

Artículo de investigación

Recuperación del neonato de bajo peso: relevancia de las UCIN de puertas abiertas

Newborn Recovery from Low Birth Weight: Relevance of NICUs with Open Visitation

Recuperação do recém-nascido de baixo peso: relevância das UTINs de portas abertas

Diana- Norella Córdoba-Rojas

Cómo citar este artículo

Córdoba-Rojas DN. Recuperación del neonato de bajo peso: relevancia de las UCIN de puertas abiertas. Rev Colomb Enferm [Internet]. 2020;19(3), e027.

<https://doi.org/10.18270/rce.v19i3.3092>

Recibido: 2020-07-15; aprobado: 2020-10-20

Diana-Norella Córdoba-Rojas: enfermera, Magister en Salud Pública. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

<https://orcid.org/0000-0002-6587-9568>
cordoba.diana@javeriana.edu.co

Resumen

Introducción: el bajo peso al nacer es una causa relacionada con la morbilidad neonatal e infantil; por ello, la identificación de estrategias que permitan mejorar la prestación de servicios de salud continúa siendo una prioridad en el mundo. **Objetivo:** realizar una síntesis de la evidencia disponible en la producción académica para establecer recomendaciones en cuanto a la relevancia de implementar la política de puertas abiertas en las unidades de cuidado intensivo neonatal (UCIN) para favorecer el uso del método canguro y con ello contribuir a la ganancia de peso en los neonatos con bajo peso al nacer. **Método:** se realizó una revisión narrativa de la literatura mediante búsquedas en las bases de datos Elsevier, Pubmed, Biblioteca Virtual de la Salud, Embase y ScienceDirect, utilizando los descriptores intensive care units, neonatal; Kangaroo-Mother Care Method; infant, low birth weight; visitors to patients. Los criterios de inclusión se basaron en la consulta de productos científicos entre el 2010 y el 2020. Se incluyeron estudios que cumplieran la estrategia de búsqueda planteada. **Resultados:** se seleccionaron 27 artículos, que aportaron a la construcción de esta revisión. Los datos fueron categorizados en cuatro cuerpos de producción académica: Beneficios del Método Madre Canguro en las UCIN de puertas abiertas, Barreras en la implementación del Método Madre Canguro en las UCIN, Cuidado centrado en la familia en las UCIN de puertas abiertas y Formación del personal en las UCIN de puertas abiertas. **Conclusiones:** múltiples estudios han documentado los beneficios de las UCIN de puertas abiertas para la familia y el neonato, sin embargo, esta apuesta conlleva múltiples desafíos para la prestación de servicios neonatales, como el diseño y la implementación de modelos de atención y el fortalecimiento del equipo de atención.

Palabras clave: unidades de cuidado intensivo neonatal; madre canguro; recién nacido de bajo peso; visitas a pacientes.

Abstract

Introduction: Low birth weight is a cause of neonatal and child morbidity and mortality; therefore, identifying strategies to improve health care delivery remains a priority worldwide. **Objective:** To conduct a synthesis of the available evidence in academic publications to identify recommendations regarding the relevance of implementing an open visitation policy in neonatal intensive care units (NICUs) to support the implementation of Kangaroo-Mother Care Method and, thus, contribute to weight gain in low birth weight infants. **Method:** A narrative review of the literature was conducted searching in Elsevier, Pubmed, Virtual Health Library, Embase, and ScienceDirect databases using the descriptors intensive care units, neonatal; Kangaroo-Mother Care Method; infant, low birth weight; and visitors to patients. The inclusion criteria were based on consulted scientific products published between 2010 and 2020. Studies that met the search strategy adopted were included. **Results:** Twenty-seven articles that contributed to the review were chosen. Data were categorized into four bodies of academic production: Benefits of the Kangaroo-Mother Care Method in NICUs with open visitation, barriers to implementation of Kangaroo-Mother Care Method in NICUs, family-centered care in NICUs with open visitation, and staff training in NICUs with open visitation. **Conclusions:** Multiple studies have documented the benefits of NICUs with open-visitations for families and newborns; however, this approach involves multiple challenges for neonatal services delivery, such as designing and implementing models of care and strengthening the health care team.

Keywords: Neonatal Intensive Care Units; Kangaroo-Mother Care; low-birth-weight infants; patients' visiting.

Resumo

Introdução: o baixo peso ao nascer é uma causa relacionada à morbimortalidade neonatal e infantil; por isso, a identificação de estratégias para melhorar a prestação de serviços de saúde continua sendo uma prioridade no mundo. **Objetivo:** realizar uma síntese das evidências disponíveis na produção acadêmica para estabelecer recomendações quanto à relevância da implantação da política de portas abertas nas unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN) para favorecer a implantação do método canguru e assim contribuir para o ganho de peso em recém-nascidos com baixo peso. **Método:** foi realizada uma revisão narrativa da literatura por meio de busca nas bases de dados Elsevier, Pubmed, Biblioteca Virtual em Saúde, Embase e ScienceDirect, utilizando os descritores intensive care units, neonatal; Kangaroo-Mother Care Method; infant, low birth weight; visitors to patients. Os critérios de inclusão foram baseados na consulta de produtos científicos entre 2010 e 2020. Incluíram-se os estudos que atenderam à estratégia de busca proposta. **Resultados:** foram selecionados 27 artigos, os quais contribuíram para a construção desta revisão. Os dados foram categorizados em quatro corpos de produção acadêmica: Benefícios do Método Mãe-Canguru em UTINs de portas abertas, Barreiras na implementação do Método Mãe-Canguru em UTINs, Cuidado centrado na família em UTINs de portas abertas e Treinamento da equipe em UTINs de portas abertas. **Conclusões:** múltiplos estudos têm documentado os benefícios das UTINs de portas abertas para a família e o recém-nascido, porém, essa aposta traz múltiplos desafios para a prestação de serviços neonatais, como o desenho e implantação de modelos de atenção e o fortalecimento da equipe de assistência.

