

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Facultad de Ciencias de la Salud



TRABAJO FIN DE GRADO EN ENFERMERÍA

CONVOCATORIA JUNIO 2016

HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO NEONATAL EN ENFERMERÍA.

Autora: Isabel Candela Sánchez.

Directora: María del Mar López Rodríguez.

ÍNDICE:

RESUMEN.....	3
JUSTIFICACIÓN DEL TEMA.....	4
INTRODUCCIÓN.....	6
1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA PEDIATRÍA Y LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICAS.....	6
2. EL CUIDADO EN ENFERMERÍA: NECESIDAD ACTUAL.....	7
3. MÉTODO MADRE CANGURO: REPERCUSIÓN EN LA ENFERMERÍA.....	8
4. MEDIDAS REDUCTORAS DE ESTRÉS EN EL RECIÉN NACIDO.....	9
OBJETIVOS.....	11
METODOLOGÍA.....	12
RESULTADOS.....	13
DISCUSIÓN.....	19
CONCLUSIONES.....	22
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23
ANEXOS.....	26

RESUMEN.

La neonatología moderna suele ser bastante agresiva debido entre otros factores al aumento del conocimiento y avances en términos de salud con la ayuda de las nuevas tecnologías. Esto ha hecho que la expectativa de vida en los recién nacidos prematuros y niños críticos haya sido y sea más alta en comparación con tiempos pasados. Sin embargo, el cuidado ofrecido a estos pacientes requiere de un análisis y discusión con contraposiciones de ideas de distintas fuentes de evidencia científica, con objeto de obtener consensos que promuevan la calidad de vida del niño y su familia. En ocasiones, el tratamiento terapéutico y su interacción con el cuidado dedicado al bienestar, acaba en la deshumanización del cuidado por la complejidad de las Unidades de Cuidados Intensivos de Pediatría y su impacto en el paciente pediátrico.

El objetivo principal de este trabajo ha sido conocer las distintas evidencias científicas sobre la iniciativa de cuidados humanizados en el niño y la participación parental en la misma, junto con su desarrollo en el campo de la Enfermería.

Por lo tanto, se destaca el fomento del vínculo familiar y presencia de los padres en la toma de decisiones, con las repercusiones que ello conlleva dentro del ámbito y actuación del equipo multidisciplinar de profesionales, mediante nuevos métodos demostrados efectivos en este tipo de circunstancias como el Método Madre Canguro y la Lactancia Materna, promotores ambos de la humanización de los cuidados de Enfermería en el paciente pediátrico crítico. Esta nueva forma de llevar a cabo el cuidado neonatal representa un desarrollo para la profesión de Enfermería y una nueva perspectiva asistencial que implica a padres e hijos en el proceso enfermedad y en la consecución de los objetivos de salud, con favorables resultados para equipo sanitario y paciente.

Palabras clave:

Neonatos, Enfermería, cuidado humanizado.

JUSTIFICACIÓN DEL TEMA.

La humanización en el cuidado y atención especializada en el neonato es de vital importancia dentro del campo de la ciencia, donde se encuentran la medicina y en concreto, la enfermería, en el momento actual. La disciplina enfermera tiene como objetivo proporcionar el cuidado de la forma más eficiente y efectiva, buscando en última instancia el bienestar del paciente. Por ello, y teniendo en cuenta que la neonatología suele ser bastante agresiva por los diferentes requerimientos y aspectos que engloban la expectativa de vida en los recién nacidos prematuros y niños críticos, el desempeño de la praxis como profesional debe estar fortalecido, o mejor dicho fundamentado, en los patrones de conocimiento empírico, estético, personal y ético, es decir, con perspectiva disciplinaria de enfermería y con compromiso para el aseguramiento de la calidad y seguridad en el cuidado del paciente. Además, esto implica consecuencias en la vida y salud no sólo del recién nacido sino de la familia, al llevar a cabo el ejercicio de cuidar a partir de la comunicación y relación interpersonal entre profesional, paciente y familia. Evitando así o minimizando la situación que en ocasiones termina siendo “deshumanización del cuidado”¹.

En cuanto a las visitas, en nuestro país existe una gran variabilidad de horarios y normativas respecto a las mismas y en cuanto al acompañamiento de los padres. Actualmente, España cuenta con un régimen más restrictivo de visitas en comparación con otros países como Brasil, donde se ha constatado en cuanto a participación parental en los cuidados del prematuro, la implantación de la iniciativa cuidado tipo canguro mediante el decreto del Ministerio de Salud en un ideario de humanización de la asistencia neonatal^{2,3}.

La implicación de los padres es cada vez mayor en el cuidado del niño críticamente enfermo, si bien es verdad que a pesar del aumento de demanda por parte de los padres y familias de la ampliación del horario de visitas, aún sigue siendo poco flexible. El tiempo de permanencia de los padres con los neonatos en las unidades de especialización de pediatría debe organizarse de forma continua, ya que minimiza los efectos favorecedores del encarnizamiento terapéutico que a causa de la complejidad en la prestación de cuidados de estos pacientes, se da en las unidades de neonatología. Así también, se evitan posibles riesgos prevenibles, además de tener en cuenta la bibliografía científica de la que disponemos en esta etapa del cuidado actualmente, antes

del inicio de protocolos y procedimientos innecesarios para la evolución clínica del recién nacido prematuro que aún no ha completado su desarrollo⁴.

Debido a todo lo anterior, es fundamental la investigación y búsqueda bibliográfica para tomar decisiones clínicas durante la atención del proceso salud-enfermedad de los niños a favor de un tránsito hacia un enfoque de humanización del cuidado neonatal, sopesando la calidad de vida actual y futura de los niños dentro de los distintos hospitales. De hecho existen datos científicos que reflejan esta necesidad o requisito imprescindible, por ejemplo, a nivel de órganos y sistemas se han observado cambios perjudiciales para el neonato, tales como aumento del nivel de glucosa que puede ser nocivo para el encéfalo inmaduro como consecuencias del impacto del dolor neonatal⁴.

