



UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

“Neonatología a puertas abiertas: obstáculos para su implementación”

Lucero, Florencia Soledad

Trabajo Final presentado para optar por el título de
Licenciada en Enfermería

Octubre, 2019

Resumen

Las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales son terapias con un alto grado de tecnología, caracterizadas por la gravedad y criticidad del paciente; motivo por el cual, en ocasiones, se puede observar una interrupción en el vínculo madre- padre- hijo. Como un modo de paliar esta situación surgen las terapias a puertas abiertas, en un intento por humanizar el cuidado y fomentar el restablecimiento de la relación familia-bebé. El paradigma de atención a puertas abiertas, tiene una amplia gama de beneficios tanto para el paciente, como para su núcleo familiar, pero en la práctica surgen obstáculos inherentes a los profesionales sanitarios que dificultan su aplicación. Por lo tanto, el presente trabajo tiene como objetivo, visualizar las estrategias y actividades de enfermería que forman parte del modelo a puertas abiertas e identificar aquellos obstáculos que interfieren en su implementación. Los principales resultados arrojados por el trabajo indican que los obstáculos están relacionados con modelos tradicionales de atención en áreas cerradas, escasez de tiempo y de recurso humano así como también falta de motivación o disposición del personal para trabajar con la familia. Estos hallazgos pueden ser tenidos en cuenta por aquellas personas encargadas de elaborar las políticas de ingreso e inclusión de la familia en el cuidado y por los jefes de servicios encargados de gestionar una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Palabras clave: terapia a puertas abiertas, vínculo, modelos de atención.

Índice

Resumen	2
Justificación	4
Planteo de problema	6
Objetivo general	7
Objetivos específicos	7
Marco teórico	
Capítulo I: <i>La Salud. Definición</i>	8
<i>La salud desde una perspectiva sociológica</i>	8
Capítulo II: <i>La Familia</i>	9
Capítulo III: <i>La Unidad de Cuidados Intensivos. Breve Reseña Histórica</i>	10
<i>Cambio de Paradigma en la Atención dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos</i>	11
Capítulo IV: <i>Rol de la Enfermera en el Sistema de Salud</i>	14
<i>Rol de Enfermería en un Servicio de Neonatología</i>	15
Capítulo V: <i>La Neonatología. Reseña Histórica.</i>	17
<i>La Iniciativa Maternidad Segura y Centrada en la Familia.</i>	18
Abordaje metodológico	21
Análisis e interpretación	23
Conclusión	32
Bibliografía	34
Anexos	37

Justificación

Las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), son sectores donde el recurso humano requiere de ciertos conocimientos y destrezas; el uso de altas tecnologías y las prácticas complejas e invasivas son habituales en la atención diaria. Estos factores sumados a la criticidad del neonato y las eventuales situaciones de urgencia y emergencia contribuyen a la deshumanización en la atención, que se centra más en resolver cuestiones médico-biológicas del recién nacido, que en el cuidado y atención holística del usuario- familia.

En respuesta a esta situación surgen las terapias a puertas abiertas, en un intento de satisfacer las necesidades psicosociales y afectivas de los usuarios.

Los servicios de Neonatología se presentan como áreas cerradas de alta complejidad...que requieren de personal apto...con una capacitación continua en los avances tecnológicos y con adecuados conocimientos sobre enfermedades y su tratamiento. Ciencia y tecnología han contribuido notoriamente en la sobrevivencia de los recién nacidos...paralelamente a estos avances hay un intento creciente de las ciencias humanas de incluir la variable psico-afectiva en el acto del nacimiento. (Benevento, Müller, García, Lucero, Villalba, 2012, p.162).

Es responsabilidad de los enfermeros la capacitación continua, tanto para el uso de nuevas tecnologías y tratamientos, como en el conocimiento y aplicación de nuevos modelos de atención que redunden en beneficios para el paciente. El código de ética de los profesionales de enfermería (octubre 2014), establece en el capítulo IV, Art. 39º: “En razón de que los cambios científicos y tecnológicos, en estos tiempos, avanzan vertiginosamente, es responsabilidad de la Enfermera/o mantener sus conocimientos profesionales constantemente actualizados, asumiendo la necesidad de educación continua, valorando sus propias necesidades de aprendizaje y dirigiendo su formación”. Asimismo, la Enfermera/o cooperará activamente al desarrollo de un núcleo de conocimientos profesionales basado en la investigación. La Enfermera/o promoverá la formación continua del personal bajo su orientación y supervisión. Además la ley 12.501 de regulación del ejercicio de la enfermería, en su capítulo III, art. 12, inc. 9, establece la obligatoriedad de parte de los enfermeros de capacitarse adecuadamente, tanto en el conocimiento práctico como teórico, con el objeto de lograr una actualización permanente.

Con el nuevo paradigma de las terapias abiertas, las UCIN, pasaron de ser áreas totalmente cerradas, donde la familia constituía una visita esporádica, a ser un servicio

de puertas abiertas, donde el núcleo familiar es parte del cuidado y se le da tanta importancia a la satisfacción de sus necesidades psicosociales y afectivas como a la resolución de cuestiones médico-biológicas. Este cambio radical en la práctica diaria, ha producido cierta resistencia por parte de los enfermeros, habituados a trabajar sin la presencia de la familia. El familiar plantea demandas, reclamos, preguntas, que generan demoras y ansiedad en los enfermeros, que interpretan las dudas de la familia como un cuestionamiento a su trabajo (Vaca, 2016).

Un estudio realizado previamente en el servicio de neonatología del hospital Provincial de Centenario (2012), destaca la importancia de la adhesión al modelo de Maternidad Segura y Centrada en la Familia y los beneficios que la atención a puertas abiertas supone para el neonato internado en la UCIN y para su familia y también el enriquecimiento profesional que brinda esta experiencia a los propios enfermeros. Pero su importancia a veces emerge sólo en lo discursivo y se puede observar una falta de adhesión de este modelo en la práctica. Son ejemplos de esta situación, un estudio realizado en agosto de 2018, en una maternidad de Brasil, que arrojó que alrededor del 30% de las madres atendidas en esa institución, no adhieren a la práctica de lactancia materna posterior a los 30 días del nacimiento, y una de las causas de esta situación está dada por la falta de incentivo y educación por parte de los profesionales sobre la importancia y beneficios de la alimentación con leche materna. Otro estudio, realizado en febrero de 2018, a 171 mujeres, en el hospital Universitario de Asturias, concluyó que sólo, aproximadamente el 60% de las madres que fueron dadas de alta, alimentaban a sus hijos con pecho materno exclusivo, mientras que el 40% restante lo hacía con leche artificial, el primer grupo coincide con madres que recibieron educación, apoyo y fomento para la lactancia por parte de puericultores y matronas, mientras que el segundo grupo no lo recibió.

Por lo anteriormente planteado, sobre la importancia y beneficios, para el recién nacido internado en una UCIN, de fortalecer el vínculo con la familia y sobre la existencia de factores que obstaculizan el paradigma de atención de Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF), resulta sumamente relevante llevar a cabo este trabajo; ya que en el plano disciplinar permitirá identificar falencias en la práctica, reforzar el conocimiento científico sobre el cual se basa el modelo de cuidado que incluye en su foco de atención al núcleo familiar, reafirmar la importancia de valorar la variable psicosocial y afectiva en la proceso diario de atención de enfermería y planificar estrategias para mejorar el cuidado.

Planteo del problema

¿Cuáles son los factores que obstaculizan la implementación del paradigma de atención MSCF en un servicio de Neonatología a puertas abiertas?

Objetivo general

Identificar los factores que obstaculizan la implementación de estrategias del modelo de atención Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF).

Objetivos específicos

Visualizar las acciones de enfermería que deberían implementarse como parte del modelo de atención MSCF.

Inferir los factores que obstaculizan la puesta en práctica del modelo de atención de Maternidad Segura y Centrada en la Familia, en un servicio de Cuidados Intensivos Neonatales, de un hospital público, de tercer nivel de complejidad, del macrocentro de la ciudad de Rosario.

Marco teórico

Capítulo I: La Salud. Definición

La Organización Mundial de Salud (OMS), en 1948, definió la salud como el “completo estado de bienestar, físico, mental y social”, quedando implícito en este concepto que no se trata solamente de cuestiones biológicas. En el año 1982, estableció además, que la salud es un derecho humano básico y que los estados deben elaborar estrategias para mejorar la infraestructura sanitaria y el acceso a los servicios médicos de todos los ciudadanos.

Para Colliere (1995:289), la salud es “el conjunto de fuerzas vivas físicas, afectivas, psiquiátricas, sociales, que se pueden movilizar para afrontar, compensar la enfermedad, dejarla atrás o hacerle frente”. Esta concepción de la salud, también hace referencia a las variables sociales y afectivas del ser humano, como parte de los aspectos que determinan el bienestar que menciona la OMS en su definición.

La salud desde una perspectiva sociológica.

Macioni y Plummer (2011), establecen que en el mundo occidental, el concepto de salud-enfermedad, tiene un enfoque médico, caracterizado por: el origen de la enfermedad en una disfunción de la biología del individuo, la enfermedad con causa específica e identificable, el cuerpo del individuo enfermo como principal centro de atención y la respuesta óptima a la enfermedad en un entorno médico a través de productos farmacéuticos. Si bien este enfoque se encuentra muy arraigado, es sumamente cuestionable, ya que la biología es sólo un aspecto de la vida de los individuos. Analizar y contemplar una sola dimensión de la persona, limitándose a establecer un diagnóstico técnico difícilmente pueda darle solución a los problemas de salud. Los autores también sostienen que, desde una dimensión sociológica, las instituciones de salud son organizaciones encargadas de gestionar actividades relacionadas con el nacimiento, la enfermedad, el deterioro y la muerte y disponen de los cuerpos en cada una de esas circunstancias. En este sentido, la relación médico-paciente es siempre jerárquica, esperándose que el enfermo asuma un rol pasivo, esperando la ayuda de personas competentes y con conocimientos específicos (personal de salud), acatando las recomendaciones y tratamientos desde la pasividad de su condición de paciente.