Palavras chave: unidades de terapia intensiva neonatal; método canguru; recém-nascido de baixo peso; visitas a pacientes.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció en el año 2015 los Objetivos de Desarrollo Sostenible, también conocidos como los Objetivos Mundiales, que tienen como fin hacer un llamado a las naciones para que adopten medidas que puedan contribuir al fin de la pobreza, proteger al planeta y garantizar que todas las personas puedan gozar de paz y prosperidad (1-3). Dentro de los 17 objetivos planteados y puestos en marcha en el 2016 y para ser cumplidos a 2030, se encuentra el objetivo 3, relacionado con la salud y bienestar, el cual pretende "garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades" (4). Como metas de este tercer objetivo figuran dos muy importantes acerca de la salud materna e infantil. La primera consiste en que para el 2030 se logrará reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos. La segunda indica que se pondrá fin a las muertes evitables de recién nacidos y de

niños menores de 5 años, al lograr que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos (4).

Cada año, los gobiernos han aunado esfuerzos para alcanzar estas metas, pero a pesar de esto, se indica que cada día morirán 16.000 niños menores de 5 años, en su mayoría de causas prevenibles, por lo cual, se considera que la supervivencia de los niños y su atención en salud debe continuar siendo un tema central en la agenda de desarrollo en los países (5).

Precisamente una de las causas prevenibles por las cuales los niños y niñas siguen falleciendo y presentando morbilidades se relaciona con el bajo peso al nacer (BPN), entendido, según la OMS, como un peso al nacer inferior a 2.500 g (6). Para la salud pública, el BPN es una condición médica compleja: estos recién nacidos tienen más probabilidades de morir durante los primeros meses o años de vida y los menores que sobreviven tienen disminuidas las funciones del sistema inmunológico, propensión a seguir malnutridos y a tener menores coeficientes de inteligencia y discapacidades cognitivas. A futuro en la edad adulta, corren mayor riesgo de padecer varias enfermedades, entre ellas, diabetes y diversas cardiopatías (6,7).

Se estima que entre un 15 % y un 20 % de los niños nacidos en todo el mundo presentan BPN, lo que supone más de 20 millones de neonatos cada año (1) Se registra adicionalmente que el porcentaje de niños con BPN en Asia meridional es del 28 %, del 13 % en el África subsahariana y del 9 % en América Latina (6).

En Colombia, según reportes emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social "se estima que entre 2005 y 2017 casi nueve de cada 100 nacidos vivos tuvieron bajo peso al nacer y nueve muertes se atribuyeron a esta causa (8).

El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo menciona que con el objetivo de reducir la mortalidad por desnutrición en niños y niñas menores de 5 años, se deben desarrollar o fortalecer diferentes acciones como la ampliación y la profundización a nivel territorial de la estrategia de prevención y reducción de anemia nutricional infantil, el Programa Ampliado de Inmunizaciones, los bancos de leche humana y el Programa Madre Canguro Integral (2).

Debido a sus condiciones de salud, muchos de estos neonatos con BPN son atendidos en las unidades de cuidado intensivo neonatal (UCIN). Esta área expone a los bebés recién nacidos con bajo peso o prematuros que allí se encuentran hospitalizados a la luz brillante durante las 24 horas, al ruido de aparatos médicos y las constantes voces del equipo de salud que, junto con los procedimientos médicos invasivos que este realiza en cualquier momento, se convierten en factores estresores para estos bebés (9,10). Allí los neonatos permanecen hospitalizados hasta su recuperación, lo que impide, de cierta forma, salvaguardar los derechos del neonato y sus padres al evitar que se establezcan vínculos y que los padres participen en el cuidado (11-13). Es frecuente que en las UCIN exista normatividad que tiende a restringir la presencia de los padres y la familia, en algunos casos, con el objetivo de disminuir las infecciones intrahospitalarias y favorecer las intervenciones del personal médico y de enfermería.

Con el objetivo de subsanar la carencia de incubadoras en las unidades de recién nacidos para brindar atención a los neonatos con BPN y prematuros, en Colombia en el año 1978, se diseñó el Método Madre Canguro (MMC). Inicialmente el método se implementaba solo después de que el neonato con BPN se había estabilizado, ya que se consideraba que estos bebés necesitaban un periodo variable de atención médica tradicional antes de cumplir los requisitos para empezar a utilizar el MMC. Sin embargo, a pesar de lo descrito, se ha documentado la efectividad de iniciar el MMC de forma temprana, es decir, tan pronto como sea posible posterior al nacimiento, en los lactantes de bajo peso nacidos en hospitales con escasa infraestructura para los cuidados intensivos neonatales (14). Lo anterior teniendo en cuenta que se podría mejorar la supervivencia y el desarrollo del recién nacido de forma oportuna.

No obstante, existen grandes barreras en las UCIN que no permiten una adecuada implementación de diferentes alternativas de cuidado como el MMC. Una de ellas es la restricción de horarios de visita de padres y cuidadores en estos espacios, como ya se había mencionado. Sin embargo,

la evidencia científica desde la década de 1980 ha empezado a demostrar la importancia de la presencia de la madre y el padre al lado del niño y de la necesidad de brindar un cuidado centrado en la familia en las UCIN las 24 horas (15).

