitatives realitzarem una taula de contingència per observar de cada possible resposta quantes persones han seleccionat la mateixa. Utilitzarem els percentatges en aquestes variables i pel que fa a la comparació de les dades utilitzarem el chi-quadrat, per observar els valors extrets amb els que teòricament es tindrien que obtenir.

Cal dir que aquest anàlisi es portarà a terme a través del programa d'anàlisi estadístic SPSS versió 21.

4.8- Limitacions de l'estudi

Una de les possibles limitacions de l'estudi podria ser no arribar a recaptar el nombre de nens prematurs estimat, pel fet que hi hagi menys nombre de parts de nens prematurs. Per tal de minimitzar aquest problema, ja que evitar no es pot, el que he fet ha estat no seleccionar a totes les parelles de nen-pares al mateix temps, sinó fer l'estudi allargat en el temps (un temps de 18 mesos) de tal manera, que els nens i els pares es vagin incorporant a mesura que vagin naixent nens prematurs. D'aquesta manera pot ser sigui més viable aconseguir la mostra de 24 parelles.

El que també pot succeir és que les mares per diferents motius de salut o mobilitat com podria ser la dificultat de moure's no poguessin anar a la UCIN per realitzar aquests massatges. Aquest possible problema s'ha tingut en compte al llarg de l'estudi, i per tant, s'ha incorporat també als pares, ja que si les mares no poden seguir, siguin ells els que puguin realitzar-lo.

Una altra limitació per l'estudi, es que es doni l'alta domiciliària al nadó i que a casa els pares no portin a terme el massatge per certes circumstàncies o no ho portin a terme el temps estimat i de la forma correcta. Per evitar aquest problema s'ha tingut en compte que els pares tinguin una bona formació i donar a l'alta un full de control-seguiment que hauran d'anar omplint després de cada massatge i així tenir més certesa de que es porta a terme. Al mateix temps si és el cas de que els nens ja es troben al seu domicili cada 15 dies es farà un control rutinari.

Una altra limitació seria que les infermeres d'aquesta UCIN no es vulguin formar en aquest curs, i per tant o bé faltin infermeres o bé, si ho fan per obligació l'opció que cal tenir en compte es que pugui haver falta d'experiència per part dels professionals. Per tal d'evitar aquesta limitació, el que es pot fer es que es cursos es facin dintre d'horari laboral i incentivar a realitzar-los, proporcionant la informació adequada dels beneficis que pot portar aquesta pràctica principalment pels nens i les seves famílies i després pel centre sanitari.

Un altre possible problema que pot aparèixer, es que els pares amb les nines de simulació realitzin el massatge sense cap incidència, i que un cop davant els seus fills no s'atreveixin a fer-lo, ja sigui perquè els veuen molt petits, o que els nens ploren, o per por a fer-los mal. Aquest fet ho podem solucionar donant confiança als pares i estant al seu costat mentre realitzen la pràctica, sobretot a l'inici de portar-lo a terme.

4.9- Aspectes ètics

Per assegurar la protecció dels drets humans, l'estudi serà acreditat pel comitè d'ètica de Sant Joan de Déu.

La participació dels pares i els seus respectius fills a l'estudi serà sota la seva decisió i sense cap mena de pressió per arribar a formar part de dit estudi.

Els pares escolliran participar lliurement en l'estudi segons si aquest respecte les seves creences, valors i preferències i no seran jutjats per la seva elecció.

Als pares interessats en l'estudi se'ls explicarà verbalment en què consisteix i quina serà la seva participació en aquest. Tota informació nova que impliqui canvis per l'estudi i que sorgeixin al llarg del projecte es comunicarà.

S'assegura la confidencialitat de totes les seves dades a les que tindrem accés al llarg de l'estudi; així com també s'assegura garantir el total benestar del nadó garantint una bona pràctica clínica d'infermeria. Donat el cas, que un nadó mostri indicis d'afectació per a la seva salut, es recomanarà abandonar l'estudi.

Els pares abans de formar part de l'estudi signaran el consentiment informat (Annex 8).