Capítulo II: La Familia.

La familia es el grupo de pertenencia de una persona, en su concepción más tradicional, está compuesta por una pareja y sus hijos. Sin embargo los cambios sociales, muestran una modificación en las estructuras familiares, adaptándose a través del tiempo a las condiciones de vida dominante, tal es el caso de la incorporación de la mujer al medio laboral, el incremento de la edad de los cónyuges al momento de formar la pareja, el menor número de hijos, el aumento de divorcios o las uniones en concubinato sin mediar matrimonio legal, entre otros. Sin embargo, estos cambios en la conformación y estructura familiar, no inciden en las funciones de la familia como grupo, con vida e identidad propia, con reglas y normas particulares; como unidad de relaciones, con roles y status para cada uno de sus miembros, que determinarán la integración del individuo como ser social y como sistema, que interactúa y convive con otros sistemas sociales (Jaquier, Dos Santos, Wolhein & Martinez, 2011).

La OMS (2006, s.p.), establece el concepto de familia como:

Los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos, a los que se destinen los datos y por lo tanto, no puede definirse con precisión escala mundial.

La necesidad de cuidados de enfermería, dispensados a la familia, se justifica desde la perspectiva de la familia como grupo de pertenencia, interacción y confluencia de normas, valores y costumbres, que influyen en el desarrollo del individuo. Esta, presenta características particulares, capaces de intervenir, tanto en la conservación y recuperación de la salud, como en la aparición de problemas o alteraciones. La atención de enfermería con enfoque familiar, se centra en la visión de la unidad familiar, como grupo o conjunto y no solamente como la suma de sus miembros, involucrando en el cuidado no sólo al sujeto enfermo, sino a todos los integrantes, en la dinámica de atención, realizando una valoración y registro integral del paciente, teniendo en cuenta que es un individuo perteneciente a una familia, la cual funciona como una unidad biológica, psicosocial y afectiva que debe ser considerada a la hora de planificar los cuidados de enfermería, en cualquier ámbito de atención.

Capítulo III: La Unidad de Cuidados Intensivos.

Breve Reseña Histórica.

Las Unidades de Cuidados Intensivos, son áreas de internación dedicadas a brindar cuidado y tratamiento a pacientes gravemente enfermos, con posibilidad de recuperación.

Quienes requieren de los servicios de una unidad de terapia intensiva, tienen necesidad de una terapéutica especial, por su criticidad y compromiso de sus funciones vitales; este tipo de paciente, denominado paciente crítico, tiene cuatro características que lo definen: 1) enfermedad grave. 2) reversibilidad potencial de su estado. 3) necesidad de asistencia y cuidados continuos. 4) necesidad de un área tecnificada para su recuperación (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, 2003).

Las primeras unidades de cuidados intensivos fueron dirigidas por médicos de diferentes especialidades, como por ejemplo cardiólogos, neumonólogos o cirujanos, conforme el correr del tiempo y los avances tecnológicos, fue necesaria la creación de una nueva especialidad, la Medicina Intensiva, abocada a brindar asistencia a pacientes que presentan alteraciones fisiopatológicas severas con riesgo real o potencial para su vida.

La primera referencia de una sala de cuidados intensivos se remonta a mediados del siglo XIX, cuando Florence Nightingale, durante la guerra de Crimea, advierte la necesidad de brindar cuidados especiales a los heridos que revestían mayor gravedad. Durante la II Guerra Mundial, este concepto de clasificación de pacientes, fue desarrollado más profundamente cuando se organizaron las primeras unidades de pacientes quemados, en Boston, en el hospital General de Massachusetts (Marco Pérez, 2016).

Otro hito, que marcó la historia de los cuidados intensivos, fue la epidemia de poliomielitis en Europa, a mediados del 1900, que derivó en la necesidad de asistencia ventilatoria, en aquellos pacientes con parálisis e insuficiencia respiratoria secundaria.

En la década de 1970, tuvieron lugar el nacimiento de las Unidades de Servicios Coronarios, basados en el concepto de monitorización continua en aquellos pacientes pos- infartados, con el fin de detectar precozmente arritmias graves y mejorar el cuidado y la sobrevida de los pacientes con esta afección (Martinez, 2008).

En esta misma década, se produce el desarrollo de Unidades de Cuidados Intensivos en todos los países occidentales. El diseño del espacio arquitectónico permite la visualización integral del paciente y el avance en cuanto a tecnología médica introduce un nuevo concepto de sobrevida del paciente críticamente enfermo, que años

atrás hubiese sido impensado.

La monitorización y vigilancia constantes por parte de los profesionales que se desempeñan en estas áreas, se convirtieron en un punto de gran importancia para lograr un cuidado exitoso. Si bien, la supervisión continua es necesaria, por la labilidad y gravedad del enfermo, esta vigilancia estricta derivó en la despersonalización del paciente y este perdió su intimidad y su referencia con el medio; sumado a esta circunstancia, las características propias del ambiente de la terapia intensiva, la iluminación con luz artificial tanto de día como de noche, la gran cantidad de personal deambulando por la unidad, ruidos de monitores, escasa comunicación con el paciente y una visita familiar restringida a los horarios y dinámica del servicio, contribuyeron a un cuidado con un alto grado de tecnología y también de deshumanización (Rodríguez Martínez, 2000).

Cambio de Paradigma en la Atención dentro de la UCI

La enfermera Virginia Henderson, a mediados del año 1900, establece en su teoría que el ser humano tiene necesidades básicas que deben ser satisfechas. Estas necesidades pertenecen tanto a la esfera biológica-fisiológica como a la dimensión emocional, y tanto una como la otra revisten carácter de importante en la recuperación de la salud. Ya que considera a las personas como una unidad bio-psico-social y espiritual indivisible. El paciente crítico, no es ajeno a esta circunstancia y por ende deben ser satisfechas todas sus necesidades, no sólo las pertenecientes al plano biológico (Hernández & Martín, 2015).

Por otro lado, el psicólogo Abraham Maslow, postula en su teoría, una jerarquía para las necesidades humanas y las representa gráficamente en una pirámide, en cuya base se encuentran las necesidades fisiológicas y en orden ascendente siguen las de seguridad, las relacionadas con el ámbito social, autoestima y en la cima la necesidad de autorrealización. Es decir, el ser humano además de su dimensión biológica posee también una dimensión psicosocial y afectiva con necesidades propias de estos aspectos que deben ser satisfechas (Elizalde Helvia et.al, 2006).

La medicina no ha sido ajena a la visión holística del ser humano, aun así, las unidades de cuidados intensivos se han caracterizado históricamente por brindar asistencia en el plano médico/ biológico, restándole importancia al aspecto emocional. Tradicionalmente, los cuidados que se brindan en una terapia intensiva, están centrados en el paciente, ya que su vulnerabilidad y complejidad demandan un control y asistencia estrictos, la gestión del cuidado tiene un enfoque dirigido a la enfermedad y no a la persona desde una mirada holística. La familia es un componente de escasa relevancia

en el tratamiento y su asistencia y acompañamiento se reducen a brindar un informe del estado del enfermo una vez al día (Marco Pérez, 2016).

No fue hasta 1979, que la enfermera Nancy Molter, cambia la visión de las terapias como una unidad cerrada, abocada únicamente a la atención del paciente y advierte la necesidad de ampliar los cuidados a la unidad familiar, con un trabajo que demostró la importancia de atender las necesidades de la familia del paciente crítico. Elaboró un cuestionario, que más tarde fue reestructurado por Jane Leske, que consta de 45 ítems que miden las necesidades percibidas por los familiares de un paciente internado en una UCI. El cuestionario valora cinco dimensiones, y evalúa la necesidad de: 1- recibir información fidedigna del paciente, 2- necesidad de estar en contacto directo con el paciente, 3- necesidad de seguridad en cuanto a sentir esperanza por un tratamiento adecuado, 4- necesidad de apoyo incluyendo planteo de dudas, sentimientos y temores y 5- necesidad de confort en lo referente a cuestiones edilicias. La valoración se realiza con una escala que va de 1 a 4, siendo 1 lo menos importante y 4 lo más importante, los resultados se obtienen sumando las respuestas en un total que va de 45 a 180, a mayor puntaje, más necesidades percibidas (Ruiz Rintelen, 2016).

Actualmente el concepto de mejora de calidad en el cuidado, ha supuesto un cambio de mentalidad y un cambio en los modelos de atención, son numerosos los estudios que abordan la temática de terapias intensivas a puertas abiertas, haciendo una crítica a los modelos rígidos y tradicionales, poniendo acento en el cambio positivo, que significan las unidades a puertas abiertas, dentro de las instituciones de salud, y en la satisfacción de necesidades emocionales tanto en el paciente como en los familiares.