Con este trabajo, se pretende conocer el estado actual y la manera de llevar a cabo e impulsar el progreso de la humanización del cuidado de enfermería en neonatos y la implicación de la familia en el mismo con ayuda de estrategias como el llamado Método Madre Canguro. Todo ello, con el objetivo entre otros, de desarrollar aspectos de la profesión de enfermería como integrantes de los cuidados de la práctica diaria enfocados a la satisfacción del paciente como es el caso de la iniciativa de humanización de los cuidados y asistencia en estas unidades hospitalarias especializadas, o lo que es lo mismo ponerla en práctica e implicar a los padres en el cuidado, humanizando en últimos términos la asistencia.

Por eso con esta revisión bibliográfica se propone como técnica o herramienta una interacción más humanizada en el cuidado de los pacientes pediátricos, en concreto de los neonatos, planteándose retos al ser una intervención complementaria en la que se integran familia, paciente, profesional sanitario como parte de un conjunto o todo con un objetivo común: la salud del niño y un cuidado neonatal efectivo.

INTRODUCCIÓN.

1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA PEDIATRÍA Y LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICAS.

La Pediatría es la rama de la medicina que trata a los niños desde que nacen hasta los catorce años. Los obstetras franceses Stephane Ettiene Tarnier (1828-1897), inventor de la primera práctica incubadora de bebés, y Pierre Constant Budin (1846-1907) inauguraron la pediatría intensiva y cuidado del recién nacido y del bebé prematuro con su creación de un vivero especial y el departamento para los bebés prematuros en el Hospital La Charitre en París en la década de 1880 y 1890⁵.

Los objetivos de los cuidados críticos pediátricos son y han sido desde siempre, restaurar al niño que sufre de una condición que amenaza la vida para la salud con un mínimo de dolor, ansiedad y complicaciones, y proporcionar comodidad y orientación a la familia del niño. El centro o estructura organizada para esta actividad habitualmente es la unidad de cuidados intensivos pediátricos, una ubicación especializada del hospital, ideada por primera vez para los niños en 1955 en Europa y en 1967 en América del Norte. Concretamente, en Suecia, el pediatra anesthesiólogo Goran Haglud creó la primera unidad de cuidados intensivos infantil. Ésta contaba con siete camas repartidas en cuatro habitaciones, en las que se realizaban pequeñas operaciones y procesos endoscópicos. Tras una conferencia en 1976, impartida por Haglud, se comienza a crear el interés o idea de una nueva necesidad de unidades específicas para niños críticamente enfermos⁵.

Por ello, las unidades de cuidados intensivos pediátricos han evolucionado de forma integral desde una visión puramente curativa hace años, donde el enfoque de la prestación de cuidados era la recuperación física del niño, hacia una visión holística del cuidado enfermero hacia el paciente pediátrico que engloba su integridad psicosocial y humana⁵.

2. EL CUIDADO EN ENFERMERÍA: NECESIDAD ACTUAL.

Las distintas dimensiones y concepciones a lo largo de la historia de la enfermería del vocablo cuidado, permitirán que el cuidado sea considerado como la expresión artística de enfermería y que demuestre un claro equilibrio entre los avances tecnológicos y un cuidado humanizado. Sobre todo en Unidades de Alto riesgo Neonatal, espacios dedicados al cuidado del recién nacido con alteraciones y junto a ellos, sus padres, los

cuales experimentan la realidad de no poder mantener un contacto habitual con él en un entorno no ajeno, como es el caso de los niños ingresados en las unidades de cuidados intensivos pediátricas⁶.

Existen varias publicaciones científicas que expresan esa necesidad de apego y contacto cercano y familiar con el niño para que se pueda sentir reconocido como persona y como ser humano y como tal ser considerado y atendido con respeto, tal es el caso de la proposición planteada por Montilla⁷, en su estudio acerca del significado que le asignan las enfermeras al cuidado humano del recién nacido pretérmino críticamente estable. En este caso, no se puede separar lo humano cuando de aplicar cuidados de enfermería se habla. Mayeroff⁶ describe algunos aspectos que son necesarios para su ejecución, entre ellos la confianza, que estimula la posibilidad de participación e implicación de esos padres de niños ingresados en los cuidados y que se sientan capaces de cumplir sus funciones al momento del egreso hospitalario. Hay estudios que evocan porcentajes con repercusión negativa entorno a la actuación en este sentido de la enfermería con estos padres, tales como que el 60% de los padres que conformaban la población estudiada manifestaron que el personal de enfermería no es cálido y accesible, dato cifrado en un estudio descriptivo de naturaleza cuantitativa con un diseño trasversal perteneciente al artículo escrito por Sifuentes Contreras et al.⁸.

A pesar de ello, está demostrado que la Enfermería que se encuentra en el área de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales está llamada a fortalecer los aspectos positivos de la relación terapéutica con los padres de los neonatos hospitalizados, ayudando así a reconocer sus debilidades, a través de talleres de crecimiento que promuevan la empatía, la comunicación y cuidado de sí, para cuidar de los otros. De hecho, en este mismo estudio nombrado anteriormente existen datos en contraposición a ese pequeño matiz que representa una muestra menos representativa que el resto de datos, tales como que el 83.33% de los padre manifestaron que el equipo de Enfermería de la Unidad respetó su condición social en un alto porcentaje, así como el 70% que indicaron que Enfermería se preocupó en todo momento mientras duró la estancia de sus niños en cuidar la salud de los mismos allí hospitalizados⁸.