5- UTILITAT PRÀCTICA DELS RESULTATS

Portar a la pràctica aquesta intervenció aportarà molts beneficis pels nens prematurs, que la incidència d'aquests nens actualment és elevada, i pels pares d'aquests nens prematurs.

Els avantatges que suposa aquesta tècnica és integrar a la família en les cures dels seus fills, així com fer-los participar en dites cures i tenint en compte i respectant la seva opinió. A part, suposa una manera fàcil, econòmica i senzilla d'establir vincles entre els pares i fills, els quals aquests vincles els ajudarà a conformar la seva relació, ajudant a la vegada a augmentar els pes dels nens, així com reduir l'estrès als quals estan exposats per l'estructura de la UCIN. El fet de millorar el pes i l'estrès dels nens farà que la mitjana de dies a la UCIN disminueixi, fet que suposarà una gran satisfacció i tranquil·litat a la família, així com un estalvi econòmic per l'hospital.

Pel que fa romandre a la UCIN, i per tant, tenir un fill en aquesta estructura, el temps que els pares poden romandre amb els seus fills és exageradament limitat, limitant-se aquest a unes 2-3 hores al dia, temps insuficient tant pels pares com pels fills. El fet que els pares realitzin els massatges infantils als seus fills, suposa més temps en contacte amb ells, i per tant, augmentar el nombre d'hores que poden romandre ells a la UCIN, i hores que els nens poden notar aquest calor corporal dels pares, tant necessaris per ells.

El fet de que les infermeres formin a aquets pares suposa per elles un grau més d'autonomia pel que fa la seva feina, així com adquirir més coneixements i habilitats, a la vegada que es fomenta aquesta renovació al canvi continu tan important per nosaltres les infermeres en un tema que actualment està en creixement i en augment. Aquesta pràctica també suposarà un canvi de visió per part de les infermeres i la resta de professionals sanitaris, ja que a part d'implementar i fomentar la pràctica del mètode cangur, pràctica totalment compatible amb el massatge infantil, i a més a més afavoridor el fet de practicar-los a l'hora, afegim el massatge infantil, el qual suposarà implementar i fomentar les dues pràctiques, i per tant, més possibilitats que els resultats obtinguts siguin positius.

Per les infermeres al seu dia a dia no suposarà una gran feina extra; l'únic extra que suposarà d'entrada aquesta tècnica seran a les sessions que les infermeres hauran d'acudir per formar-se en educadores e instructores del massatge infantil. És clar que si s'arriba a implementar i protocol·litzar aquesta tècnica a l'hospital suposarà que les infermeres hauran de formar als pares amb els massatges infantils, explicant els avantatges que té així com fomentant la gran eina comunicadora que és. Però el formar als pares, potser que a l'inici sigui un procés llarg i no es vegin els resultats, però a la llarga es veuran, quan els dies de mitjana d'estada per nen a la UCI disminueixi, així com les constants i paràmetres dels nens vagin millorant i per tant, menys necessitat constant de supervisió i a la vegada que comptar amb els pares dels nens suposa una gran ajuda cap a les infermeres, ja que els pares ajuden a les cures dels seus fills.

A més a més, els fet que sigui la infermera la referent d'aquesta pràctica, ajudarà a familiaritzar i fer més proper la relació pares-infermera.

En conclusió, en el temps de crisis que estem actualment, aquesta pràctica no suposarà una gran despesa econòmica, ja que el personal que ho duran a terme, seran les infermeres que actualment estan a les UCIN. Afegir que en quant, a maquinària, instrumental no seran necessaris d'extra, per tant el cost serà més econòmic. I l'únic que pot fer variar el cost és, depenent de l'estructura de la UCIN i com aquesta està organitzada, comptar amb una sala per poder dur a terme la formació de la tècnica als pares, i un lloc adequat dins de la mateixa UCIN per portar a terme els massatges, que sigui tranquil i on nen i pares es sentin bé.

6- BIBLIOGRAFIA:

Albiol, Montse (2009). Massatge infantil. *Amb nens*.

Badiee, Z., Samsamshariat, S., i Pourmorshed, P. (2012). Effect of Massage on Weight Gain in Premature Infants. *Iranian Journal of Neonatology*, 3(2), 57–62.