La evolución científica y técnica de la atención al paciente crítico ha mejorado de forma espectacular la práctica clínica y la supervivencia, pero este progreso no se ha visto acompañado de igual manera en sus aspectos más humanos. En muchas ocasiones, las características organizativas y arquitectónicas de las unidades de cuidados intensivos hacen que se conviertan en ambientes hostiles... En una organización humanizada existe un compromiso personal y colectivo por humanizar la realidad, las relaciones, las conductas, el entorno, especialmente cuando se toma conciencia de la vulnerabilidad ajena y de la necesidad de ayuda a los pacientes (La Calle, Martin & Nin, 2017. p. 9)

Los pacientes internados en una UCI padecen discomfort físico, asociado al dolor, sed, hambre, frío o calor, limitación en la movilidad o imposibilidad para el descanso, como así también malestar relacionado con la dimensión emocional, al experimentar sentimientos de soledad, aislamiento, miedo, sensación de dependencia,

incertidumbre, pérdida de la identidad, de la intimidad y dignidad, entre otros. La formación y capacitación de los profesionales para detectar síntomas asociados a la experiencia de la internación y promover medidas encaminadas a mitigarlos constituyen un importante objetivo en la calidad de atención al enfermo crítico (La Calle et al., 2017).

La Calle, Martin y Nin (2017), en su texto *“Buscando Humanizar el Cuidado Intensivo”*, sostienen que la presencia y participación de la familia tienen efectos positivos, tanto para ellos mismos como en el paciente y el profesional, ya que contribuye a reducir el estrés emocional, facilita la cercanía y la confianza colaborando en el proceso de comunicación de las partes implicadas, como así también una mejor aceptación de la situación favoreciendo el proceso de duelo.

Capítulo IV: Rol de Enfermería en el Sistema de Salud.

La Organización Mundial de Salud (OMS), resalta la importancia del papel que juegan los profesionales de enfermería en el sistema de salud de un país, tanto en la atención primaria, con cuidados dispensados a la comunidad, como dentro de las instituciones hospitalarias, en sectores de internación; destacando la labor de la profesión en cuanto a la satisfacción de necesidades y provisión de cuidados de calidad, ya sea a personas sanas como enfermas. “La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración, dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no y en todas circunstancias” (OMS, 2015, s.p.).

Además, señala las repercusiones negativas que tiene sobre el sistema de salud, en aquellos países en los que la distribución geográfica es desigual o existe escasez de estos profesionales sanitarios; y las dificultades que se presentan a la hora de brindar una asistencia cualificada, especialmente en los servicios de emergencias y en las salas de terapias intensivas (incluyendo las Unidades de Cuidados Neonatales), repercutiendo directamente en las tasas de morbi-mortalidad, particularmente en los pacientes más vulnerables como embarazadas y niños.

Según la OMS (2018), los enfermeros son el eje del sistema sanitario y representan casi la mitad del total de los trabajadores del área de salud en el mundo, por ello fomenta a que los estados elaboren planes de acción para el desarrollo de la profesión, para responder a las necesidades de salud de la población, a que se conformen equipos multidisciplinarios donde enfermería participe y se reconozcan sus aportes teóricos y prácticos, a que se apoye la formación y capacitación de enfermeros y a que se los involucre activamente en la planificación, desarrollo, aplicación y evaluación de políticas y programas sanitarios.

El Consejo Internacional de Enfermería, en 2006, elaboró un documento llamado “*Personal Fiable Salva Vidas*”, en el que se dan a conocer diferentes estudios que demuestran el impacto de la dotación adecuada y fiable de enfermeros, en cuanto a número y formación y la provisión de cuidados seguros y eficaces, en indicadores tales como tasas de morbilidad, mortalidad, seguridad y satisfacción del paciente.

Al hablar de *dotación fiable*, toma la definición de la Asociación de Enfermería de Carolina del Norte (2006, p.9),

La dotación fiable indica que se mantiene la calidad de la atención al paciente, de la vida laboral de las enfermeras y los resultados de la organización. Las prácticas de dotación segura de personal incorporan la complejidad e intensidad de las actividades de enfermería de los diversos niveles de preparación, la

competencia, la experiencia y la preparación del personal de atención de salud, el apoyo a la gestión de enfermería en los planos operativos y ejecutivos, en un entorno contextual y tecnológico de la institución, los servicios de apoyo disponibles y la prestación de protección preventiva.

El documento, además, hace referencia a la importancia de contar con personal de enfermería especializado, particularmente en áreas intensivas, y el impacto que esto tiene en la disminución de errores en la administración de medicación, disminución de infecciones intrahospitalarias y disminución en los días de estancia de internación. Las conclusiones muestran que existe una relación significativa entre la menor tasa de mortalidad dentro de los 30 días con más enfermeros especialistas y con más años de experiencia en una unidad determinada.

Rol de Enfermería en un Servicio de Neonatología.

Los servicios de neonatología deben reunir ciertas condiciones y contar con una determinada organización, para poder brindar asistencia de calidad al recién nacido; la tecnología juega un papel importante, el equipamiento moderno y de buena calidad, sin lugar a dudas contribuyen a un mejor control, confort y asistencia al paciente, pero es el recurso humano, más que el recurso material, el que eleva el nivel de atención, un equipo multidisciplinario compuesto por personal médico, de enfermería y personal de apoyo (como mucamos, secretarios, camilleros, entre otros), y todos los que conforman el equipo de trabajo. El papel de enfermería en un servicio de neonatología, se ha ido desarrollando a medida que se incrementó la necesidad de cuidados especializados en neonatos de alto riesgo. Debe tenerse en cuenta que la óptima evolución del paciente depende más de la observación, control y valoración constantes de parte del personal de enfermería, presente las 24 horas, que del equipamiento y monitores (Castro López y Laza, 2007).

La OMS, sostiene que la atención profesional adecuada durante el embarazo, parto y periodo postnatal previene complicaciones de salud en la madre y el neonato, permite detectar y tratar en forma precoz cualquier alteración pasible de poner en riesgo la vida del binomio madre-hijo.

Chattás (2019), destaca el rol fundamental que tiene contar con un adecuado servicio de enfermería en la atención del recién nacido sano para brindar las condiciones óptimas para la adaptación a la vida extrauterina, para favorecer la lactancia materna precoz, el contacto madre-hijo y detectar oportunamente complicaciones.

También resalta que en el caso de recién nacidos patológicos, los cuidados de enfermería están enfocados a procurar la sobrevida sin secuelas. La población de

pacientes que requieren cuidados en una unidad de cuidados intensivos neonatales, es en su mayoría de prematuros, la asistencia orientada en el neurodesarrollo para disminuir la morbilidad asociada a la prematurez, (retinopatías, hemorragias cerebrales, complicaciones pulmonares a futuro, entre otras), son la meta del cuidado enfermero en la UCIN.

Otra de las actividades que desarrolla el enfermero neonatal, según resalta Chattás, es la gestión de cuidados orientados a la familia, siendo estos profesionales quienes colaboran en el restablecimiento del vínculo familia-bebé, la consolidación del rol paterno/materno y el fortalecimiento de las conductas de apego. El rol educador, es otra de las actividades dirigidas a la familia, proveyendo información adecuada, oportuna y acorde al nivel de comprensión, dando respuesta a los diferentes interrogantes de los padres y generando en cada situación una instancia de educación-aprendizaje, generando un impacto positivo en el cuidado diario como así también en el momento posterior al alta. Enfermería también tiene un rol preponderante en lo que respecta a la gestión y optimización del recurso humano y material, Chattás afirma que la habilidad y el grado de organización de los recursos, impacta en la satisfacción del paciente, la familia y los propios trabajadores, encaminados siempre en brindar cuidados de calidad.

La gravedad e inestabilidad del paciente es un factor que impacta en el trabajo diario del personal de enfermería, por ello el perfeccionamiento de conocimientos y habilidades por medio de la capacitación y educación continuas y la evaluación periódica son aspectos relevantes en los profesionales que desempeñan su trabajo en la UCIN.

Capítulo V: La Neonatología.

Reseña histórica.

La neonatología es una rama de la pediatría, dedicada al cuidado, diagnóstico y tratamiento del recién nacido sano y enfermo hasta el mes de vida.

Tiene su origen en Francia en el siglo XIX. Los médicos obstetras Pierre Budin y Stephan Tarmier asociaron la sobrevida de los recién nacidos menores a 2000 gr con la temperatura corporal por encima de 36°C. Tras la observación de un dispositivo para incubar y criar pollos, Budin desarrolló la primera incubadora cerrada, patentada en 1880. Lo que significó uno de los más importantes avances para la sobrevida de los recién nacidos prematuros.

La neonatología moderna, nace en Chicago, cuando el médico pediatra Jullius Hess, en 1922, inauguró la primera unidad dedicada al cuidado de los recién nacidos prematuros y tras la publicación del libro “*Premature and Congenital Diseased Infants*” en ese mismo año, sentó las bases de los cuidados neonatales.

En 1952, la médica anesthesióloga Virginia Apgar, describió un puntaje para la evaluación de los neonatos en sala de partos, el cual es utilizado actualmente en todo el mundo. Asimismo, Alexander Shaffer, utilizó por primera vez el término *Neonatología* en su libro “*Enfermedades del Recién Nacido*”, en el año 1960 (Bancalari, E. y Morál, T., 2010)

En Argentina, tres circunstancias fueron decisivas para el desarrollo de la especialidad: La apertura del Servicio de neonatología de la Maternidad Provincial de Córdoba en 1966, a cargo del médico Jacobo Halac, con colaboración y asesoramiento de profesionales chilenos con experiencia de trabajo en neonatología. Se lograron organizar actividades conjuntas para médicos y enfermeros y se constituyó el primer centro de formación en neonatología para enfermería en Córdoba.

La habilitación del Servicio de Neonatología del Hospital Ramón Sardá, en 1968, a cargo del pediatra Alfredo Larguía. En este servicio se sentaron las bases para la organización y funcionamiento de las unidades de neonatología y se estableció además una clasificación de pacientes de acuerdo al grado de criticidad y necesidad de tratamiento. Se consideró al neonato como un niño perteneciente a un núcleo familiar, con características particulares en cuanto a su cultura y sus costumbres, ideología que sentó las bases para el ingreso de la familia a las unidades de cuidados intensivos neonatales durante la internación.