Surge de esta forma, la necesidad que actualmente se hace explícita de asistir de manera integral a los padres de los recién nacidos hospitalizados, por medio de la relación terapéutica efectiva en la cual se abren mayores expectativas de vida⁸.

3. MÉTODO MADRE CANGURO: REPERCUSIÓN EN LA ENFERMERÍA.

Una de las iniciativas que le da el significado a la humanización de los cuidados de Enfermería en la actualidad, y completa esa participación de los padres en el cuidado de los recién nacidos y comentada con anterioridad, incluso su relación de beneficio con la lactancia materna especificada en el estudio anterior, es el Método Madre Canguro⁹.

El método se planteó inicialmente en Bogotá en el año 1970, por los Dres. Rey y Martínez⁹, que preocupados por la falta de incubadoras y la alta incidencia de infecciones hospitalarias iniciaron un programa de cuidados que en síntesis planteaba el contacto piel con piel entre los pechos de su madre, la alimentación con leche materna y el alta precoz continuando con estos cuidados en el domicilio.

Después de más de dos décadas, parece quedar claro que el Método Madre Canguro debería ofrecerse a todos los niños prematuros o recién nacidos a término enfermos dado que es efectivo para el control de la temperatura, favorecer la lactancia materna, y fortalecer la vinculación parental. Además el principal objetivo de la perinatología es evitar la prematuridad⁹.

Hasta hace unos años, el paradigma de los cuidados en neonatología consideraba la incubadora como el hábitat del prematuro y al biberón como su medio de alimentación. Hoy en día, reconocemos el papel central y enfoque único que ocupa la madre como entorno o medio que el bebé necesita. Por esto, se replantean los servicios junto con sus cuidados para darle el apoyo que le permita ayudar a tener cubiertas las necesidades de su hijo a todos los niveles o sino en la mayoría de ellos. También, el progreso y avance tecnológico perinatal ha incrementado y aumentado la supervivencia de incluso los neonatos más prematuros y frágiles^{3,9}.

Por otro lado, en cuanto a la adhesión del profesional a una nueva iniciativa de llevar a cabo el trabajo diario, no se crea o mejor dicho, no se constituye de comportamientos limitantes, pre-programados para atender a la normativa de la unidad hospitalaria, en concreto, siempre respetando y cumpliendo los protocolos estandarizados. Sino que más bien está directamente relacionada con inserción al terreno laboral, en la sociedad y así mismo con sus potenciales y competencias clínicas para la transformación de sí mismo, de la praxis enfermera y del entorno o medio que la rodea a la misma diariamente. En

concreto, en el contexto de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, la administración del cuidado de enfermería debe adecuarse no de forma exclusiva a los avances tecnológicos y de infraestructura, sino también a la integridad de la atención, como un eje articulador de los procesos de trabajo, como se viene señalando como línea principal de actuación de la enfermería en la pediatría. En esta lógica los trabajadores, gestores y recién nacidos y/o familiares deben ser considerados como protagonistas de la producción de salud. En la línea de esta revisión bibliográfica y en consonancia con lo dicho anteriormente, se destaca el Método Canguro como búsqueda de la calidad de la atención neonatal por su manera de hacer y por contener nuevas formas de administrar y pensar el cuidado enfermero en el neonato en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal, exigiendo a su vez, una transformación del modelo asistencial vigente y de las concepciones de los profesionales basadas en la experiencia o antigüedad en la prestación de los cuidados en los diferentes y variados servicios pediátricos. Su adopción además tiene como objetivo un cambio de actitud en relación al cuidado y manejo del bebé y en la participación de los cuidados por parte de su familia, muy importante para la humanización de los cuidados¹⁰.

4. MEDIDAS REDUCTORAS DE ESTRÉS EN EL RECIÉN NACIDO.

Se han propuesto medidas para reducir el estrés del entorno de la unidad de cuidados intensivos neonatales, para reducir el dolor asociado a las pruebas diagnósticas y a los tratamientos invasivos, y también para facilitar la participación de los padres en el cuidado de su recién nacido⁹.

Al conjunto de todas esas estrategias se conoce como Cuidados Centrados en el Desarrollo, cuyos objetivos son: reducir los factores ambientales estresantes, estructurar las actividades de cuidado en respuestas a las claves de conducta del niño e implicación de la familia⁹.

Así también, como propuesta para reducir ese estrés, y con ello posibles anomalías desencadenantes a causa del mismo, algunos autores señalan diversos métodos. Entre ellos, Rey Martínez¹¹ (citada anteriormente) plantea dicha técnica de “Madre Canguro”(ya conocido a lo largo de este trabajo) como alternativa al cuidado convencional de recién nacidos con peso inferior a los 2500gr, el cual consiste en contacto piel a piel entre madre-niño las 24h del día, en posición vertical entre los senos de la madre y por debajo de la ropa. En cuanto a modificación de la estructura de la

unidad de UCI, un recurso o herramienta muy útil son los “nidos” que facilitan la contención física, la promoción del estado de sueño, posición anti-reflujo si es necesaria, protegen de pérdida calórica y son dúctiles en su uso¹¹.

También tenemos como medida de apoyo en la evidencia disponible, la teoría del desarrollo del bebé que busca la integración de los subsistemas neurológicos y su interacción con el ambiente o entorno. Esta teoría, cuya autora es la Dra. Hals⁹ ofrece un marco para el cuidado individualizado de estos bebés, identificando y señalando conductas de prematuros que envuelven un lenguaje corporal que comunica el estrés. Resumiendo, se destaca que lo esencial es centrarse en aquellas estrategias que consiguen implicar a los padres y que les van a ayudar a poder interactuar con sus hijos: el Método Madre Canguro y la Lactancia Materna.