Beneytez, J. (2014, novembre). Más de 29.000 bebés prematuros al año en España. *El Mundo*. Obtingut de:

<http://www.elmundo.es/salud/2014/11/17/546a0aeaca47416d3c8b4585.html>.

[data de consulta: 18 de novembre del 2014].

Cabero Roura, Luis (2004). *Parto prematuro*. Buenos Aires; Madrid: Editorial Médica Paramericana, S.A.

Domínguez Rosales, R., Albar Marín, M. J., Tena García, B., Ruíz Pérez, M. T., Garzón Real, M. J., Rosado Poveda, M. A., i González Caro, E. (2009). Effectiveness of the application of therapeutic touch on weight, complications, and length of hospital stay in preterm newborns attended in a neonatal unit. *Enfermería Clínica*, 19(1), 11–5. doi:10.1016/j.enfcli.2008.07.001.

Doren, F. M., Bertoni, L. P., i Raies, C. L. (2007). Efectos del masaje en el recién nacido y el lactante. *Índex de Enfermería*, 16(57), 42-46.

Fernández, D., i Álvarez, M^a.J. (Producers). (2014). Técnicas de Masaje a Prematuros. [vídeo]. Obtingut de:

https://www.youtube.com/watch?v=CnJuvtS1_e0

- Fernández, D., Álvarez, M^a J., Rodríguez, D., Rodríguez, M., Fernández, E. i Urdiales, P. (2014). Traducción y validación de la escala Premie-Neuro: escala de valoración clínica neurológica del prematuro. *PreMas, Proyecto de Investigación de Masaje en Prematuros*. Obtingut de: http://www.premas.es/files/traduccion_validacion_AES_jornada_daniel.pdf
- Field, T. M. (1998). Massage therapy effects. *American Psychologist*, 53(12), 1270–1281.
- Gallegos Martínez, J., Monti Fonseca, L. M., i Silvan Scochi, C. G. (2007). The participation of parents in the care of premature children in a neonatal unit: Meanings attributed by the health team. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(2), 239–246.
- González Gracia, M. L. (2007). Masaje infantil. *Medicina Naturista*, 1(2), 102–119.
- Harrison, L. L. (2001). The use of comforting touch and massage to reduce stress for preterm infants in the neonatal intensive care unit. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 1(4), 235–241. doi:10.1053/nbin.2001.28103.
- Heath, Alan i Bainbridge, Nicky (2000). *Masaje infantil: el poder calmante de la carícia*. London; Barcelona: Ediciones Medici.
- Hernandez-reif, M., Diego, M., i Field, T. (2008). Preterm Infants Show Reduced Stress Behaviors and Activity after 5 days of Massage Therapy. *Infant Behavior and Development Journal*, 30(4), 557–561.
- Institut català de la salut (26 de juliol del 2011). Les infermeres de l'Hospital Verge de la Cinta de Tortosa aprenen a fer massatges a nadons prematurs. En URL: <http://www.somics.info/article/554> [data de consulta: 19 de novembre del 2014].

INE. Institut Nacional d'Estadística (2014). Moviment natural de la població. Naixements 2013. En URL: http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/docs/2014

[data de consulta: 3 de novembre del 2014]

Lawn, J. E., Kinney, M. V, Belizan, J. M., Mason, E. M., McDougall, L., Larson, J. i Howson, C. P. (2013). Born too soon: accelerating actions for prevention and care of 15 million newborns born too soon. *Reproductive Health*, 10 Suppl 1(Suppl 1), S6. doi: 10.1186/1742-4755-10-S1-S6.

Ley orgánica 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. *BOE*, núm. 280.

López Quirós, L. (2009). El masaje infantil: conocimientos , experiencias y opiniones de profesionales de Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal. *Revista Enfermería Actual En Costa Rica*, 16, 1–17.

Manso Melgosa, A.B., Ortega Barriuso, R., i Peña Molinero, C. & De los Santos Izquierdo, J. M. (2012). La influencia del masaje en el aumento de peso en recién nacidos prematuros. *Metas de Enfermería*, 15(8), 27–32.