La habilitación del Servicio de Neonatología del Hospital Dr. Juan P. Garrahan en 1988, a cargo del médico Augusto Sola. Actualmente este hospital público es un

servicio dedicado, además de la atención a los pacientes, a la formación de médicos y enfermeros (González, 2009).

El reconocimiento de la neonatología como una especialidad significó también el reconocimiento de una necesidad de atención especial a niños en este rango etario.

La iniciativa Maternidad Segura y Centrada en la Familia.

La iniciativa Maternidad Segura y Centrada en la Familia, está inspirada en la propuesta Hospital Amigo de la Madre y el Niño de la Organización Mundial de Salud y UNICEF de 1991, para promover, proteger y apoyar la lactancia materna en las maternidades, implementada en Argentina a partir de 1994.

El modelo MSCF, constituye un paradigma de atención perinatal que fue desarrollado en los últimos 35 años por el grupo de salud del Hospital Materno- Infantil Ramón Sardá, el cual incorporó diferentes intervenciones y prácticas innovadoras a fin de reconocer al recién nacido y su familia como protagonistas de la atención.

La conceptualización del modelo MSCF, considera los aspectos sociales y culturales que se manifiestan en los centros de servicios de salud perinatal y se definen los criterios mínimos que debe reunir una maternidad para adecuarse a dicho modelo, sustentándolo en 5 ejes y 16 principios, que forman parte del paradigma de atención.

Eje (1), Cultura Organizacional Centrada en la Familia. Primer Principio: Medicina centrada en el paciente y su familia y seguridad del paciente; la mujer embarazada y su hijo, antes y después del nacimiento y la familia entendida como toda configuración vincular, son el objeto de cuidado del equipo de salud.

Segundo principio: El modelo MSCF, suma lo humanístico al progreso tecnológico; los avances científicos en materia de diagnóstico y terapéutica, se traducen en una disminución de los índices de morbi-mortalidad, pero este progreso debe acompañarse de acciones que incluyan la participación familiar.

Tercer Principio: Asume y comprende que el reaccionar y actuar responsablemente ante un error médico favorece el cambio de paradigma; se evita que prevalezca un enfoque centrado en la culpabilización de la persona que comete un error o que sea asociado con incapacidad o irresponsabilidad, sino avanzar en las causas y factores que dieron lugar al error y mejorar o corregir aquellos procesos o estructuras que deban ser modificados.

Cuarto Principio: tiene avales nacionales y de organismos internacionales.

Eje (2), Protección de los derechos de la madre, padre y su hijo; la protección de los derechos humanos es un aspecto esencial del modelo. Quinto Principio: Se alinea con los derechos humanos; la madre, hijo y familia son los protagonistas del cuidado, lo

que no implica un desplazamiento del profesional de salud en su rol asistencial, sino en la posibilidad de las personas de ejercer el derecho a la vida y a una asistencia adecuada, comprometida e integral de salud.

Sexto Principio: Enfrenta la inequidad y la discriminación; se basa en el derecho de los pacientes a recibir una atención adecuada independientemente de su edad, cultura y condición socioeconómica, al respeto por la privacidad, autonomía y derecho a la información para la toma de decisiones, promoviendo el respeto por las preferencias, valores, situación familiar, estilos de vida y tradiciones culturales de los pacientes.

Séptimo Principio: Admite publicidad en el marco de la ética; la difusión a través de los diferentes medios de comunicación permiten a la sociedad y sus integrantes conocer el programa y reclamarlo como un derecho.

Eje (3), Promoción de la participación y colaboración de los padres, familia y comunidad en la protección y el cuidados de la mujer y su hijo durante el embarazo, parto y puerperio. Octavo Principio: Empodera a la familia y tiene beneficios agregados; estimula la participación de la pareja y la familia en la satisfacción de necesidades de la mujer en el embarazo y parto, con información clara y comprensible brindada por parte del equipo de salud para promover la participación en la toma de decisiones. En los casos de asistencia neonatal en unidades de cuidados intensivos, el ingreso irrestricto de los padres y la promoción de su permanencia continua con vistas en la capacitación y educación para el alta son las intervenciones más relevantes y beneficiosas, a saber, ahorra horas de enfermería neonatal cuando los padres asumen tareas de fácil aprendizaje, disminuye el riesgo de infecciones intrahospitalarias ya que son los propios padres los encargados de la alimentación e higiene de sus hijos reduciendo la posibilidad de transmisión de agentes infecciosos por parte del personal de salud, incrementa el porcentaje de alimentación con pecho materno al alta lo que agrega el beneficio de la reducción de infecciones y reducción de enterocolitis asociadas a la lactancia, permite el entrenamiento de los padres en el monitoreo de sus hijos para la detección de apneas, intolerancia al alimento, cambios de coloración y otros signos sutiles que pueden indicar una complicación, facilita el acceso a la planificación familiar ya que incrementa las posibilidades de contacto con los diferentes miembros del equipo de salud y la oportunidad para informar y educar con respecto a la salud sexual y reproductiva, facilita la detección de adicciones, conductas de riesgo y violencia familiar con la posibilidad de una intervención oportuna con los servicios correspondientes de asistencia social y salud mental, incrementa la adherencia a los programas de seguimiento de consultorio externo y de alto riesgo.

Noveno Principio: Es gratificante para todos los agentes de salud; si bien el paradigma de atención MSCF no puede resolver cuestiones asociadas con déficits presupuestarios, de recursos humano, materiales y edilicios, el modelo es gratificante por el reconocimiento de las familias beneficiadas.

Décimo Principio: Posibilita el compromiso y la participación comunitaria, por medio de propuestas relacionadas con su cultura e idiosincrasia.

Eje (4), Uso de prácticas efectivas y seguras. Decimoprimer Principio: Sus intervenciones son beneficiosas y basadas en la evidencia; relacionadas con los principios bioéticos de beneficencia y no maleficencia por medio del uso de prácticas sistematizadas y basadas en la evidencia.

Decimosegundo Principio: Es un ejemplo de búsqueda de la calidad continua; implementando acciones para la minimización de eventos adversos.

Decimotercer Principio: Busca promover intervenciones costo-efectivas, replicables y seguras, promoviendo prácticas a un bajo costo y con probada efectividad.

Decimocuarto Principio: Contribuye al cumplimiento de los objetivos del milenio; inherentes a la reducción de muertes en embarazadas, parturientas y púerperas y reducción de la mortalidad infantil.

Decimoquinto Principio: Sus resultados pueden ser cuantificados; la iniciativa MSCF puede ser monitoreada por medio de una guía que cuantifica y evalúa el cumplimiento de los pasos identificando fortalezas, debilidades y barreras y todo aspecto problemático que deba ser modificado.

Eje (5), Fortalecimiento de otras iniciativas, en particular la iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño. Decimosexto Principio: El modelo MSCF es abarcativo e incluyente de todas las propuestas complementarias; en relación a las prácticas preventivas, incluyendo el cuidado de la salud de la mujer fuera del embarazo y salud sexual y planificación familiar, como así también la atención adecuada en el embarazo, parto y posibles complicaciones, prevención de infecciones y secuelas en los recién nacidos, especialmente los prematuros, por medio del uso de tecnologías costo-efectivas y promoción de la salud y lactancia materna.

Abordaje metodológico

Diseño

Se realizó un estudio transversal, exploratorio, no experimental, de corte cuantitativo.

Área de estudio

Rol asistencial de enfermería.

Participantes

Participaron del estudio, enfermeros, enfermeros ley provincial N° 10971 del Gobierno de Santa Fe y licenciados en enfermería; que se encontraban desempeñando actividades y que realizaban tarea asistencial en una UCIN de un hospital público de tercer nivel de complejidad de la ciudad de Rosario, que aceptaron la participación en el estudio. Excluyendo a aquel personal de enfermería que desarrolla tareas administrativas o de jefatura o que se encontraba con licencia ya sea ordinaria o por enfermedad, como así también a quienes contaban con menos de 1 año de trabajo en el servicio estudiado.

Muestra

La muestra fue no aleatoria, por conveniencia, estuvo conformada por 25 enfermeros, correspondientes a todos los turnos, en el período julio-agosto del año 2019.

Técnicas e instrumentos

La técnica que se utilizó para la recolección de datos es el cuestionario, ya que este método es el más adecuado para estudios cuantitativos, además de proveer datos sociodemográficos.

El instrumento que se utilizó, se elaboró con base en otro, elaborado en una investigación previa (Vaca, 2016). El cuestionario consta de 15 preguntas de opción forzada (si / no) y una repregunta que justifique la opción elegida y otras de opción múltiple, que apuntan a la valoración del impacto de la presencia del familiar en los enfermeros de un servicio de UCIN (Anexo I).

A los fines de alcanzar los objetivos específicos planteados en el trabajo, las preguntas buscan identificar aquellas acciones que se ponen en práctica como parte de la atención, e inferir aquellas que no se llevan a cabo y los factores que obstaculizan su puesta en práctica.

En vistas de cumplimentar el objetivo de visualizar las acciones de enfermería que deberían implementarse como parte del modelo de atención MSCF, se realizó una revisión bibliográfica de dos libros que son utilizados a modo de protocolos de atención en el servicio de neonatología donde tuvo lugar el presente estudio. Para realizar el análisis del material literario se confeccionó una tabla comparativa (Anexo II) entre el “*Manual de Cuidados de Enfermería. Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales*”

(Benevento, M., García, G., Lucero, F., Müller, A. & Villalba, E. 2012) y “*Maternidad Segura y Centrada en la Familia con Enfoque Intercultural*” (Larguía, M. et al, 2012). Ambas bibliografías se escogieron por el enfoque holístico que se le da a la atención del recién nacido, con inclusión de la familia como parte del cuidado, más allá de los cuidados médicos y biológicos necesarios para la recuperación de la salud de los pacientes internados.