Aproximadamente desde 1990, se dio impulso a una corriente en pro de la flexibilización de las normas de visita en las unidades de cuidado intensivo. Desde entonces se han documentado estudios (11,16-18) que señalan beneficios de la visita sin restricciones tanto en el paciente como en su familia. A pesar de este movimiento, en la mayoría de las UCIN no se han implementado políticas de puertas abiertas (19). Por ello, este artículo tiene como objetivo realizar una síntesis de la evidencia disponible en la producción académica para establecer recomendaciones acerca de la relevancia de implementar la política de puertas abiertas en las unidades de cuidado intensivo neonatal, para favorecer el uso del método canguro y con ello contribuir en la ganancia de peso en los neonatos con BPN.

METODOLOGÍA

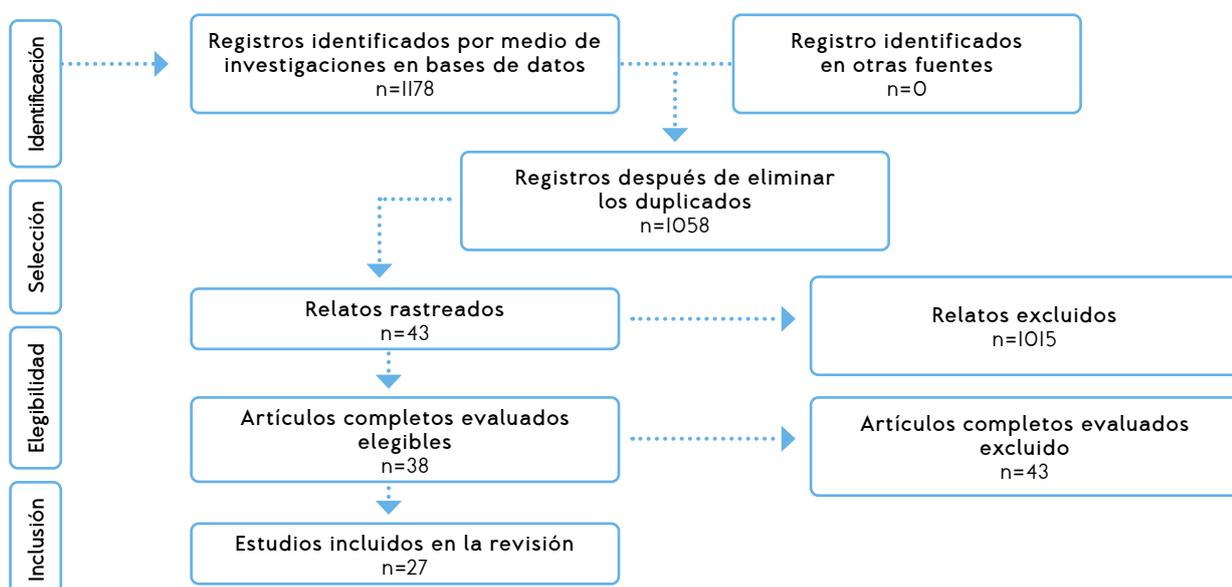
Esta es una revisión narrativa de la literatura científica existente, para lo cual se realizó el proceso de rastreo en las bases de datos de ScienceDirect, Biblioteca Virtual de la Salud (BVS), PubMed y Scopus, entre los años 2010 y 2020.

La estrategia de búsqueda se definió teniendo en cuenta los términos DeCS: intensive care units, neonatal; kangaroo-mother care method; infant, low birth weight; visitors patients. Asimismo, se diseñó la ecuación de búsqueda respectiva (NICU AND open doors SAME NICU visiting policies) AND (neonatal intensive care units AND kangaroo care) OR (NICU AND family-centered care), para encontrar los artículos relacionados en cada una de las bases de datos seleccionadas. Los idiomas que se tuvieron en cuenta fueron español, inglés y portugués. Una vez identificados los artículos, cada uno se sometió a un proceso de cribado para descartar aquellos que no fueran relevantes para la revisión, evaluándose e incluyendo títulos relacionados con la pregunta PICOT establecida. Luego se realizó la lectura de los resúmenes para verificar que realmente se relacionaran con el objetivo. Finalmente, se filtraron aquellos artículos que presentaran acceso a los textos completos.

Para organizar los datos de la revisión, se diseñó una base de datos en la que se incluyó título, autores, año de publicación, idioma, país de publicación, revista, base de datos, tipo de estudio, población, intervención y resultados.

La evaluación crítica y la extracción de datos se realizaron teniendo en cuenta las preguntas de las guías CASPe de lectura crítica de la literatura científica (15). Luego de este proceso de selección y depuración, se identificaron 27 artículos, que aportaron a la construcción de esta revisión (véase Figura 1).

Figura 1. Diagrama PRISMA de la revisión



RESULTADOS

Una vez revisados los estudios seleccionados, los datos fueron categorizados en cuatro cuerpos de producción académica que analizan los resultados de las investigaciones en torno a la relevancia de puertas abiertas en las UCIN para favorecer la recuperación del neonato con BPN. Estas cuatro categorías son Beneficios del Método Madre Canguro en las UCIN de puertas abiertas, Barreras en la implementación del Método Madre Canguro en las UCIN, Cuidado centrado en la familia en las UCIN de puertas abiertas y Formación del personal en la UCIN de puertas abiertas, que se describen a continuación.

Beneficios del Método Madre Canguro en las UCIN de puertas abiertas

El MMC se basa en el contacto piel a piel que se garantiza entre la madre (o cuidador) y el neonato. Desde los inicios de su implementación, varios estudios que se referenciarán a continuación han descrito su efectividad, entre ellos los que documentan los beneficios que se tiene en el recién nacido prematuro y con bajo peso al nacer en las UCIN.