Márquez Doren, F., Lucchini Raies, C., i Rivera Martinez, S. (2014). Meaning of becoming mother and son/daughter through massage. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 48(3), 415–422. doi:10.1590/S0080-623420140000300005.

Mata-Méndez, M., Salazar-barajas, M. E., i Herrera-Pérez, L. R. (2009). Cuidado enfermero en el recién nacido prematuro. *Revista de Enfermería Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 17(1), 45–54.

Mayordomo, J. El país (2006, septiembre). Toques terapéuticos para los bebés prematuros. *El País*. Obtingut de :

http://elpais.com/diario/2006/09/26/salud/1159221602_850215.html

[data de consulta: 3 de novembre del 2014]

Merino Navarro D, García Melchor M, Palomar Gallardo C i Cano López MC (2002). Los masajes y el cuidado al niño prematuro. *Rev ROL Enf.*, 25 (6): 412-414.

Molina Cardona, E.M. (2011). Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en un servicio de hospitalización domiciliaria en Bogotá. Obtingut de:

<http://www.bdigital.unal.edu.co/6471/1/Edithmilenamolinacardona.2011.pdf>

Oliveros, M., i Chirinos, J. (2008). Prematuridad: epidemiología, morbilidad y mortalidad perinatal. Pronóstico y desarrollo a largo plazo. *Revista Peruana de Ginecología Y Obstetricia*, 54, 7–10.

Pérez Farinós, Napoleón i Martínez Hernández, David. *SPSS para Windows. Tema 10*. [en línea]. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia. Universidad Complutense de Madrid. [fecha de consulta: 21 d'abril del 2015]. Disponible en: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/dosis/Preventiva/doctorado/TEMA10.pdf>

Rojas Martínez, W., i Barajas Lizarazo, M.A. (2012). Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en el servicio de urgencias. *Revista Ciencia y Cuidado*, nº 1, 13-23.

Simón, Mercè (2010). El masaje infantil para escuchar, comprender, respetar y amar a los/as niños y niñas.

20 minutos (17 de noviembre del 2014). Más de 29.000 bebés nacen prematuros cada año en España, una cifra que va en aumento. En URL:

<http://www.20minutos.es/noticia/2298819/0/29000-bebes/prematuros/espana/>

[data de consulta: 20 de novembre del 2014]

Virginia Henderson Global Nursing e-Repository (1983). Maternal-infant interaction as a function of maternally administered infant massage initiated at twenty-four hours of infant age (DISS). En URL: <http://www.nursinglibrary.org/vhl/handle/10755/178772>

[data de consulta: 29 d'octubre del 2014]

Villanueva Egan, L. A., Contreras Gutiérrez, A. K., Pichardo Cuevas, M., i Rosales Lucio, J. (2008). Perfil epidemiológico del parto prematuro. *Revista de Ginecología Y Obstetricia de México*, 76(9), 542–548.

Villar Villar, G., Fernández Pérez, C., i Moro Serrano, M. (2007). Sedoanalgesia en el Recién Nacido. *Consejería de sanidad y consumo. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Comunidad de Madrid*, nº 4.

Les bases de dades que he utilitzat han estat Cochrane, Cinahl, Isi web of science, Scopus i el google acadèmic. Els descriptors utilitzats per portar a terme la meua cerca han estat:

DESCRIPTOR ESPANYOL	DESCRIPTOR INGLÉS
Masaje	Massage
Prematuro	Infant, Premature
Enfermería	Nursing

7- ANNEXES

Annex 1: Test de coneixements per a les infermeres.

1- Quin és l'objectiu de que els pares realitzin el massatge als seus fills del nostre projecte?

- Afavorir el vincle efectiu pares-fills i disminuir l'estrès el qual el nen pugui estar sotmès.
- Evitar que el nen plori i no estigui tant de temps sol a la incubadora.
- Ajuda a conciliar el son al nen i que aquest sigui més tranquil i profund, i així consecutivament fomentar el descans.
- Afavorir el peristaltisme del nen.

2- Durant quant de temps els pares han de realitzar el massatge als seus fills?