Además, la investigación sobre la nutrición perinatal confirma que la leche humana, en concreto la de la propia madre, es la más adecuada u específica para alimentar a estos bebés. De hecho, una de las actividades relacionadas con la humanización en los cuidados de estos niños es proporcionarles las condiciones idóneas y más favorables para que la lactancia materna sea lo más duradera y satisfactoria posible, arraigando la idea de la participación de los padres en dichos cuidados como efecto protector de posibles enfermedades en el recién nacido y como beneficio tanto para padres como para recién nacido⁹.

OBJETIVOS:

GENERAL:

- Conocer e identificar la evidencia científica disponible en la actualidad en cuanto a la humanización de los cuidados neonatales.

ESPECÍFICOS:

- Analizar los beneficios frente a los inconvenientes planteados con respecto al modo de llevar a cabo el cuidado en neonatología con la participación de los padres.
- Mostrar el inicio del cuidado humanizado como intervención de enfermería complementaria con el recién nacido.
- Describir la repercusión de la hospitalización en los niños.
- Analizar las modalidades y las ventajas del método madre canguro en el recién nacido prematuro

METODOLOGÍA:

Para llevar a cabo esta revisión narrativa se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Google académico, PubMed y Scielo.

Las palabras clave utilizadas en español han sido: neonatos, cuidados intensivos, Pediatría, Enfermería, padres, dolor, prematuro, cuidado neonatal, humanización del cuidado, cuidado humanizado. Como términos en inglés se han utilizado: Premature Birth, Nurses, Nursing, Pediatrics, Intensive Care. Para la búsqueda se ha utilizado la lógica booleana, cuyos operadores son: AND, NOT, OR.

En este trabajo sólo se han incluido aquellos artículos científicos que contenían conceptos y palabras relacionadas con la Enfermería, por medio del uso de las citadas palabras clave.

Se incluyeron artículos en español, inglés y portugués, publicados durante los últimos 5 años, requiriendo en ocasiones de artículos con más antigüedad a la especificada, pero incluidos en este trabajo por su rigor e importancia de contenidos en relación con el tema. Así mismo, también se han consultado, para una mayor comprensión sobre la situación de humanización de los cuidados por parte de la Enfermería en las Unidades de Neonatología y Pediátricas, publicaciones de entidades científicas y organismos relevantes como la Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos (SECIP), Sociedad Española de Enfermería y el Ministerio de Sanidad. Para la elaboración de las referencias bibliográficas se utilizó un estilo Vancouver.

Se excluyeron de la búsqueda los artículos científicos con fechas anteriores al año 2011, a excepción de algunos de ellos de mayor rigor. Así como también aquellos artículos en idioma diferente a español, inglés o portugués. Excluimos también del estudio aquellos estudios no relacionados directamente con el tema.

RESULTADOS.

Durante la búsqueda bibliográfica, con el fin de lograr los objetivos planteados en este trabajo, se identificaron 19 artículos, de los cuales, por su rigor científico y nivel de evidencia, se eligieron 15 que cumplieran los estándares de calidad, además de estar disponibles en las bases de datos consultadas. Seguidamente sus resultados fueron analizados y descritos en el desarrollo del tema.

Beneficios e inconvenientes del cuidado con la participación de los padres.

Las evidencias científicas disponibles muestran un claro beneficio para el recién nacido de la aplicación del Método Madre Canguro a la hora de llevar a cabo sus cuidados, tanto en el terreno psico-afectivo como a una reducción de sintomatología de su proceso-enfermedad patológico, además de una correcta evolución, progreso clínico y bienestar. Así mismo, también hay repercusión en los padres, disminuyendo su nivel de ansiedad, entre otras consecuencias positivas como una mayor confianza tanto de sí mismo, como en el personal de Enfermería que los supervisa y asesora. También se ofrece de esta manera información y preparación sobre este tipo de cuidado a la familia en aquellos aspectos más difíciles dentro de la específica situación de cuidados de estos pacientes ^(3,7,8,9).

Sin embargo, se observan factores de índole gestora y administrativa que dificultan el desarrollo del cuidado neonatal humanizado por parte del profesional de Enfermería. Dicho aspecto es muy importante, sobre todo en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos y Unidades de Cuidados Intensivos de Neonatología, debido a que sus características influyen en el proceso de desarrollo del prematuro. Dichas características (ruido, técnicas terapéuticas especializadas, maquinaria compleja), junto con la rutinaria típica implantada en estas unidades debido a la antigüedad de su existencia, retrasan la implantación de nuevas propuestas que disminuyen el impacto del recién nacido por su ingreso hospitalario en las mismas. Esto también se considera factor limitante para la adhesión y coordinación de los distintos profesionales al método humanización de la asistencia y a su vez, influye en los estándares de calidad asistencial, reflejado en bajo nivel de satisfacción de pacientes y familiares con la atención proporcionada por el equipo sanitario de profesionales especializados, entre otros varios parámetros¹⁰.

Cuidado humanizado como intervención de Enfermería en el recién nacido.

También, minimizando la influencia que marcan esos indicadores limitantes y desafíos citados anteriormente y surgidos con los cambios que propone esta iniciativa, hay evidencia científica⁶ (estudiada a lo largo del desarrollo de este trabajo) que identifica y destaca el papel que realiza la enfermera en esta labor de humanizar sus prestaciones de cuidados, tanto en lo que respecta como ventaja para la relación terapéutica enfermera-paciente como en supervisión e introducción de los padres, en este caso, en los cuidados en la medida de lo posible en base a sus conocimientos, así como formación continuada y sobre todo empatía y apoyo emocional ,como requisito imprescindible que se muestra de manera indirecta y directa en la praxis diaria de la Enfermería.