El primer beneficio es la reducción de la mortalidad en los neonatos con un peso inferior a 2.500 g; en países ricos el uso del MMC en las UCIN es implementado en un periodo más corto en el neonato estable con soporte tecnológico y puede ser realizado por ambos padres. El contacto piel a piel de forma intermitente en países con recursos económicos adecuados, no ha sido asociado con una disminución de la mortalidad; sin embargo, se ofrece ampliamente a los padres por otros beneficios percibidos, como mejora en el apego, aumento de autoestima de los padres, fomento del amamantamiento y la estabilidad termodinámica, ya que el contacto piel a piel mantiene la temperatura corporal reduciendo la pérdida de energía y calor en los neonatos. En países con menores recursos económicos, se ha visto que el uso del MMC disminuye significativamente la mortalidad del neonato con bajo peso (20).

En la misma línea, se ha demostrado que el MMC aplicado en recién nacidos prematuros reduce la mortalidad entre los bebés que pesan menos de 2.000 g. Además, disminuye el dolor producido por los procedimientos médicos y de enfermería en los recién nacidos, debido a la reducción de las concentraciones de cortisol y de los indicadores autonómicos de dolor en los recién nacidos, asociado al contacto piel a piel constante y a la continuidad de la lactancia materna (21).

El ritmo cardiorrespiratorio y la oxigenación en sangre mejoran con el contacto piel a piel que favorece el MMC, ya que al parecer el requerimiento de oxígeno de los bebés prematuros se facilita por la posición vertical que promueve la estabilización cardiorrespiratoria, por lo tanto, la saturación de oxígeno también mejora (9).

Otro de los beneficios documentados del uso del MMC en las UCIN es que se reduce el estrés materno-infantil, mejora los ciclos de sueño del neonato, estimula la lactancia materna y fortalece el vínculo madre-hijo (9,20,22-25). Por ejemplo, los resultados de una investigación adelantada en el 2016 bajo la técnica de ANCOVA mostraron que el apego materno-infantil en el grupo experimental (uso del MMC) tuvo puntuaciones más altas que en el grupo de control en la prueba posterior. Por lo tanto, el cuidado del canguro influyó positivamente en la madre y el bebé al generar mayor apego entre el binomio, además de disminuir el estrés materno (9).

En el 2013, un grupo de investigadores en Brasil demostraron que más allá de humanizar la asistencia al recién nacido y su familia, el MMC en el neonato muestra ventajas clínicas sobre la atención convencional. Además, mediante un análisis comparativo, probaron que el uso del MMC logra disminuir costos hospitalarios. Esta información puede ser relevante para procesos de toma de decisiones relacionados con la expansión de esta modalidad de atención neonatal. A modo de ejemplo, se menciona que el componente de costo relacionado con la dieta de los recién nacidos era menor en quienes se encontraban en contacto piel a piel, ya que en ellos es mayor la prevalencia de lactancia materna, y esto disminuye el consumo de fórmula infantil (26).

El aumento de peso está relacionado con el contacto piel a piel que favorece el MMC ya que este tiene el potencial de afectar el crecimiento de múltiples maneras: promoviendo la digestión y la absorción de la nutrición, así como bloqueando la activación del eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal y del sistema nervioso simpático y sus efectos perjudiciales sobre el crecimiento. Los investigadores han

encontrado que los bebés que reciben una intervención de MMC tienen un mayor aumento de peso diario promedio y un mejor crecimiento semanal en la circunferencia y longitud de la cabeza (27-30).

Barreras en la implementación del Método Madre Canguro en las UCIN

En el anterior apartado se presentaron algunos beneficios documentados en el uso del MMC en las UCIN que favorecen el aumento de peso en los menores prematuros con bajo peso al nacer; sin embargo, han surgido varias barreras para su implementación. Dentro del primer grupo de barreras se encuentran las relativas al personal de salud. En un estudio llevado a cabo en el 2014, se resaltó que el personal de enfermería presentaba algunas dificultades para proporcionar un tiempo adecuado de interacción de los neonatos con las madres y manifestaban su preocupación acerca de una extubación accidental. Algunas investigaciones también han mencionado que el temor a perder el acceso venoso y la falta de protocolos y de personal con la experiencia necesaria para favorecer un contacto piel a piel se convierten en obstáculos aparentes (31,32).

Otra barrera registrada es la posible sobrecarga de trabajo. Se ha encontrado que entrenar a la madre para implementar el MMC puede requerir un mayor tiempo de horas de trabajo y esto quizá reduce el tiempo de atención a otros pacientes. Por lo anterior, algunos investigadores sugieren que se debe optimizar el trabajo de las enfermeras y enfermeros que laboran en la UCIN para aliviar la sobrecarga (33,34).

Por otra parte, se han documentado barreras de tipo institucional. Aunque la mayoría del personal de enfermería indica que apoya el uso del MMC en las UCIN, manifiesta que las direcciones gerenciales deficientes y el déficit de personal obstaculizaron el proceso, por falta de protocolos definidos y de políticas concretas. Una de las barreras que quizá más afecta el uso del MMC en estos espacios es la restricción de los horarios y los tiempos de visita de los padres en las unidades neonatales bajo el supuesto de controlar infecciones nosocomiales, poder implementar tratamientos médicos, y realizar rondas médicas sin interferencias familiares, lo cual excluye a los padres del cuidado de sus hijos (31)

En relación con las visitas abiertas en una UCIN, el 75,2 % de los enfermeros que respondieron la encuesta en una investigación realizada, indicaron que el equipo de enfermería tiene que modificar su rutina de trabajo debido a la presencia de los padres. El 89,9 % afirmó que el hecho de que los padres estén presentes todo el tiempo produce una carga física y psicológica para el personal. El 84,2 % de los encuestados indicaron que la familia se siente obligada a permanecer con el paciente. No obstante, en este mismo estudio, el 94,0 % de profesionales contestaron que el efecto de la presencia de la familia favorece el estado de salud del neonato y la tranquilidad de la familia (35).