- 10 minuts
- 15 minuts
- 17 minuts
- 20 minuts

3- Per on els pares han de començar a realitzar la pràctica del massatge?

- Per les cames
- Per l'abdomen
- Per les cervicals
- Pel cap

4- Què valora l'escala PIPP amb la que avaluarem als nens?

- El dolor en els nens prematurs
- L'estrès que pot produir els renous, la intensitat de la llum... de la UCI neonatal als nadons.
- La psicomotricitat que presenta el nadó.
- Els signes neurològics del nadó.

5- I l'escala Premie-Neuro?

- La qualitat de vida i la satisfacció del nen al realitzar el massatge infantil.
- Els signes neurològics del nadó.
- El dolor en els nens prematurs.
- Valorar el risc d'úlceres per pressió.

6- Quins paràmetres antropomètrics mesurarem als nens?

- Als nadons amb un pes per sota de 1500 gr únicament és necessari avaluar el pes.
- Als nadons amb un pes superior a 1500 gr caldrà només la talla, ja que el pes està dins els límits de la normalitat.
- A tots els nadons prematurs cal mesurar el pes i el perímetre cranial.
- Els paràmetres que s'han de mesurar són pes, talla i perímetre cranial a tots els nadons, indiferentment del pes o de la talla.

7- Com s'ha de realitzar el massatge?

- Pressió amb lliscament amb intensitat moderada.
- Pressió estàtica sobre una mateixa zona amb intensitat moderada
- Pressió lliscant amb intensitat lleu.
- Combinació de pressió estàtica i lliscant amb intensitat lleu.

8- Què cal fer abans de realitzar el massatge infantil en el nadó per prevenir contagis?

- Col·locar al nadó sobre una superfície amb estrictes mesures d'higiene.
- Realitzar un bon rentat de mans.
- Treure al nadó de la incubadora i despullar-lo tenint en compte la temperatura ambient.
- Totes són certes.

9- Com han d'estar col·locats els nens per la realització del massatge?

- decúbit supí
- decúbit lateral esquerre
- decúbit lateral dret
- decúbit pro

10- En quantes regions dividim al nadó per la pràctica del massatge?

- 3
- 4
- 5
- 6

Annex 2: Enquesta de satisfacció MISPP de disseny propi.

A l'inici:

1- Totalment desacord

5- Totalment d'acord

	1	2	3	4	5
Creu que el fet de realitzar vostè el massatge infantil al nen, afavorirà el vincle afectiu amb ell?					
Creu que l'actitud del seu fill canviarà respecte a vostè, un cop haver realitzat els massatges?					
I la seva respecte a ell a mesura que es vagin realitzant aquests massatges?					
Creu que el fet de realitzar-li els massatges infantils augmentarà la seva capacitat d'actuar i participar en les cures del seu nen prematur?					
Creu que a mesura que es vagin realitzant els massatges disminuirà l'estrès, al qual el vostre fill pot estar sotmès?					
Creu que es sentirà més implicada amb les cures del seu nen, sent vostè la que apliqui aquests massatges?					
Creu que és adequada la formació i la implicació cap a vostè de la infermera que vos ha format i ha estat present en					

els moments de la realització dels massatges?					
Creu que la preparació prèvia que la infermera ha realitzat cap a vostè ha estat suficient per poder portar a terme de la millor manera dit massatge?					
Aconsellaria aquesta pràctica a altres pares?					

Al cap d'un mes i d'un any portant a terme els massatges:

1- Totalment desacord

5- Totalment d'acord

	1	2	3	4	5
Creu que el fet de realitzar vostè el massatge infantil al nen, ha afavorit el vincle afectiu amb ell?					
Creu que l'actitud del seu fill ha canviat respecte a vostè, un cop haver realitzat els massatges?					
I la seva respecte a ell a mesura que es van realitzant aquests massatges?					
El fet de realitzar-li els massatges infantils ha augmentat la seva capacitat d'actuar i participar en les cures del seu nen prematur?					
Creu que a mesura que es van realitzant els massatges disminueix l'estrès, al qual el vostre fill pot estar					

sotmès?					
Es sent més implicada amb les cures del seu nen, sent vostè la que aplica aquests massatges?					
Creu que és adequada la formació i la implicació cap a vostè de la infermera que vos ha format i ha estat present en els moments de la realització dels massatges?					
Creu que la preparació prèvia que la infermera ha realitzat cap a vostè ha estat suficient per poder portar a terme de la millor manera dit massatge?					
Aconsellaria aquesta pràctica a altres pares?					