El análisis del material bibliográfico se realizó con base en categorías preestablecidas, en función de conocer las estrategias que adhieren al paradigma de atención de terapias a puertas abiertas, la tabla comparativa refleja lo competente al rol asistencial y de educación de enfermería en aquellas actividades dirigidas a la promoción del vínculo madre-hijo, el favorecimiento del neurodesarrollo, la promoción de salud, educación a la familia para el alta, promoción y estimulación de lactancia materna y adaptación de la familia al ambiente hospitalario.

Consideraciones éticas

Antes de realizar el cuestionario se solicitó autorización por escrito a los directivos de la institución, para llevar a cabo el estudio, por medio de una carta de autorización dirigida al departamento de enfermería y dirección del hospital, para desarrollar la investigación en los meses de julio- agosto del corriente año.

Se convocó a la enfermera jefe del servicio de neonatología, a la supervisora del área materno- infantil y enfermeros asistenciales de la UCIN, para explicar el motivo y forma de realización del cuestionario. Los horarios correspondieron a los 4 turnos de la jornada laboral y se procuró respetar los tiempos de trabajo y comodidad de los entrevistados.

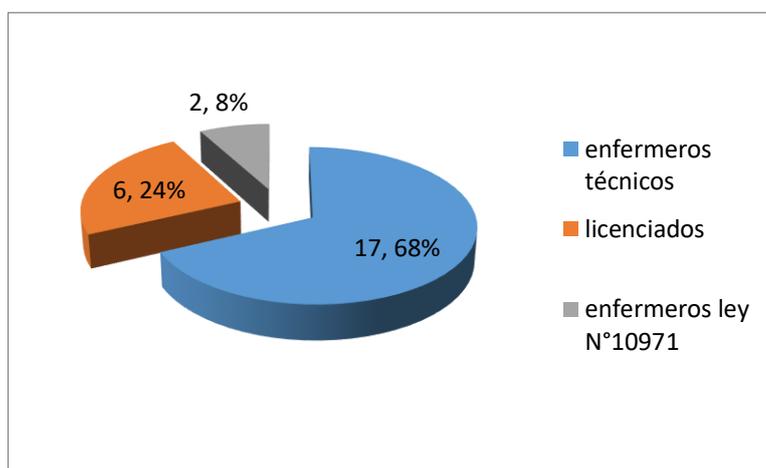
Los datos recolectados fueron utilizados únicamente con el fin del presente estudio y se hizo firmar un consentimiento informado previo a la realización del cuestionario a cada entrevistado a quienes además se les concedió el anonimato.

Análisis e interpretación del material relevado

Se realizaron 25 cuestionarios al personal de enfermería de un servicio de UCIN, de los cuales 17 eran enfermeros técnicos, 6 licenciados en enfermería y 2 enfermeros ley provincial N° 10971 del Gobierno de Santa Fe. De ellos, 13 tenían 10 años o más de experiencia dentro del servicio y el resto menos de 10 años.

Los datos recolectados fueron agrupados conforme a las siguientes categorías, las cuales se sustentan en la bibliografía utilizada a tal fin, a saber: participación familiar con vistas en la promoción del vínculo madre-padre-hijo; comunicación efectiva y educación para el alta; repercusiones emocionales de la familia en el equipo de enfermeros/as; visita familiar; lactancia materna y contacto piel a piel.

Gráfico 1: Nivel de Formación.



Categoría: Participación familiar con vistas en la promoción del vínculo madre-padre-hijo.

Todos los enfermeros encuestados coinciden que la participación de la familia es importante, tanto para el recién nacido como para los propios padres, ya que fomenta el contacto, promueve el vínculo, estimula el apego, favorece la recuperación del paciente y prepara a los padres para el alta por medio de la adquisición de destrezas, manejo del neonato y administración de cuidados que se continuarán en sus domicilios al momento del alta. Sin embargo, la mayoría de los encuestados (21/25), considera que la familia representa un obstáculo ante la realización de determinadas prácticas, especialmente aquellas relacionadas con punciones, intubación, colocación de sondas y toda técnica invasiva o procedimiento doloroso para el paciente. Asimismo, considera que deberían estipularse horarios reglados o momentos donde la familia se retire de la sala, estos

horarios coinciden con las prácticas anteriormente mencionadas, además de los pases de sala, descanso de los pacientes y momento de limpieza del servicio.

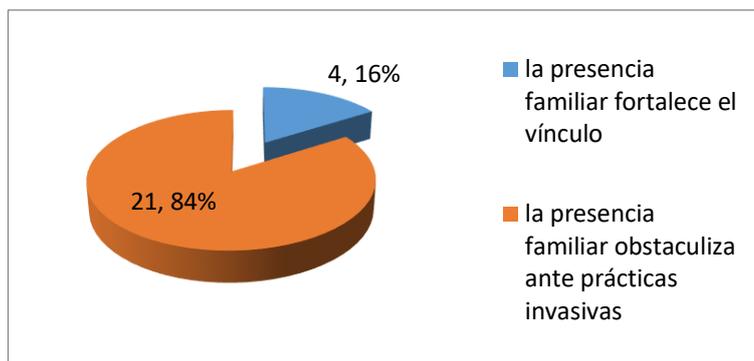
En lo que se refiere a la participación familiar, analizada en función de la promoción del vínculo madre-padre-hijo, coincide con la literatura analizada, por medio de la implementación de acciones tales como permitir el ingreso irrestricto de los padres a la UCIN, brindar educación para el alta y entrenar y evaluar al familiar en el manejo del recién nacido durante la internación.

Una investigación previa, (Ruiz Rintelen, 2016), revela que la familia de un paciente crítico tiene necesidades que están relacionadas con la información, seguridad y proximidad; esta última tiene que ver con la posibilidad de permanecer cerca del paciente y ser incluidos en el cuidado, lo que repercute positivamente disminuyendo los niveles de ansiedad y favoreciendo la capacidad de hacer frente a la situación crítica.

Esta jerarquización de la participación de la familia puede deberse al conocimiento del material bibliográfico que se utiliza a modo de protocolo de atención en el servicio, por parte de los enfermeros/as, como así también las normas de ingreso vigentes para la familia y la adhesión a estas por parte del personal.

En cuanto a la retirada de la familia, un gran número de los encuestados considera que en ciertos momentos debería retirarse. Esta situación puede estar relacionada con una falta de predisposición a trabajar con estas personas, ya que, el hecho de tener que explicar el procedimiento para que los padres comprendan qué se va a realizar y porqué y además de realizar la práctica brindar contención o apoyo al familiar, supone una mayor carga física y emocional para el personal de enfermería. Al respecto, un estudio realizado por Vaca (2016), refiere que existen barreras para la implementación de una UTI abierta, que tienen que ver con concepciones personales de los agentes de salud y la idea de que el hospital es un lugar más tranquilo si existe poca circulación de gente y que la familia dificulta el trabajo porque podría interferir con las prácticas médicas o de enfermería por lo tanto se deben estipular momentos donde el servicio permanezca cerrado a la familia para realizar procedimientos o atender emergencias.

Gráfico 2: Impacto de la Presencia Familiar en Vistas del Fortalecimiento del Vínculo



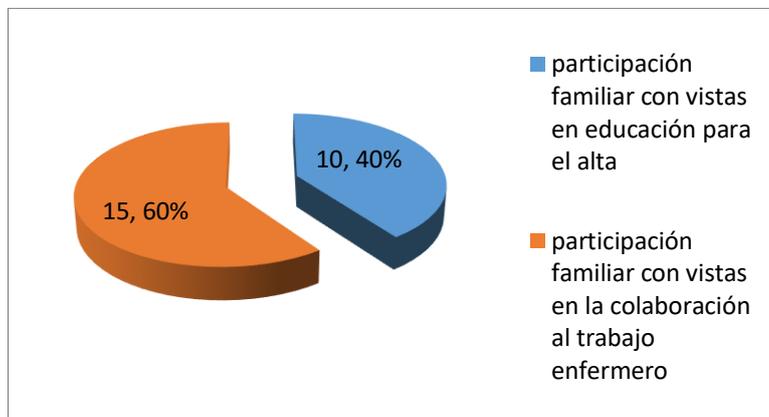
Categoría: Comunicación efectiva y educación para el alta.

La totalidad de los enfermeros encuestados permiten que los padres participen en ciertas actividades sencillas y que además son cuidados que deberán dispensar al alta del paciente, como ser, baño e higiene, cambio de pañal o alimentación. Esto tiene concordancia con la categoría de educación para el alta que resalta el material bibliográfico analizado, en lo que respecta a incorporar a los padres en la atención del recién nacido para brindar independencia y confianza en los cuidados que realizarán en sus domicilios a fin de que todas las prácticas sean adecuadas, seguras y de calidad. Ruiz Rintelen, (2016), destaca en su trabajo de investigación, la necesidad de una comunicación adecuada entre el equipo de salud y la familia, en lo que respecta a información y educación por medio del uso de un lenguaje claro y sencillo, eliminando los tecnicismos y terminología incomprensible para el familiar, teniendo en cuenta el nivel de educación de las personas.