Repercusión de la hospitalización del niño e implicación parental en sus cuidados.

En relación a la incorporación de los padres al cuidado del recién nacido existen estudios y evidencia científica disponible al respecto, tal como el estudio que aparece reflejado en el artículo científico de la revista sobre Perinatología y Reproducción Humana, escrito por Josefina Gallegos Martínez et al.¹¹. Se trata de un estudio descriptivo y encuesta en nueve unidades con consentimiento informado, en el cual algunos de los porcentajes que reflejan esa participación parental en los cuidados bajo supervisión enfermera son: en el 55.5% de los servicios del hospitales estudiados se indica o estimula a la madre para acariciar, tocar o hablar a su hijo en lo que denominan estimulación temprana. El 44.4% entrena a la madre para algunos procedimientos especializados y necesarios como gastroclisis, colostomías, oxigenoterapia, cuidados del cordón umbilical, alivio de cólicos y medicación, entre otros muchos más datos bibliográficos destacados. Sin embargo, en el mismo estudio, en cuanto al seguimiento posterior al egreso hospitalario del recién nacido se observan diferencias algo significativas, por ejemplo, el personal ha observado que existen reingresos de los pacientes de la Unidad de Neonatos a otros servicios de pediatría con cierta frecuencia y regularidad. Ese hecho es debido a la morbilidad propia de su condición de vida y salud y por complicaciones derivadas de su situación como neonato de riesgo, en cierta parte debido a la falta de la planificación y posterior realización de una visita domiciliaria a modo de seguimiento en este tipo de pacientes pediátricos. Esto es importante, ya que conforman un subconjunto de la población de alta vulnerabilidad y tienen factores del

proceso enfermedad con influencia negativa en el bienestar hasta completar la madurez sistémica^{3,4}.

Otro aspecto sobre el cual se extraen datos interesantes e importantes con esta búsqueda bibliográfica, es sobre las limitaciones que representa el establecimiento de horarios de visitas de los familiares al recién nacido ingresado en este tipo de unidades especializadas^{2,3,8}.

En un artículo realizado por Bueno JMV et al.¹², en 2005 en la Unidad de Cuidados Intensivos de Málaga refuerza que históricamente el horario ha sido muy restringido en esta clase de unidades y que actualmente sigue siéndolo, pero observándose una progresiva mejora hacia la posibilidad de puertas abiertas las 24 horas del día. Así, en 2013, a raíz de las demandas producidas por una madre cuyo hijo había estado hospitalizado e ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica, en las que relataba la experiencia que había sido para ella la separación de su hijo, el Ministerio de Sanidad, redactó un documento recogiendo el derecho del niño a estar acompañado permanentemente por sus padres. Esto fue lo que supuso el gran cambio hacia las Unidades de Cuidados Intensivos de Pediatría de puertas abiertas. El día 23 de Julio de 2013 se aprobó entre el Ministerio y las Comunidades Autónomas la apertura de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica y de Neonatología 24 horas¹³.

Santos Silva¹⁴, apoya esta afirmación aportando el horario de 25 hospitales españoles en el año 2014, de los cuales solo 10 de los 25 analizados, cuenta con la posibilidad de un acompañante las 24 horas del día.

También se ha observado que el impacto que sufre el niño prematuro en las Unidades de Cuidados Intensivos de Pediatría repercute a diferentes niveles, entre ellos el físico por todos los procedimientos técnicos y pruebas diagnósticas llevadas a cabo para su correcto y adecuado diagnóstico así como para un buen tratamiento. En referencia de un estudio realizado en neonatos hospitalizados⁴, se observó que fueron sometidos a 7000 procedimientos de los cuales 6000 fueron por punción de talón, de ellos sólo el 3% se previnieron con analgesia y el 28% recibieron alguna droga, todo ello no para disminuir el dolor sino para disminuir la lucha y así facilitar el trabajo médico. De esta consecuencia con objeto de mejorar la recuperación del niño, también surge la iniciativa de humanización de los cuidados enfermeros en pediatría, además de todo lo destacado con anterioridad en este trabajo⁴.

Modalidades de realización del Método Madre Canguro.

Actualmente existen al menos dos maneras o modos de llevar a cabo el cuidado tipo canguro: de forma continua o intermitente. En la mayoría de las unidades neonatales españolas en las que está implantado este método, se hace de forma intermitente. El niño sale con la madre o con el padre durante un tiempo más o menos prolongado, no es fijado a la madre, y simplemente se coloca sobre la piel entre los pechos y se cubre con la propia ropa de los padres o con un cobertor. La cabeza del niño debe volverse hacia un lado y es aconsejable mantenerla en una posición levemente extendida para que la vía respiratoria quede libre y se permita el contacto visual entre la madre y el niño. La posición es similar a la de una rana. La respiración de la madre ayudará a estimular la respiración del niño. El bebé se encuentra desnudo con pañal y gorrito, con buena parte de su cuerpo en contacto piel con piel con su madre o padre, dependiendo de cada una de las características de cada núcleo familiar. El tiempo mínimo estimado, para que el método ofrezca ventajas es de 90-120 minutos. Así compensamos el estrés que supone para el niño, al principio, salir de la incubadora. Sin embargo, en otros países como Suecia, Colombia, o Sudáfrica el método ofrece como una alternativa al cuidado de la incubadora cuando el equipo que atiende al niño considera que el bebé está preparado⁸.

En cuanto al otro modo de aplicar el cuidado canguro, es decir, de forma continua, su objetivo es que el niño permanezca ingresado en el hospital en contacto directo y proporcional piel a piel 24h del día, preferiblemente a ser posible con su madre, ya que lo alimenta, pero ayudado por el padre y otros familiares^{3, 6, 9}.