Annex 3: Test vincle afectiu nadons/pares

1- Totalment desacord

5- Totalment d'acord

	1	2	3	4	5
Creeu que millora el vincle amb el seu fill a mesura que transcorren els dies?					
Es sent amb forces per crear contacte directe amb el seu fill?					
Es sent amb forces per proporcionar el que el seu fill necessita davant el seu plor?					
Es sent fort i amb confiança per transmetre al seu fill aquests sentiments i el que es senti estimat?					
Sent que el seu fill el reconeix?					
Sent que el seu fill canvia l'actitud quan el veu arribar (com més alleujat/segur) ?					
Pensa que el seu fill el segueix amb la mirada?		47			
Sent temor o					

angoixa per la situació del seu fill?					
Es sent culpable pel que està passant el seu fill?					
Es sent feliç quan és el torn d'entrar a veure el seu fill?					
Li agradaria poder participar més en les cures del seu fill mentre roman a la UCI neonatal?					
Sent que se li manté informat de tot el referent al seu fill i per tant això no li genera cap preocupació i angoixa?					

Annex 4: Care Q

	Nada importante	Muy poco importante	Poco importante	Ni importante- ni sin importancia	Algo importante	Muy importante	Importantísimo
Es accesible							
1. Con frecuencia se aproxima primero al paciente							
2. Se ofrece a hacer pequeñas cosas para el paciente							
3. Administra al paciente los tratamientos y medicinas oportunamente							
4. La enfermera lo visita en su habitación con frecuencia para verificar su estado de salud							
5. Responde rápidamente el llamado del paciente							
6. Anima al paciente a que llame si tiene problemas							
Explica y Facilita							
7. Informa la paciente sobre los sistemas de ayuda disponibles, tales como los grupos de auto-ayuda o los pacientes con enfermedades similares							
8. ayuda al paciente a expresarse,							

proporcionándole información adecuada							
9. La enfermera le da información clara y precisa sobre su situación de salud							
10. Enseña al paciente a cuidar de sí mismo siempre que sea posible							
11. Sugiere al paciente las preguntas que puede formularle a su médico							
12. Es honesta con el paciente en cuanto a su condición médica							
Conforta							
13. Procura medidas básicas de confort, tales como iluminación adecuada, control de ruido y sábanas adecuadas, para que pueda descansar cómodamente							
14. Infunde ánimos al paciente identificando elementos positivos relacionados con el estado y el tratamiento del paciente							
15. La enfermera es amable con usted a pesar de tener situaciones							

difíciles							
16. Es jovial							
17. Se sienta con el paciente							
18. Toma al paciente de la mano, cuando él necesita que alguien lo anime							
19. Escucha al paciente							
20. Habla con el paciente							
21. Involucra a la familia del paciente o a otros allegados en su cuidado							
Se Anticipa							
22. La enfermera le presta mayor atención a usted en las horas de la noche							
23. Se anticipa al impacto del paciente y su familia con relación al diagnóstico y planifica oportunidades para hablarles al respecto, individualmente o en grupo							
24. Sabe cuando el paciente "ha tenido lo suficiente" a actúa en concordancia, por ejemplo, reprograma un examen, selecciona la							

visita de acuerdo con el gusto del paciente y garantiza privacidad.							
25. Es receptiva ante las necesidades del paciente, planea y actúa en consecuencia, por ejemplo, administra un medicamento para evitar las náuseas, cuando el paciente está recibiendo una medicina que probablemente le causará náuseas.							
26. Prevé que las "primeras veces" son las más difíciles y pone atención especial al paciente durante estas oportunidades							
Mantiene Relación de Confianza							
27. Cuando esta con un paciente, se concentra sólo en ese único paciente.							
28. Continúa interesada en el paciente aunque haya pasado por una crisis o fase crítica.							
29. Ofrece al paciente alternativas razonables, tales como elección del tiempo para las citas, tiempo							