Dado lo anterior, algunos investigadores han reflexionado al respecto y sugieren al personal de la salud cambiar su actitud ante la presencia de los padres en las UCIN pues, de lo contrario, se corre el riesgo de deshumanizar la atención haciendo más difícil esta experiencia para el neonato y su familia. Debe primar el interés por brindar una excelente atención clínica, partiendo de los conocimientos científicos basados en la evidencia y los tecnológicos (36,37). Es importante para ello involucrar activamente a la familia en el cuidado del niño prematuro con BPN en las UCIN, garantizando, claro está, tanto la seguridad del paciente y la familia, como el actuar profesional. Al respecto, es importante mencionar el avance que ha representado el cuidado centrado en la familia (CCF), el cual permite, a través de políticas institucionales y pasos sistemáticos, hacer participe al cuidador y romper con estas barreras y percepciones culturales, a la vez que favorece la humanización de los servicios, como se desarrollará a continuación.

Cuidado centrado en la familia en las UCIN de puertas abiertas

El concepto de cuidado centrado en la familia (CCF) fue reconocido por primera vez en los años noventa como un modelo para involucrar a los padres en el cuidado neonatal de niños pretérmino o con alguna comorbilidad. El Instituto para Pacientes y Cuidado Centrado en la Familia en Estados Unidos define unos puntos importantes para que se establezca este cuidado, entre ellos, la dignidad y el respeto, el intercambio de información, así como la participación y la colaboración que construyen una relación como una asociación entre el personal y las familias (38).

El CCF busca crear una cultura para promover una familia integral y fomentar el vínculo entre el neonato y la familia, garantizando de esta forma una mejor experiencia en las UCIN. Como se mencionó en el apartado anterior, existen barreras dentro de estas unidades que impiden el trabajo colaborativo entre el personal de salud y los familiares, lo cual podría generar experiencias traumáticas tanto para el neonato como para la familia durante la hospitalización o dificultades en el desempeño del rol de padres cuando los bebés sean dados de alta (39). Se ha descrito que son varias las propuestas de cuidado que se pueden implementar en estos espacios para facilitar la experiencia de los padres en las UCIN; hacerlo tiene el potencial de mejorar el desempeño de los padres mientras ellos están en la UCIN y, una vez que están en casa, de fortalecer sus lazos de apego con su bebé. Como los bebés no pueden sobrevivir sin sus familias, es importante garantizar un contexto de unión familiar e interacciones positivas con sus padres o cuidadores primarios (16).

Existen unos principios documentados que orientan la forma en que el personal de las UCIN debe fomentar un cuidado centrado en la familia, que se enumeran a continuación.

1. Se debe brindar habitualmente capacitación y asesoría a los padres en el cuidado del desarrollo de sus bebés.
2. Participación de los padres en rondas médicas y cambio de turno de enfermería ya que se considera importante mantenerlos informados para facilitar la relación entre personal de salud y cuidadores.
3. Las unidades deben tener o facilitar la construcción y participación de una asociación de padres.
4. Se debe contar en estas unidades con un trabajador social y un psicólogo a tiempo completo o parcial con el objetivo de proporcionar apoyo terapéutico verbal a los padres.
5. Los profesionales de salud mental de la UCIN deben establecer los riesgos de cada familia para un abordaje individual.
6. Las UCIN deben tener políticas para cuidados paliativos y de duelo, para lo cual se requiere que el personal sea instruido en cómo brindar esta atención.
7. Una persona de contacto de la UCIN es responsable de coordinar el alta y evaluar las necesidades de las familias, incluidas las necesidades educativas específicas, la programación de citas, pedidos de suministros y equipos para el hogar.
8. En el alta del recién nacido de las unidades, se le debe garantizar un seguimiento a cada familia, ya sea a través de un contacto telefónico o visitas domiciliarias.
9. El personal de la UCIN regularmente debe recibir educación sobre las necesidades psicosociales de los padres y cómo satisfacerlas, así como educación sobre autocuidado para minimizar el agotamiento del personal.
10. Un miembro del personal de cuidado pastoral debe hacer parte del equipo de personal de la UCIN, para brindar apoyo a los padres y al personal (40,41).

Es oportuno mencionar que las prácticas que sean implementadas en las UCIN deben basarse en evidencia para aplicar el cuidado de manera confiable y con validez científica, lo cual favorece la neuroprotección en neonatos. Como el contacto piel con piel del neonato con la madre y el padre, se genera un mejor ambiente de curación para los recién nacidos, brindando la oportunidad a los padres un papel activo en el cuidado y la curación de sus bebés proporciona adicionearte, proximidad a los olores maternos, lo que contribuye al ciclo del sueño. Se ha demostrado que el uso del MMC fomenta una óptima estabilidad autonómica y fisiológica, ayuda a reducir los índices de dolor y el estrés, protege la piel proporcionando humedad y termorregulación, además de garantizar el suministro de leche materna (12,40,42).

Según varios estudios, en la implementación del CCF se continúan presentando desafíos para el personal de las UCIN en todos los países, en especial para las enfermeras. La evidencia sugiere que se requiere apoyo organizacional y gerencial (por ejemplo, políticas y capacitación) para favorecer la puesta en marcha del CCF, así como el cambio de concepción del equipo médico y políticas de puertas abiertas que garanticen el acompañamiento constante de padres en las unidades (16,38,43).