Desde el año 2003, la OMS⁹ dispone de una guía para implementar los cuidados Método Canguro, fruto del estudio de múltiples grupos de trabajo e investigación, uno de los cuales es la Fundación Canguro, con la Dra. N. Chapark al frente de la misma. En la misma se encuentra recogida la filosofía del Dr. Rey que en el momento actual se dedica a la evaluación científica de la intervención y formación en este nuevo y original tipo de método de cuidados.

Ventajas del Método Canguro en el prematuro.

Al igual, se disponen hoy en día de diferentes estudios^{3, 4, 9} que abordan el cuidado canguro desde diversificadas perspectivas y puntos de vista y que permiten diferenciar las siguientes ventajas para el prematuro: mejora la termorregulación, acelera la

adaptación metabólica, reduce los episodios de apnea, permite y favorece la lactancia materna, menor riesgo de infecciones (incluidas las nosocomiales), mayor ganancia de peso, aumento de la confianza de las madres en el cuidado de los hijos, los padres se sienten protagonistas del cuidado y reduce la estancia hospitalaria, a la vez que prepara a los padres con ayuda y supervisión del equipo multidisciplinar de Enfermería para el alta del niño ^{3,4,9}.

La posición canguro favorece la recepción de una serie de estímulos positivos que van a facilitar la adecuada organización cerebral y mejorar la evolución posterior.

Oído 20-24 semanas	Voz materna. Los sonidos próximos se amortiguan en ropa y piel de la madre.
Gusto 12-15 semanas	Situación del bebé sobre el tórax materno: estimulación vestibular cinestésica. Estimulando a través del gusto de la leche materna.
Tacto 8-20 semanas	Proximidad al cuerpo de la madre: estimulación olfativa. Posición en flexión de las extremidades y limitación de movimientos.
Olfato 20 semanas	Contacto piel con piel permanente: estimulación táctil. Visión de la cara y el cuerpo maternos: estimulación visual.
Vista 24-40 semanas	Modificación de la exposición estresante al ambiente de la Unidad de Cuidados Intensiva Neonatal. Reducción de la separación madre-hijo.

Figura 1.1. Calibre del impacto positivo que representa para el prematuro el cuidado tipo canguro (elaboración propia).

Se sabe por los estudios de BenoitSchaal⁹, que el feto cuando se encuentra dentro del útero percibe el olor del líquido amniótico, lo reconoce, lo prefiere a otros olores y tiene una clara preferencia por el de su madre. Durante el tiempo que el bebé permanece en cuidado canguro también se ha observado una estabilización de parámetros fisiológicos como por ejemplo la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno, así como la prolongación y mejoría de los periodos de reposo.

En concordancia con datos científicos antes citados, la revisión Cochrane sobre el impacto del método canguro en la morbilidad y mortalidad describe menor riesgo de infección nosocomial, enfermedad grave y de infecciones de vías respiratorias bajas a los 6 meses de edad, mayores porcentajes de lactancia materna exclusiva y de ganancia ponderal al alta, y ausencia de diferencias significativas en mortalidad⁹.

En relación a la implicación de los padres, en la cual se hace hincapié en varias ocasiones a lo largo de este trabajo, un estudio realizado por neonatólogos del Hospital 12 de Octubre de Madrid⁹, sobre las percepciones de los padres de niños prematuros ingresados en las unidades neonatales españolas, en el cual se recogieron sus impresiones, vivencias y sensaciones acerca de la ejecución de los cuidados desde este punto de vista del cuidado neonatal canguro, se concluyó que:

- El contacto físico estrecho facilita el reconocimiento del niño como hijo propio.
- Aumenta el sentimiento de competencia en el cuidado.
- Disminuye la ansiedad y la angustia.
- “Devolvemos al prematuro a sus padres”.

De este modo, integramos al prematuro en el núcleo familiar, le proporcionamos un contacto estrecho con la madre, con todas las ventajas que ya se han visto con anterioridad y le acercamos a su mejor fuente de nutrición, la leche materna, contribuyendo así al éxito de la lactancia⁹.

DISCUSIÓN.

A pesar de que están ocurriendo relevantes cambios en el campo político y asistencial, en busca de la calidad en la atención neonatal y en la administración del cuidado, las prácticas, frecuentemente se encuentran desarticuladas de la perspectiva de la humanización y de la integridad. Se evidencian limitaciones y conflictos a la hora de la aplicación efectiva en la praxis de los profesionales de enfermería del Método Madre Canguro como propuesta para humanizar la atención. Se encuentran sensibilizados al impulso del mismo para la total transformación de los cuidados en el neonato dentro del proceso de atención de enfermería (PAE). Esto es, existe una evidencia que nos especifica, acompañada de variada y diversa bibliografía, que hace falta un cambio de la visión del cuidado hacia su humanización. Pero, sin embargo, existen problemas relacionados con su estandarización y discontinuidad para la adhesión del equipo de profesionales en el día a día de la práctica asistencial¹⁰.

Entre los desafíos, encontramos la falta de tiempo, que fue destacada en un estudio realizado en el hospital universitario de Rio de Janeiro en el segundo semestre de 2011 y primero de 2012 y publicado en uno de los artículos comentados antes por los autores: Laura Johanson da Silva et al.¹⁰, como factor limitante para la práctica del Método Canguro debido a la dinamizada rutina intensa, sobrecarga laboral y escasez de recursos humanos. Esto es algo que también encontramos en nuestro país en la actualidad intercalado con avances en la mejora de los cuidados para una calidad asistencial con mayor praxis humanizada. Teniendo como consecuencia la limitación de la disponibilidad del profesional para hacerse presente y dedicarse a cuidados que demandan tiempo de escucha activa y apoyo. Otras dificultades fueron el ambiente ruidoso y agitado de la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal, inseguridad técnica y desarticulación de los profesionales (de enfermería y de otras categorías) para la práctica de este método.