En el servicio estudiado, menos de la mitad de los encuestados (10/25), refiere que permite la participación familiar en el cuidado con vistas en promover un encuentro entre la familia/cuidador y el personal de salud, como una oportunidad para educar y evaluar el desempeño de los padres. Mientras que el resto (15/25), lo permite porque piensan que significa un ahorro de tiempo y es percibido como una colaboración con el trabajo diario de enfermería. Al analizar esta situación, es evidente que, si bien el equipo promueve la participación parental, el fin último de esta actividad, no siempre está relacionado con el rol educador enfermero. Esto podría deberse a la falta de tiempo, ya sea por escaso recurso humano o por exceso de trabajo. Lo que se convierte en una problemática a tener en cuenta al momento de evaluar los cuidados que brinda enfermería. La educación es una actividad que requiere de disponibilidad horaria con la

que a veces no se cuenta, entonces la participación de los padres se tergiversa y en lugar de utilizarla como una oportunidad para educar para el alta, se la percibe como una ayuda al trabajo del enfermero/a.

Gráfico 3: Valoración de la Participación Familiar



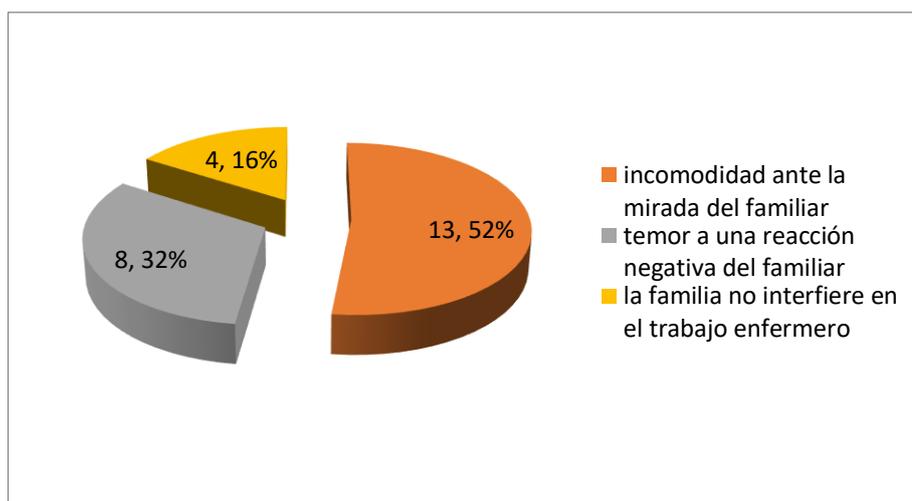
Categoría: Repercusiones de la visita de la familia en el equipo de enfermeros/as

En lo que respecta al ámbito de las repercusiones emocionales de la familia en los enfermeros/as, la mayoría de los encuestados (21/25), manifestó que la presencia del familiar implica un factor estresante ante la realización de técnicas invasivas. De ellos, más de la mitad (13/21), dijo sentirse nervioso o incómodo al trabajar con la familia observando su desempeño. Mientras que el resto (8/21), manifestó sentir temor a una reacción negativa por parte de la familia.

Si bien la bibliografía en la que se sustenta el paradigma de atención a puertas abiertas resalta los beneficios de la permanencia de la familia en la UCIN, tanto para los padres, para los neonatos, como para los propios profesionales, el personal de enfermería tiene cierta resistencia a trabajar con los padres presenciando los procedimientos. Esta situación puede estar relacionada con concepciones del área intensiva como un lugar cerrado y restringido para la familia, teniendo en cuenta que casi la mitad de los enfermeros entrevistados (13/25), tiene más de diez años de antigüedad en el servicio, acostumbrados a modelos tradicionales de atención. Mientras que el paradigma a puertas abiertas, convierte a los padres en garantes de los cuidados que se dispensan a sus hijos, los recién nacidos se ven favorecidos en cuanto al neurodesarrollo y para los profesionales significa un reconocimiento por parte de los beneficiados, además de la experiencia de la participación en un modelo de trabajo humanizado e innovador.

Estos resultados, coinciden con los propios de un estudio, realizado en San Pablo, (Langona Montanholi, Barbosa Merighi y Pinto de Jesús, 2011), que revela que algunas enfermeras introducen a los padres en el cuidado del recién nacido por medio del toque y la lactancia, sin embargo para muchos integrantes del equipo de enfermería, la presencia de los padres dificulta la actuación de los profesionales.

Gráfico 4: Impacto de la Presencia Familiar, en los Enfermeros Ante Prácticas Invasivas



Categoría: Visita de la familia.

En lo que respecta a la visita de la familia, (exceptuando a los padres), ya sea tíos, hermanos, abuelos, poco más de la mitad de los entrevistados (14/25), considera que tiene un efecto negativo sobre el paciente, ya que frente a la manipulación y estímulos en exceso, el recién nacido se torna irritable, se lo nota incómodo, con repercusión en sus variables fisiológicas, como ser disminución de la saturación y aumento de la frecuencia cardíaca. Mientras que sobre el familiar tiene un efecto positivo, aunque un número menor de entrevistados (6/25) considera que en casos de pacientes graves incrementan el nivel de ansiedad y angustia en la familia.

Con relación a ello, un trabajo de La Calle, Martin y Nin (2016), indica que, si bien los estudios no son concluyentes, la presencia de la familia no se relaciona con consecuencias negativas ni para el paciente ni para el familiar. Además indica que las barreras para que el entorno familiar ingrese a las terapias se ha centrado en el posible trauma psicológico y ansiedad que puede generar el impacto de la gravedad del paciente, pero la realidad muestra que históricamente las visitas en las terapias intensivas han sido restrictivas al considerar que favorece el cuidado de los profesionales, la falta de costumbre y la falta de reflexión crítica sobre los beneficios de

la visita son los verdaderos obstáculos a la hora de implementar una política a puertas abiertas.

Por su parte, otro estudio, (González, 2016), revela que, con respecto al estrés fisiológico para el paciente, no se observan cambios significativos en los parámetros vitales durante la visita, ni se incrementan los casos de infecciones.

La UCIN es un servicio que cuenta con gran cantidad de mobiliario y aparatos tecnológicos, como respiradores, incubadoras, servocunas, bombas infusoras, balanzas, entre otros, el espacio físico reducido puede ser una causa por la cual el personal perciba a las visitas como un factor negativo y la circulación de gente dentro de la unidad como un obstáculo para su trabajo. La realidad muestra que algunos enfermeros/as tienen cierta resistencia a trabajar con los padres, esta conducta se hace más evidente cuando se trata de familiares menos directos.

Gráfico 5: Impacto de la Visita en el Neonato

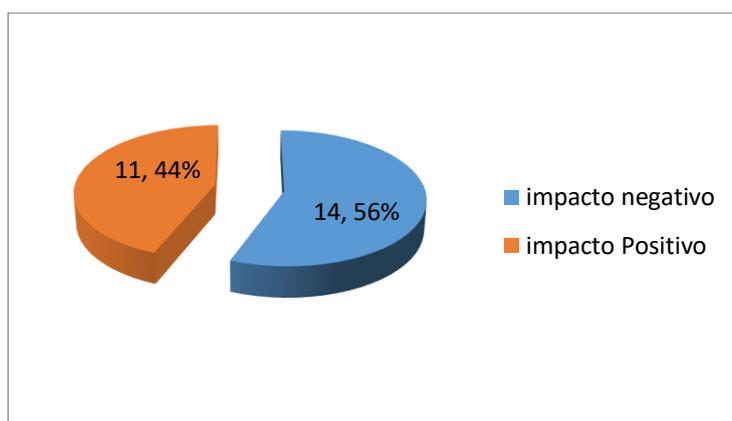
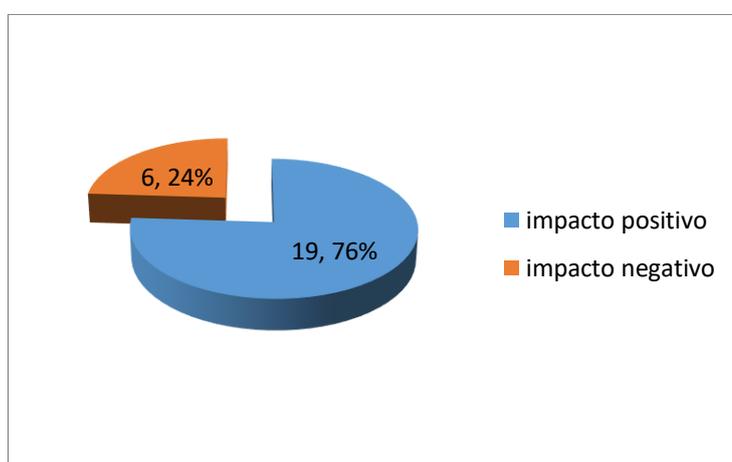


Gráfico 6: Impacto de la Visita en la Familia



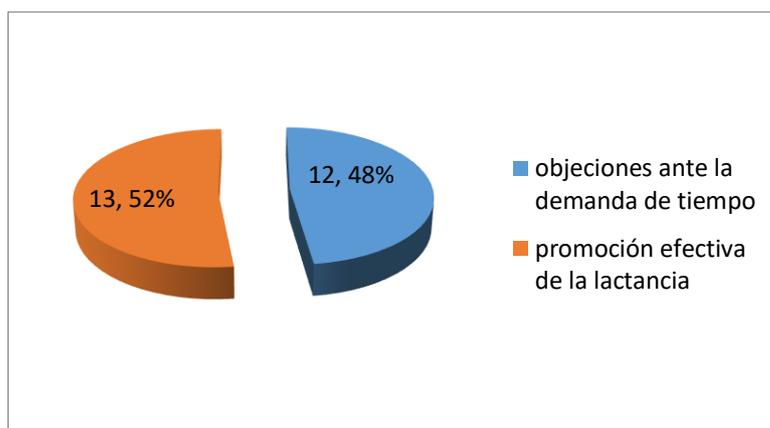
Categoría: Lactancia materna.