Formación del personal en la UCIN de puertas abiertas

Teniendo en cuenta lo descrito en el anterior apartado, es importante garantizar la formación del personal de salud que trabaja en las unidades de cuidado intensivo neonatal (UCIN) para favorecer el Método Madre Canguro (MMC) y el cuidado centrado en la familia (CCF) debido a su enfoque sistemático y estructurado en la implementación. Así mismo, se requiere mayor relevancia en la práctica de la enfermería basada en la evidencia para que se promueva el pensamiento crítico, el establecimiento de planes de cuidado validados científicamente, lo que finalmente beneficiará tanto a los bebés, como a los padres y ayudará en el mejoramiento de procesos en las UCIN (15).

Un estudio realizado en el 2019 sobre los conocimientos de enfermeras y el empoderamiento de los padres en la implementación del MMC sugiere que es importante la capacitación constante del personal de enfermería para que de esta forma se pueda orientar adecuadamente a los padres ya que un eventual desconocimiento en el grupo médico restringiría la capacitación a las madres, los padres y otros cuidadores. En este mismo estudio se evaluó las respuestas subjetivas de las enfermeras con respecto a conocimiento, práctica y actitudes sobre el MMC. Según los resultados, existían niveles de conocimiento razonables, en particular acerca de las relaciones materno-neonatales (31).

En cuanto a las barreras que se menciona en este artículo, se indica que, ante el miedo de extubación, con entrenamiento adecuado, las posibilidades de que esto se presente serían reducidas (29,31).

En otra instancia, se requiere formar al personal que labora en las UCIN en comunicación efectiva. De acuerdo con Rojas, es fundamental comprender que el nivel de información que existe en las UCI requiere de personal de salud entrenado en una comunicación efectiva y asertiva lo que comienza entre el equipo de salud y debe incluir a familiares y pacientes (44).

Por su parte, el *Manual de buenas prácticas en humanización en UCI* menciona la necesidad de formación "continuada en habilidades no técnicas dirigidas al equipo asistencial para facilitar la presencia y participación de la familia" (45) en los procesos de cuidado, en este caso de los neonatos, para garantizar que, en el alta del bebé, los cuidadores estén entrenados.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Luego de esta revisión narrativa se puede concluir que se han documentado varios estudios que muestran la importancia y los beneficios de implementar el Método Madre Canguro en el neonato con bajo peso al nacer en las unidades de cuidado intensivo neonatales. Para lograr esto, se requiere capacitar al cuerpo de profesionales, ya que al garantizar entrenamiento y formación constantes se mantiene la actualización de conocimientos que desde la evidencia son útiles para el cuidado neonatal. De igual forma, para la implementación de cuidados adecuados al neonato en las unidades de cuidado intensivo neonatales, se debe trabajar en el fomento de la humanización del cuidado.

Brindar apoyo en la implementación del MMC con las familias en la UCIN no debe considerarse una actividad opcional, sino que debe ser la base sobre la cual el personal en estas áreas brinde una excelente atención, fomentando trabajo conjunto entre el personal de salud y la familia (16,38)

La revisión narrativa también indica que es importante implementar políticas de cuidado centrado en la familia, lo cual incluye, entre otros aspectos institucionales, la necesidad de garantizar al máximo la participación de padres o cuidadores principales en todo el cuidado y el proceso de recuperación de los neonatos fortaleciendo un cuidado humanizado. Para lo anterior, se requiere unidades de puertas abiertas que fomenten el vínculo madre (padres) e hijo. En la actualidad sigue predominando un horario de visitas restrictivo por diferentes motivos, especialmente de orden institucional y por percepciones negativas de los trabajadores de la salud.

Es necesario trabajar en las barreras y percepciones negativas que se han suscitado en el personal de salud en relación con la presencia constante de un cuidador, ya que se ha encontrado que son infundadas y que pueden afectar el uso del MMC en las unidades. Estas preocupaciones del personal pueden disminuirse con un adecuado y constante entrenamiento.

Se sugiere continuar realizando investigaciones que permitan fortalecer la evidencia científica sobre los beneficios de las unidades de cuidado intensivo neonatal de puertas abiertas para la recuperación de los neonatos. Finalmente, es conveniente recordar que optar por UCIN de puertas abiertas, mejorar los cuidados dirigidos a la familia, rediseñar el modelo de atención, capacitar al personal que allí labora en cuidados humanizados, es uno de los temas puestos en agenda pendientes que no debemos retrasar más (46).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Organización Mundial de la Salud (OMS)**. Documento normativo sobre el bajo peso al nacer [Internet]. Ginebra; 2017 [citado 2018 oct 28].
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255733/WHO_NMH_NHD_14.5_spa.pdf
2. **Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)**. Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. [citado 2018 oct 28].
<http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>
3. **Naciones Unidas**. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2015 [Internet]. Nueva York; 2015 [citado 2018 Oct 28].
http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf
4. **Naciones Unidas, Cepal**. Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible Una oportunidad para América Latina y el Caribe [Internet]. Santiago; 2016 [citado 2018 oct 28].
www.un.org/sustainabledevelopment/es
5. **Unicef**. Low birth weight. Special session [Internet]. Unicef.org. 2001 [citado 2018 Nov 5]. p. 1.
https://www.unicef.org/spanish/specialsession/about/sgreport-pdf/15_LowBirthweight_D734Insert_Spanish.pdf
6. **UNICEF**. Low birthweight [Internet]. UNICEF data. 2014 [citado 2018 oct 28].
<https://data.unicef.org/topic/nutrition/low-birthweight/>
7. **Sezer Efe Y, Erdem E, Güne T**. The Effect of Daily Exercise Program on Bone Mineral Density and Cortisol Level in Preterm Infants with Very Low Birth Weight: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Pediatric Nursing*. 2020 mzo. 1;(51):e6-12.
8. **Ministerio de Salud y Protección Social**. Análisis de Situación de Salud (ASIS) [Internet]. 2019 [cited 2020 Nov 24]. p. 102.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2019-colombia.pdf>
9. **Cho ES, Kim SJ, Kwon MS, Cho H, Kim EH, Jun EM, et ál**. The Effects of Kangaroo Care in the Neonatal Intensive Care Unit on the Physiological Functions of Preterm Infants, Maternal-Infant Attachment, and Maternal Stress. *Journal of Pediatric Nursing*. 2016 jul. 1;31(4):430-8.
10. **Perinatal Medicine WA**. Declaración de Barcelona sobre los Derechos de la Madre y el Recién Nacido. 2001;20(2):85-7.
http://aesmatronas.com/descargas/doc_otros/DECLARACION_DE_BARCELONA.pdf
11. **Gooding JS, Cooper LG, Blaine AI, Franck LS, Howse JL, Berns SD**. Family Support and Family-Centered Care in the Neonatal Intensive Care Unit: Origins, Advances, Impact. Vol. 35, *Seminars in Perinatology*. W.B. Saunders; 2011. p. 20-8.