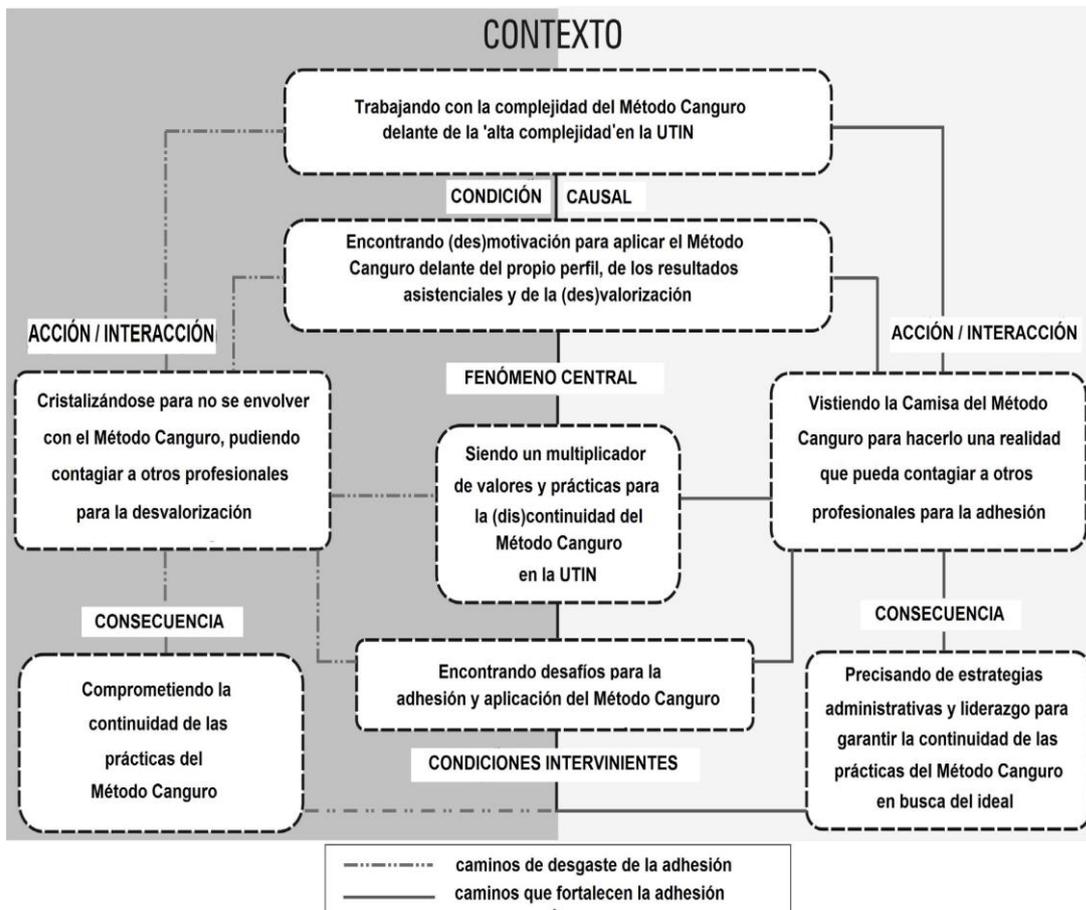


Figura 1.2. Modelo teórico de la adhesión al Método Canguro (Revista Latinoamericana. Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de estado de Rio de Janeiro. Mayo 2015)¹⁰.

Entonces, inmerso en el ámbito de la instauración y ejecución de las prácticas de humanización, existe un distanciamiento entre el trabajo prescriptivo, el establecido institucionalmente y aquel realmente llevado a cabo. Esta contradicción aparece subordinada a una estructura jerárquica del trabajo, generalmente centralista, en donde los profesionales son más valorizados por el dominio del medio tecnológico cuando se realizan procedimientos al paciente pediátrico y por cumplir tareas estandarizadas y marcadas en la rutina y costumbres de dicha unidad hospitalaria que por las acciones en el campo relacional¹⁰.

Además, es muy importante no olvidar ese componente relacional de la acción del cuidar, ya que un rasgo esencial del trabajo en salud, es que se contextualiza y se concretiza continuamente por medio de la relación interpersonal e interactiva y en

nuestro caso, además terapéutica entre personas como profesionales del campo sanitario, tanto individual como colectiva (en este caso familia y niño)¹⁰.

De hecho un estudio sobre la estrategia de auto-ayuda de los padres para enfrentar el ingreso de sus hijos prematuros en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, muestra la necesidad de una adecuada adhesión. Fue llevado a cabo por los autores creadores del artículo en el que incluye este estudio, publicado en Julio de 2014, y que son: FaranakAliabadi et al.¹⁵. En él, se analizaron los datos por el enfoque de análisis de contenido inductivo y cuya participación fue de doce participantes, entre los cuales se incluyen nuevos padres, cuyos bebés fueron ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatología, dos enfermeras y un médico, todos ellos seleccionados por método de muestreo intencional. Sus resultados concluyeron que la mayor parte de los padres que conforman la muestra representativa de este estudio expresan que no recibieron apoyo adecuado en cuanto a la adecuada gestión de sus sentimientos y emociones para una mejor proporción de cuidados de calidad de su parte a sus hijos y que por ello, utilizaron estrategias y recursos disponibles ante tales circunstancias como el método auto-ayuda¹⁵.