En lo que respecta a lactancia materna, la totalidad de los enfermeros/as encuestados refiere promover esta práctica y son conscientes de los beneficios que implica para el recién nacido. Entre los más destacados se encuentran la importancia nutricional y el fomento del vínculo madre-hijo. Pero casi la mitad (12/25) de los entrevistados considera que la promoción de la lactancia materna es una actividad que demanda tiempo con el que enfermería no cuenta. En este sentido el “*Manual de Cuidados de Enfermería, Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal*” (2012), sostiene que la leche de la madre es el mejor alimento para un recién nacido, ya que no sólo completa los requerimientos nutricionales del neonato sino que también ofrece protección contra infecciones, es higiénico, favorece la eliminación de meconio, brinda estimulación sensorial por medio del contacto con la madre y fortalece el vínculo. Además estimula la liberación de la hormona Oxitocina en la madre favoreciendo la involución uterina y contribuye al descenso de peso materno. Sumado a ello, también promueve la lactancia no solamente en aquellos neonatos con capacidad para la succión al pecho sino que fomenta la alimentación con leche materna en aquellos recién nacidos prematuros que son alimentados por sonda, a través de la extracción y conservación de leche para su posterior utilización.

El artículo de Brahm y Valdés (2017), enumera los beneficios de la alimentación con pecho materno exclusivo, entre los que se encuentran la protección contra infecciones, prevención de alergias alimentarias, disminución del riesgo de enterocolitis necrotizante en prematuros y beneficios para el neurodesarrollo, entre otros. También realiza un relevamiento de las alteraciones que puede acarrear el no amamantar, como ser, alteraciones de la cavidad oral causadas por la tetina, alteración de la microbiología intestinal causada por la leche de fórmula, como así también alteraciones en la oxigenación relacionadas con desaturaciones y bradicardias durante la succión al biberón que no fueron registradas en pacientes alimentados con pecho.

La promoción de la lactancia materna es una actividad que requiere de educación a la madre sobre las técnicas de extracción de leche y de amamantamiento, como así también de control, tanto sea del cumplimiento de normas del servicio como de efectividad de la práctica. Si bien estas actividades demandan tiempo, una vez que las madres son entrenadas, significa un ahorro en la carga horaria de trabajo de enfermería, como así también la adquisición de una destreza, que realizará la madre, una vez dado de alta el paciente.

Gráfico 7: Promoción de Lactancia



Categoría: Contacto piel a piel.

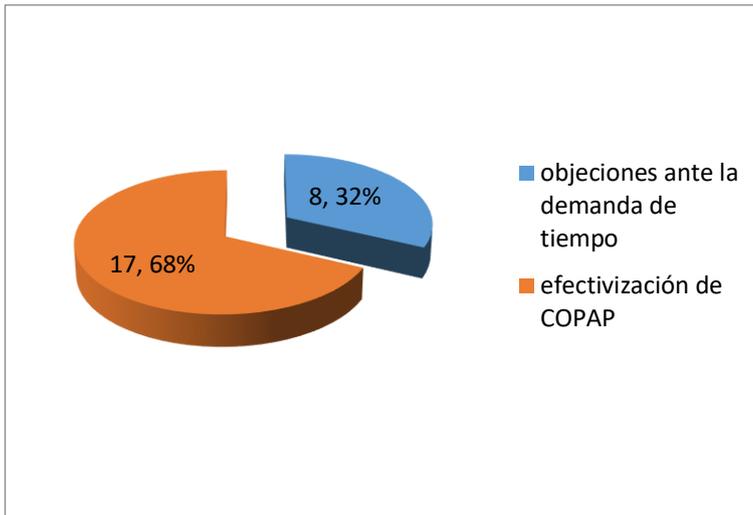
En lo que se refiere a COPAP, los enfermeros/as entrevistados resaltan los beneficios que implica esta práctica, entre los que se destacan el fortalecimiento del vínculo, favorecimiento del proceso de recuperación y beneficios para el neurodesarrollo. La falta de tiempo es nuevamente un factor negativo que repercute en la implementación de esta actividad ya que casi un tercio de los encuestados (8/25), refirió que no siempre lo realiza por no contar con el margen horario suficiente para su correcta ejecución.

El libro “*Manual de Cuidados de Enfermería, Unidad de Cuidado Intensivo*” (2012), adhiere al modelo de atención MSCF y establece la importancia del ingreso irrestricto de los padres como paso para priorizar el COPAP precoz, asimismo resalta que no existen impedimentos para que un paciente estable realice esta práctica, independientemente del tratamiento que se encuentre realizando, incluyendo pacientes conectados a asistencia mecánica respiratoria.

Un estudio realizado en 2018 en el hospital Escobar de la ciudad de Buenos Aires, (Benincasa, Leguiza y Sanabria), reveló que los neonatos que realizaron la práctica precozmente mantuvieron parámetros vitales satisfactorios en cuanto a frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, coloración de la piel y temperatura, además de contribuir al inicio temprano de la lactancia y establecer una vinculación afectiva satisfactoria entre el binomio.

Si bien los enfermeros manifiestan reconocer los beneficios del COPAP, la escasez de tiempo es un factor que influye negativamente en la implementación de este recurso, la satisfacción de necesidades biológicas y el cumplimiento de indicaciones médicas, son priorizadas sobre la realización de esta práctica.

Gráfico 8: Implementación del COPAP



Conclusión.

El modelo MSCF, es un paradigma de atención, que se sustenta en los beneficios que representan tanto para el paciente como para la familia, las terapias a puertas abiertas, que permiten el ingreso parental irrestricto y su participación en el cuidado. Estos beneficios están relacionados con el fortalecimiento del vínculo madre-padre-hijo, la promoción de salud, a través de la adquisición de destrezas y manejo adecuado del recién nacido por parte de los padres, por medio de la educación, información y fomento de la lactancia materna. Así como también, el impacto positivo, sobre el neurodesarrollo del paciente, la implementación de estas prácticas.

Se puede hacer una clasificación de las causas que impiden llevar a cabo las estrategias de modelo de atención MSCF, dividiéndolas en factores relacionados con el entorno (falta de espacio físico, falta de tiempo, escasez de recurso humano); y factores relacionados con concepciones personales (cultura de la terapia intensiva como área cerrada, falta de costumbre o disposición a trabajar con la familia).

Con respecto al primer grupo de factores, se puede concluir que la UCIN es un servicio con un alto grado de demanda de trabajo, la criticidad del paciente y las situaciones de urgencia, en ocasiones generan un despliegue del personal, sumado a la cantidad de aparatos y mobiliario, si a esto le agregamos la presencia de visitas, se observa que se dificulta el tránsito y trabajo del enfermero/a en estas situaciones, donde el espacio físico reducido es un inconveniente para la comodidad del trabajador.

La falta de tiempo, ya sea por escasez de recurso humano o por exceso de trabajo es una importante barrera a la hora de implementar ciertas prácticas que se incluyen en el modelo de atención MSCF, y que forman parte del paradigma de atención a puertas abiertas. Lo que ocasiona que se tienda a priorizar la satisfacción de necesidades médico-biológicas del paciente más que las psicoafectivas y de educación a la familia.

En lo que respecta al segundo grupo de factores, se puede decir que, el paradigma a puertas abiertas es un modelo relativamente nuevo en la atención del paciente crítico, históricamente las unidades de terapias intensivas han sido servicios cerrados, que coinciden con modelos de atención tradicionales, donde la familia constituye una visita y no se la incluye como parte del cuidado.

Por otro lado, el personal de enfermería que trabaja en una UCIN, es en un gran porcentaje, un personal con muchos años de antigüedad en la unidad, acostumbrado a trabajar sin la presencia del familiar.

Cambiar la cultura de la UTI como área cerrada puede ser un proceso lento por la falta de costumbre del personal a trabajar incluyendo a los padres y otros familiares en el cuidado.

La presente investigación, como todo abordaje empírico, cuenta con una serie de debilidades y fortalezas. En cuanto a las limitaciones, el servicio analizado es pequeño, por lo tanto la muestra es reducida en número. Los resultados y conclusiones sólo son generalizables y válidos para la población en estudio.

En lo que hace a sus puntos fuertes, el estudio contó con una plantilla de trabajo con un amplio conocimiento sobre el material bibliográfico que sustenta el modelo de atención a puertas abiertas y los beneficios que implican su implementación para el paciente y el núcleo familiar. Sumado a ello, en general, el personal acata las normas de ingreso y de trabajo de la institución y el servicio, respectivamente. Además, cumplen con todas las prácticas incluidas en el paradigma de atención MSCF, más allá de lo discursivo.

En cuanto a las implicancias del estudio, el mismo permitió identificar las falencias en el cuidado, en lo que respecta al cumplimiento de prácticas que involucren al paciente y la familia como focos de atención. Además posibilitará reafirmar los beneficios e importancia de incluir la variable psicoafectiva en el cuidado, más allá de la satisfacción de necesidades médico-biológicas. Como así también, reforzar el conocimiento científico y la importancia del rol educador enfermero, en lo que se refiere a educación para el alta, promoción de salud y adquisición de destrezas en el manejo y cuidados del recién nacido en el ámbito domiciliario.

En lo que respecta a la organización y gestión del servicio, podría brindar herramientas a coordinadores y jefes para elaborar estrategias que posibiliten la detección de obstáculos que impidan o dificulten la implementación de prácticas relacionadas con el modelo de atención MSCF. Al tiempo que posibilitaría la planificación de mejoras en el cuidado de enfermería.