12. **Pellikka HK, Pölkki T, Sankilampi U, Kangasniemi M.** Finnish parents' responsibilities for their infant's care when they stayed in a single family room in a neonatal intensive care unit. *Journal of Pediatric Nursing.* 2020
13. **Mirlashari J, Brown H, Fomani FK, de Salaberry J, Zadeh TK, Khoshkhou F.** The Challenges of Implementing Family-Centered Care in NICU from the Perspectives of Physicians and Nurses. *Journal of Pediatric Nursing.* 2020 ene. 1;50:e91-8.
14. **Nagai S, Andrianarimanana D, Rabesandratana N, Yonemoto N, Nakayama T, Mori R.** Earlier versus later continuous Kangaroo Mother Care (KMC) for stable low-birth-weight infants: A randomized controlled trial. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics.* 2010;99(6):827-35.
15. **Cabello López JB, Emparanza Knörr JI.** Lectura crítica para la práctica clínica basada en la evidencia [Internet]. Elsevier. Lectura crítica de la evidencia clínica. Barcelona; 2015 [citado 2020 ene. 15]. 7-20.
<https://www-clinicalkey-es.ezproxy.javeriana.edu.co/#!/content/book/3-s2.0-B9788490224472000022?scrollTo=%23h000023l>
16. **Hall SL, Phillips R, Hynan MT.** Transforming NICU Care to Provide Comprehensive Family Support. *Newborn and Infant Nursing Reviews.* 2016 ene. 1;16(2):69-73.
17. **Hernández NL, Rubio Grillo MH, Lovera Montilla A.** Strategies for neonatal developmental care and family-centered neonatal care. *Investigación y Educación en Enfermería [Internet].* 2016 feb. 15 [citado 2019 ene. 26];34(1):104-12.
<http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/25994/20779349>
18. **Latva R, Lehtonen L, Salmelin RK, Tamminen T.** Visits by the family to the neonatal intensive care unit. *Acta Paediatrica [Internet].* 2007 feb. 1 [citado 2019 jun. 10];96(2):215-20.
<http://doi.wiley.com/10.1111/j.1651-2227.2007.00053.x>
19. **Ayllón Garrido N, Montero Rus P, Acebes Fernández Sánchez Zugazua MJ.** Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectiva de los profesionales. *Enferm Intensiva [Internet].* 2014 [citado 2020 sep. 29];25(2):72-7.
www.elsevier.es/ei
20. **Tran HT, Mannava P, Murray JCS, Nguyen PTT, Tuyen LTM, Hoang Anh T, et ál.** Early Essential Newborn Care Is Associated With Reduced Adverse Neonatal Outcomes in a Tertiary Hospital in Da Nang, Viet Nam: A Pre- Post- Intervention Study. *EclinicalMedicine.* 2018 dic. 1;6:51-8.
21. **Moore H.** Improving kangaroo care policy and implementation in the neonatal intensive care. *Journal of Neonatal Nursing [Internet].* 2015 ago. 1 [citado 2019 jun. 10];21(4):157-60.
<https://www-sciencedirect-com.ezproxy.javeriana.edu.co/science/article/pii/S1355184114001562>
22. **Frisk Pados B.** Physiology of Stress and Use of Skin-to-Skin Care as a Stress-Reducing Intervention in the NICU. *Nursing for Women's Health [Internet].* 2019 feb 1 [citado 2019 jun. 10];23(1):59-70.
<https://www-sciencedirect-com.ezproxy.javeriana.edu.co/science/article/pii/S1751485118302356>
23. **Cokun D, Günay U.** The Effects of Kangaroo Care Applied by Turkish Mothers who Have Premature Babies and Cannot Breastfeed on Their Stress Levels and Amount of Milk Production. *Journal of Pediatric Nursing.* 2020 ene. 1;50:e26-32.
24. **Casper C, Sarapuk I, Pavlyshyn H.** Regular and prolonged skin-to-skin contact improves short-term outcomes for very preterm infants: A dose-dependent intervention. *Arch Pediatr [Internet].* 2018;25(8):469-75.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.arcped.2018.09.008>