para el baño, entre otras.							
30. Ayuda al paciente a establecer metas realizables.							
31. Comprueba con el paciente la mejor oportunidad para hablarle sobre los cambios en su estado.							
32. Comprueba las percepciones del paciente con el mismo paciente antes de iniciar cualquier intervención, por ejemplo si la enfermera tiene la percepción de que el paciente esta ofuscado con el plan de tratamiento, lo discute con el paciente antes de hablar al respecto con el medico							
33. Ayuda al paciente a aclarar su pensamiento acerca de su enfermedad							
34. Acepta que el paciente es el que mejor se conoce, y lo incluye siempre que es posible, en la planificación y administración del cuidado							

35. Anima al paciente para que le formule preguntas las preguntas que pueda tener							
36. Coloca al paciente en primer lugar, sin importar lo que pase							
37. Es agradable y amistosa con los familiares del paciente y los demás allegados.							
38. Permite al paciente expresar totalmente sus sentimientos acerca de su enfermedad y tratamiento, manejando la información confidencialmente.							
39. Pregunta al paciente como prefiere que lo llamen							
40. Tiene una proximidad estable con el paciente.							
41. Logra tratar al paciente como una persona							
42. Se presenta al paciente, le explica el procedimiento a realizar							
Monitorea y Hace Seguimiento							
43. Su uniforme e insignias la							

caracterizan como enfermera							
44. Se cerciora de que la programación de citas profesionales, por ejemplo, procedimientos especiales, se acomodan a la real condición situación del paciente							
45. Es bien organizada.							
46. Sabe aplicar inyecciones, etc. Y manipular equipos de uso parenteral (sueros), las máquinas de succión y otros equipos que haya en el servicio.							
47. Es calmada							
48. Proporciona buen cuidado físico al paciente.							
49. Se asegura de que otros sepan cómo cuidar al paciente.							
50. Sabe cuándo llamar al medico							

Annex 5: PIPP

PIPP (Premature Infant Pain Profile, Stevens 1996)

Indicador (tiempo de observación)	0	1	2	3
Gestación	≥ 36 semanas	32 a < 36	28 a < 32	≤ 28 semanas
Comportamiento *(15 seg)	Despierto y activo ojos abiertos con movimientos faciales	Despierto e inactivo ojos abiertos sin movimientos faciales	Dormido y activo ojos cerrados con movimientos faciales	Dormido e inactivo ojos cerrados sin movimientos faciales
Aumento de FC *(30 seg)	0 – 4 lpm	5 – 14 lpm	15 – 24 lpm	≥ 25 lpm
Disminución Sat O ₂ *(30 seg)	0 – 2,4%	2,5 – 4,9%	5 – 7,4%	≥ 7,5%
Entrecejo fruncido *(30 seg)	0 – 3 seg	3 – 12 seg	> 12 – 21 seg	> 21 seg
Ojos apretados *(30 seg)	0 – 3 seg	3 – 12 seg	> 12 – 21 seg	> 21 seg
Surco nasolabial *(30 seg)	0 – 3 seg	3 – 12 seg	> 12 – 21 seg	> 21 seg

* Comparar comportamiento basal y 15 segundos después del procedimiento doloroso
 * Comparar situación basal y 30 segundos después del procedimiento doloroso