De esta forma, se confirma que existen discrepancias observables en cuanto a la adhesión por parte de todos los profesionales que constituyen el equipo disciplinar de enfermería del Método Madre Canguro, ya que en la mayor parte de las ocasiones se trata de una oferta que propone muchos cambios. Todos esos cambios resultan beneficiosos tanto para padres, madres e hijos y personal sanitario en el contexto que engloba la asistencia pero ante ellos se anteponen barreras por la sensibilización que reflejan algunos de los profesionales ante el mismo.

CONCLUSIONES.

- 1) El Método Madre Canguro en el recién nacido prematuro, muestra beneficios tanto a nivel sistémico como emocional, y minimiza las posibles complicaciones, beneficiando también a los padres.
- 2) Según la bibliografía consultada, no existe actualmente un horario fijado en ampliación para la visita de padres a sus hijos hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos, aunque se propone una Unidad de Cuidados Intensivos de Pediatría de puertas abiertas. En nuestro país se observan cambios positivos en beneficio de la relación padre-hijo y profesional sanitario.
- 3) Existe evidencia científica suficiente que identifica el rol de la enfermera como profesional capacitado para proporcionar el cuidado humanizado al prematuro, dentro de la atención especializada que supone la Pediatría.
- 4) Sería aconsejable la creación de un plan terapéutico de mejora en las Unidades de Cuidados Intensivos de Pediatría enfocado a la humanización de la asistencia y los cuidados y que incluya un modelo de formación continuada en la nueva metodología de cuidados para aquellos profesionales no entrenados en ello.
- 5) Son escasos los estudios acerca de los cuidados de padres de hijos críticamente enfermos, por lo que se requiere de una nueva línea de investigación que estudie necesidades y demandas de estos padres.
- 6) Se demuestra la eficacia de la Lactancia Materna como método complementario junto con los cuidados tipo canguro en el prematuro, y se demuestra que ambos favorecen que el eje central de la asistencia se transmita de lo patológico exclusivamente ahora también a lo psicosocial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Doris Amparo Parada Rico. Humanización en el cuidado neonatal. Portal de revistas (UFPS). 6 de Noviembre de 2012; 9 (9):71-79.
2. Escudero D, Viña L, Calleja C. Por una UCI de puertas abiertas, más comfortable y humana. Es tiempo de cambio. Med. intensiva; 2014; 38 (6):371-5.
3. Gallegos Martínez J, Reyes Hernández J, Silvan Scochi CG. La Unidad Neonatal y la participación de los padres en el cuidado del prematuro. Perinatol Reprod Hum. Abril-Junio 2010; 24; (2):98-108.
4. Gallegos Martínez J, Salazar Juárez M. Dolor en el neonato: humanización del cuidado neonatal. Enf Neurol (Mex): Práctica Diaria. 2010; 9 (1):26-31.
5. Wheeler DS, Wong HR, Shanley TP. editors. Science and Practice of Pediatric Critical Care Medicine. 2nd ed. Londres: Springer-Verlag; 2009.
6. Parra FM, Oviedo Soto S, Marquina M. El cuidado humano de madres y padres durante la hospitalización del recién nacido. Biblioteca Las Casas. 2009; 5(1): 1-10.
7. Castrillón C. El Cuidado como Objeto de Estudio y los Nuevos Paradigmas en Enfermería. En: Libro de resúmenes: Conferencia presentada en el IX Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. Lima, Perú; Universidad Cayatanno Heredia, OPS; 2004.
8. Sifuentes Contreras A, Parra FM, Marquina Volcanes M, Oviedo Soto S. Relación Terapéutica del personal de Enfermería con los padres de neonatos en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal. Revista electrónica cuatrimestral de Enfermería: Enfermería Global (EG). Junio 2010; 9(2): 1-6.

9. Valle Torres E, Amat Giménez MI. Método canguro y lactancia materna en una UCI neonatal. *Revista d'AtencióPreçoç. Desenvolupa.* 2012; (33):1-11.
10. Johanson da Silva L, Luzia Leite J, Silva Scochi CG, Rangel da Silva L, Privado da Silva T. La adhesión de las enfermeras al Método Canguro: subvención para la administración del cuidado de enfermería. *Rev Latino-Am Enfermagem.* Mayo-Junio 2015; 23(3):483-90.
11. Schapira IT, Aspres N. Estrés en recién nacidos internados en Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN): propuestas para minimizar sus efectos. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.* Buenos Aires (Argentina); 2004; 23(3):113-121.
12. Bueno JMV, de Paula JFP, Morales JC, Nogales NM, López EP. Organización de las visitas de familiares en las Unidades de Cuidados Intensivos en España. *Enferm intensiva.* 2005;16(2): 73-83.
13. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidades de cuidados intensivos pediátricas y neonatales. Madrid. Gobierno de España; (actualizado 4 Febrero 2015; citado 10 Marzo 2015). Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=2937>.
14. Santos Silva N. Valoración del personal respecto al tiempo de visita de las familias a los pacientes ingresados en UCIP. Trabajo fin de máster de la Universidad de Oviedo. Oviedo; 2014. Disponible en: http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/27627/1/TFM_Nerea%205.0.pdf
15. Ahbadi F, Kamali M, Borinmejad L, Rassafiani M, Rasti M, Shafaroodi N, Rafii F, AskariKachooosangi R. Parental self-support: a study of parents' confront

strategy when giving birth to premature infants; Iran University of Medical Sciences. Med J Islam Repub Iran. 2014 Jul 27;28:82.

ANEXOS.

ANEXO I: FIGURAS.

Figura 1.1. *Calibre del impacto positivo que representa para el prematuro el cuidado tipo canguro (elaboración propia).*

Figura 1.2. *Modelo teórico de la adhesión al Método Canguro.*