Bibliografía

- Almeida Carreiro, J., Amorin Francisco, A., Diveira Marcacine, K., & Pereiracoca, K. (2018). *Dificultades relacionadas con la lactancia materna: análisis de un servicio especializado en amamantamiento* (tesis de licenciatura en enfermería). Escuela Paulista de Enfermería. San Pablo.
- Benevento, M., García, G., Lucero, F., Müller, A., & Villalba, E. (2012). *Manual de Cuidados de Enfermería Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal*. Ushuaia: Utopías.
- Benincasa, V., Leguiza, A., & Sanabria, M. (2018). *COPAP, nuestra experiencia en un hospital público*. Hospital Escuela Erill de Escobar. Argentina.
- Brahm, P., & Valdés, V. (2017). Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Revista Chilena de Pediatría*, 88, 7-14.
- Castro López, F. y Laza, O. (2007). “*Manual de Enfermería en Neonatología*”. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Chávez Peña, C. (2015). *Actitud de la Madre hacia el Contacto Precoz Piel a Piel con el Recién Nacido de Término en la Unidad de Neonatología* (tesis de especialidad en enfermería en neonatología). Universidad Nacional de San Marcos, Lima.
- Colegio de enfermería del sur de la provincia de Santa Fe. (2014). *Código de ética de los profesionales de enfermería y sus ramas auxiliares*. Capítulo IV, art. 39.
- Consejo Internacional de Enfermería. (2006). *Personal fiable, salva vidas. Carpeta de herramientas de información y acción*. Ginebra, Suiza.
- Del Mazo, P. & Suarez Rodríguez, M. (2018). *Prevalencia de la alimentación exclusiva con lactancia materna en recién nacidos sanos* (tesis de licenciatura en enfermería). Hospital Universitario Central de Asturias, España.
- Elizalde Helvia, A., Martí Vilar, M. & Martínez Salva, F. (2006). Una revisión crítica del debate sobre las necesidades humanas desde el enfoque centrado en la persona. *Revista Polis, de la Universidad Bolivariana*, 5, 4-7.

Gobierno de Santa Fe. Ley N° 12501. *Regulación del ejercicio de la enfermería*.
Capítulo III, Inc. 9.

González, A. (2009). Comienzos de la Enfermería Neonatal en Argentina. *Cuidados de Enfermería Neonatal* (pp. 4-9). Comité científico de enfermería neonatal hospital J. Garrahan. Buenos Aires: Journal.

González, P. (2016). *Implementación de Puertas Abiertas al Régimen de visitas de Terapia Intensiva* (tesis de especialidad en enfermería en neonatología).
Universidad Nacional de Córdoba. Argentina.

Hernández Martín, C. (2015). *El modelo de Virginia Henderson en la práctica enfermera* (tesis de licenciatura en enfermería). Universidad de Valladolid.
España.

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. (2003). *Breve historia de la medicina intensiva*. Recuperado de <http://www.ics-aragon.com/cursos/enfermo-critico/pdf/00-00.pdf>. Agosto 2019.

Jacquier, N., Dos Santos, L., Wolhein, L., & Martínez, R. (2011). *Introducción a la enfermería comunitaria*. Posadas: Universidad Nacional de Misiones.

Larguía, M., González, M., Solana, C., Basualdo, N., Di Pietrantonio, E... & Esandi, M. (2012). *Maternidad Segura y Centrada en la Familia con enfoque Intercultural*. (2da edición). Buenos Aires: UNICEF.

Langona Montanholi, L., Barbosa Merighi, M., y Pinto de Jesús, M. (2011). Actuación de la enfermera en la unidad de terapia intensiva neonatal: entre lo ideal y lo posible. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 19, 2-7.

Macioni, J. & Plummer, K. (2011). Salud y Sociedad. En *Sociología* (pp.617-680). Madrid. Pearson.

Marco Pérez, P. (2016). *Influencia de las visitas flexibles en la unidad de cuidados intensivos sobre las necesidades del paciente crítico y su familia* (tesis de licenciatura en enfermería). Universidad de Rovira i Virgili. Tortosa.

Martínez, M. (2008). Historia de la neonatología y los desafíos del siglo XXI. *Revista de Medicina Condes*, 19, 152-157.

Moral, T. & Bancalari, E. Evolución de la actitud frente al recién nacido prematuro. *Boletín de la Sociedad de Pediatría, Cantabria, Castilla y León*, 50, 39-42.

Océano Medicina: *Evolución e importancia del rol de la enfermería neonatal*.

Entrevista a Chattás, G. (2019) Recuperado de

<https://magazine.oceanomedicina.com.ar/entrevistas>. Septiembre 2019.

Rodríguez Martínez, F. (2000, octubre). *La Enfermería en Cuidados Intensivos*. Acta de la Jornada de Enfermería de la Fundación Roemmers. Buenos Aires.

Ruiz Rintelen, N. (2016). *Necesidades Familiares con un Paciente Ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos* (tesis de licenciatura en enfermería).

Universidad Nacional de Catalunya.

Vaca, S. (2016). *Unidades de Terapias Intensivas que Permiten Integrar a la Familia en los Cuidados* (tesis de licenciatura en enfermería). Universidad Nacional de Córdoba.

Anexo I

Cuestionario

Título habilitante:

Tiempo en el servicio:

- 1) ¿Considera importante la participación de la familia como parte del cuidado al recién nacido internado en la UCIN?
Si / No
¿Por qué?
- 2) ¿Considera que la familia puede resultar un obstáculo para la realización de determinadas prácticas?
Si / No
¿Cuáles prácticas?.....
- 3) ¿Considera que en determinados momentos/ horarios el familiar debería retirarse?
Si / No
¿Cuáles momentos?.....
- 4) En lo personal ¿usted permite que el familiar realice ciertas actividades cotidianas del cuidado del neonato?
Si / No
- 5) En relación a la integración de la familia en los cuidados ¿en qué actividades usted le permite participar a los padres?
 - a- Higiene/ baño.
 - b- Cambio de pañal.
 - c- Alimentación.
 - d- Control de temperatura.
 - e- Control de peso.
 - f- Medicación vía oral.
 - g- Otros.....
- 6) ¿Considera que la familia es un factor facilitador en el cuidado del recién nacido?
Si / No
¿Por qué?.....
- 7) ¿Considera que la presencia del familiar puede resultar un factor estresante para los profesionales de la salud?
Si / No
¿Por qué?.....
- 8) ¿Cuál es su opinión acerca del impacto de visitas (abuelos/ hermanos/ otro familiar exceptuando a los padres) sobre el neonato?
 - a- Influye positivamente sobre el neonato (paciente tranquilo/ más estable).

- b- Influye negativamente sobre el neonato (paciente irritable/ alterado).
- 9) ¿Cuál es su opinión acerca del impacto de las visitas sobre el familiar?
- a- influye positivamente sobre el familiar (conocer al neonato genera tranquilidad/ alegría).
 - b- Influye negativamente sobre el familiar (ansiedad/ angustia ante la criticidad del paciente).
- 10) ¿Promueve la lactancia materna en aquellos recién nacidos que pueden alimentarse por succión?
- Si / No
- ¿Por qué?.....
- 11) En un paciente crítico ¿considera relevante brindar información/ explicación a los padre sobre el uso de tecnologías para el cuidado?
- a- Siempre.
 - b- Sólo explicar lo más relevante.
 - c- Dejar la explicación a cargo del médico que brinda el informe.
- 12) En un paciente de reciente ingreso usted ¿se presenta a los padres con nombre, cargo y los guías hacia la unidad del neonato?
- Si / No
- 13) Dentro de las posibilidades clínicas del paciente usted ¿favorece el contacto piel a piel?
- Si / No / A Veces
- ¿Por qué?.....
- 14) ¿considera que el tiempo que insume la educación en lactancia materna (incluyendo la extracción de leche humana para conservación), le resta tiempo a la atención del paciente?
- Si / No
- 15) ¿considera que el recurso humano en su servicio es suficiente para cumplir con el rol educador a los padres?
- Si / No

Anexo II

Tabla comparativa

Actividades	Manual de Cuidados de Enfermería	Maternidad Segura y Centrada en la Familia
Promoción del vínculo madre-padre-hijo	El cuidado del apego nos lleva a promover la interacción temprana entre el niño y la madre para favorecer la recuperación y disminuir las complicaciones de la internación.	Una de las intervenciones más importantes relacionadas con la asistencia neonatal consiste en permitir el ingreso irrestricto de los padres a los servicios de neonatología.
Favorecimiento del apego y neurodesarrollo	El contacto piel a piel es la ubicación del recién nacido en contacto directo con el tórax de la madre, lo cual favorece el binomio y el neurodesarrollo (desarrollo motriz, estabilización fisiológica, sociabilización).	Se debe facilitar la inclusión de la madre, el padre y resto de la familia en la internación neonatal promoviendo el contacto piel a piel y la lactancia.
Promoción de salud	Es importante orientar a los padres en relación a los cuidados de su bebé y pautas de alarma, informar técnicas de extracción de leche materna y la importancia del rol de los padres en el cuidado.	El modelo MSCF favorece la lactancia, disminuye el riesgo de infección intrahospitalaria y capacita a los padres.
Educación para el alta	Compartir el espacio hospitalario con los usuarios nos lleva a establecer el apego como elemento fundamental para la recuperación del paciente y brindar seguridad a las madres para el cuidado al alta.	El modelo MSCF incrementa las oportunidades de encuentro con el personal de salud para informar e incrementar la adherencia a los programas de seguimiento.
Promoción y estimulación de lactancia materna	La leche materna es el mejor alimento para un recién nacido que presenta reflejo de succión positivo y coordinación succión -deglución.	El método MSCF promueve fuertemente la lactancia materna y el involucramiento y participación de las maternidades en la iniciativa HAMN.
Adaptación de la familia al ambiente hospitalario	El cuidado de la pertenencia nos lleva a compartir el ambiente hospitalario con usuarios, apostando a crear un lugar a puertas abiertas.	El uso de tecnologías en la asistencia...debe acompañarse de acciones que incluyan la participación de la familia.