Interpretación: dolor leve o no dolor dolor moderado dolor intenso

Annex 6: Premie-Neuro

	ORIGINAL VERSION	SPANISH VERSION
Factor 1	Neurological	Neurológico
1	Arm recoil	Retroceso del brazo
2	Arm traction	Tracción del brazo
3	Palmar grasp	Prensión palmar
4	Plantar grasp	Prensión plantar
5	Scarf sign	Signo de la bufanda
6	Popliteal angle	Ángulo poplíteo
7	Heel to ear	Talón-oreja
8	Movement type	Tipo de movimiento
Factor 2	Movement	Movimiento
9	Tremors	Temblores
10	Thrashing	Pataleos
11	Facial grimace	Muecas faciales
12	Startle	Sobresalto
13	Yawn	Bostezo
14	Color change	Cambios de color
15	Arm movements	Movimientos de los brazos
16	Leg movements	Movimientos de las piernas
Factor 3	Responsiveness	Reactividad
17	Arm flexion	Flexión del brazo
18	Head lag	Extensión de la cabeza
19	Held sit	Sedestación mantenida
20	Posterior neck	Extensores del cuello
21	Anterior neck	Flexores del cuello
22	Alert	Estado de alerta
23	Ventral suspension	Suspensión ventral
24	Responsiveness	Consciencia

PREMAS

Annex 7: Full de registre-seguiment

FULL DE REGISTRE-SEGUIMENT								
Nom del nadó.								
Data de naixement del nadó								
DATA I HORA DE LA REALITZACIÓ DEL MASSATGE								
ESCALES DE VALORACIÓ								
PIPP								
Premie-Neuro								
DADES ANTROPOMÈTRIQUES								
Pes								
Talla								
Perímetre cranial								
DADES D'INTERÈS/OBSERVACIONS								

Annex 8: Consentiment informat

“BENEFICIS DEL MASSATGE INFANTIL EN NENS PREMATURS I ELS SEUS PARES”

Jo _____ amb DNI _____

DECLARO que he entès la informació oral i escrita que se m'ha facilitat sobre l'estudi de “beneficis del massatge infantil en nens prematurs i els seus pares” portat a terme des de la UCI neonatal de Sant Joan de Déu, així com que se m'han resolt tots els dubtes i preguntes que he plantejat. Així mateix he estat informat/a que les meves dades personals seran protegides.

Entenc que la meva participació és totalment voluntària i que puc retirar el meu consentiment en qualsevol moment, i que el refusar a participar no implicarà penalització alguna o pèrdua de beneficis per a mi. És per aquest motiu que dono el meu CONSENTIMENT a participar en l'estudi “beneficis del massatge infantil en nens prematurs i els seus pares”.

Data del Consentiment: ___/___/_____

Firma del/a Pare/Mare

Firma del/a Infermer/a

8- AGRAÏMENTS

En aquesta part del treball m'agradaria agrair l'ajuda de l'infermer Daniel Fernández, ja que al principi del TFG que va ésser quan vaig necessitar més ajuda, ell em va ajudar i donar el seu suport mitjançant correu electrònic proporcionant pàgines i vídeo de gran interès.

També agrair l'ajuda al Dr. Miquel Ramon Jiménez, per la informació que m'ha aportat, sobretot sobre Sant Joan de Déu.

Gràcies a la meva tutora la Dra. Anna Vila per guiar-me al llarg de tot aquest projecte i estar tot moment prestant-me la seva ajuda.

Sobretot, gràcies a la meva família per donar-me en tot moment suport, a na Lluca perquè tot i que la distància que hi ha d'aquí a Mallorca, sempre ha estat allà per donar-me idees i llegir-se al mil·límetre cada part del treball, el mateix que ha fet la meva companya de pis Vanessa Núñez.

Finalment, donar les gràcies a en Pere, la meva parella, pel seu suport incondicional tant necessari quan s'està fora de casa.

9-NOTA FINAL DE L'AUTOR. EL TFG COM EXPERIÈNCIA DOCENT.

El TFG, tot i al principi témer començar a fer-ho donada la seva gran magnitud, un cop endinsat dins el treball, és qüestió d'anar fent dia a dia un poc. Donat que és un treball que l'hem de fer al llarg de l'any acadèmic, és molt important triar un tema que ens resulti interessant.

Em sembla un treball idoni, pel que fa el fet d'incorporar tots els coneixements apresos sobretot en l'assignatura d'elaboració de projectes i de relacionar-lo també amb altres assignatures, com seria ètica o infermeria maternal o salut reproductiva.

També és un treball on aprens a ser resolutiu i a treballar de forma més autònoma, ja que tot i comptar amb l'ajuda de la tutora, ella t'orienta, però tu has de ser constant i anar fent, ja que requereix temps i dedicació.