25. **Moore H, Student D.** Improving kangaroo care policy and implementation in the neonatal intensive care. 2014 [citado 2020 jul 14];
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jnn.2014.11.001>
26. **Entringer AP, Gomes MA de SM, Pinto M, Caetano R, Magluta C, Lamy ZC.** Análise de custos da atenção hospitalar a recém-nascidos de risco: uma comparação entre Unidade Intermediária Convencional e Unidade Canguru TT - Cost analysis of hospital care for newborns at risk: comparison of an Intermediate Neonatal Care Unit and a . Cad saúde pública [Internet]. 2013;29(6):1205-16.
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001000017
27. **Adejuyigbe EA, Anand P, Ansong D, Anyabolu CH, Arya S, Assenga E, et ál.** Impact of continuous Kangaroo Mother Care initiated immediately after birth (iKMC) on survival of newborns with birth weight between 1.0 to < 1.8 kg: Study protocol for a randomized controlled trial. Trials [Internet]. 2020 mar. 19 [citado 2020 jun. 16];21(1):280.
<https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-020-4101-1>
28. **Zhang Y, Deng Q, Zhu B, Li Q, Wang F, Wang H, et al.** Neonatal intensive care nurses' knowledge and beliefs regarding kangaroo care in China: A national survey. Vol. 8, BMJ Open. BMJ Publishing Group; 2018. p. e021740.
29. **Zhang SH, Yip WK, Lim PFC, Goh MZY.** Evidence utilization project: implementation of kangaroo care at neonatal ICU. Int J Evid Based Healthc [Internet]. 2014;12(2):142-50.
<http://dx.doi.org/10.1097/XEB.0000000000000009>
30. **Evereklian M, Posmontier B.** The Impact of Kangaroo Care on Premature Infant Weight Gain. 2017 [cited 2020 jul. 14];
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.02.006>
31. **Al-Shehri H, Binmanee A.** Kangaroo mother care practice, knowledge, and perception among NICU nurses in Riyadh, Saudi Arabia. International Journal of Pediatrics and Adolescent Medicine. 2019 nov. 22
32. **Lewis TP, Andrews KG, Shenberger E, Betancourt TS, Fink G, Pereira S, et al.** Caregiving can be costly: A qualitative study of barriers and facilitators to conducting kangaroo mother care in a US tertiary hospital neonatal intensive care unit. BMC Pregnancy and Childbirth [Internet]. 2019 jul. 4 [citado 2020 jun. 16];19(1):227.
<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-019-2363-y>
33. **Conde-Agudelo A, Belizán JM, Diaz-Rossello J.** Atención de madres canguro para reducir la morbilidad y la mortalidad en lactantes de bajo peso al nacer Autores Resumen Antecedentes. [citado 2019 apr. 28];
http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D342.pdf
34. **Lizarazo-Medina JP, Ospina-Diaz JM, Ariza-Riaño NE.** Programa madre canguro: una alternativa sencilla y costo eficaz para la protección de los recién nacidos prematuros o con bajo peso al nacer. Revista de Salud Pública [Internet]. 2012 jun. [citado 2019 abr. 28];14: 32-45.
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642012000800004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
35. **Alonso-Rodríguez A, Martínez-Villamea S, Sánchez-Vallejo A, Gallego-Lorenzo J, Fernández-Menéndez M.** Perspectivas de los profesionales de enfermería de cuidados intensivos sobre las visitas abiertas en una UCI. Enfermería Intensiva [Internet]. 2020 jul. 15 [citado 2020 jul. 14];
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130239920300341>

36. **Sarmiento Guzman MP.** Hacia un cambio cultural: unidades de cuidados intensivos de puertas abiertas- ClinicalKey. Acta Colombiana de Cuidado Intensivo [Internet]. 2019 [citado 2019 ene. 3];19(2):59-60.
<https://www-clinicalkey-es.ezproxy.javeriana.edu.co/#!/content/playContent/1-s2.0-S0122726219300060?returnurl=null&referrer=null>
37. **McGowan.** Jennifer, Naranian T, Johnston L. Kangaroo Care in the high-technology neonatal unit: Exploring evidence-based practice, policy recommendations and education priorities in Northern Ireland. Journal of Neonatal Nursing [Internet]. 2017 ago. 1 [citado 2019 jun. 10];23(4):174-9.
<https://www-sciencedirect-com.ezproxy.javeriana.edu.co/science/article/pii/S1355184116301545>
38. **Advancing the practice of patient and family centered care in hospitals [Internet].** Bethesda; 2017 feb [citado 2020 jul. 13].
www.ipfcc.org
39. **Naylor L, Clarke-Sather A, Weber M.** Troubling care in the neonatal intensive care unit. 2020 [citado 2020 jul. 14];
<https://doi.org/10.1016/j.geoforum.2020.05.015>
40. **Altimier L, Phillips R.** The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-centered Developmental Care. Newborn and Infant Nursing Reviews. 2016 Dec 1;16(4):230-44.
41. **Sweeney S, Rothstein R, Visintainer P, Rothstein R, Singh R.** Impact of kangaroo care on parental anxiety level and parenting skills for preterm infants in the neonatal intensive care unit. Journal of Neonatal Nursing [Internet]. 2017 [citado 2020 jul. 14];23: 151-8
www.elsevier.com/jneo
42. **Vetcho S, Cooke M, Ullman AJ.** Family-Centred Care in Dedicated Neonatal Units: An Integrative Review of International Perspectives. 2019 [citado 2020 jul. 13];
<https://doi.org/10.1016/j.jnn.2019.09.004>
43. **Paludetto R, Faggiano-Perfetto M, Asprea AM, de Curtis M, Margara-Paludetto P.** Reactions of sixty parents allowed unrestricted contact with infants in a neonatal intensive care unit. Early Human Development. 1981 sep. 1;5(4):401-9.
44. **Rojas V.** Humanización de los cuidados intensivos. Revista Médica Clínica Las Condes. 2019 Mar 1;30(2):120-5.
45. **Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI.** Manual de buenas prácticas de humanización en las U
https://seeiuc.org/wp-content/uploads/2019/12/Manual_BP_HUCI_rev2019_web.pdf
46. **Escudero D, Viña L, Calleja C.** Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. Medicina Intensiva. 2014 ago. 1;38(6):371-5.