



La Unidad Neonatal y la participación de los padres en el cuidado del prematuro

Josefina Gallegos-Martínez,^{*,‡,§} Jaime Reyes-Hernández,^{‡,§} Carmen Gracinda Silvan-Scochi[§]

* Cuerpo Académico Salud Poblacional. Líneas de Generación y Aplicación del Conocimiento: a) Alimentos, Nutrición y Salud y b) Cuidado del Niño y Adolescente. Facultad de Enfermería- Unidad de Postgrado, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México.

‡ Cuerpo Académico Salud Poblacional. Líneas de Generación y Aplicación del Conocimiento: Alimentos, Nutrición y Salud. Facultad de Enfermería-Unidad de Postgrado, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México.

§ Grupo de Pesquisa em Enfermagem no Cuidado à Criança e ao Adolescente. Linha de Pesquisa: Assistência à Criança e ao Adolescente. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Brasil-Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem e sede da Secretaria da Rede Global de Centros Colaboradores da OMS para o Desenvolvimento da Enfermagem e da Obstetrícia.

RESUMEN

Antecedentes: Los neonatos prematuros constituyen una población vulnerable; con los avances biotecnológicos sobreviven desde edades gestacionales muy tempranas sometidos a largos internamientos que implican la separación del niño y su familia, lo que ha dado lugar a aplicación de programas con participación de los padres en la Unidad Neonatal, al constatar ventajas en evolución clínica, desarrollo, vínculo y apego padres-hijo favorables, padres competentes en su cuidado y reducción de días de hospitalización del prematuro. **Objetivos:** 1) Describir las Unidades Neonatales según el tipo de hospital en la ciudad de San Luis Potosí para comprender el ámbito asistencial en el que participan los padres. 2) Caracterizar la participación de los padres en el cuidado del hijo prematuro. **Material y métodos:** Estudio descriptivo y encuesta en nueve unidades con consentimiento informado; se recolectó información en 2004 actualizándose en 2008. **Resultados:** Se analizaron dos hospitales grandes y siete pequeños públicos y privados. Con tres unidades nivel III, tres nivel II y el resto nivel I. El personal médico y de enfermería se acerca al estándar en la razón profesional: paciente; la competencia médica es suficiente y falta elevar la de enfermería. Existe acceso con permiso y participación parcial de la madre sin un programa definido, con horarios estrictos, proporciona algunos cuidados de alimentación e higiene capacitada por enfermería. Al padre se le permite solamente visitas de observación. **Conclusiones:** La visita a las terapias neonatales depende de varios factores: producción de leche materna, situación clínica del recién nacido y tratamiento del prematuro. Se recomienda favorecer la participación de ambos padres mediante la implantación de una filosofía y programa institucional, que incluya la capacitación del equipo de salud así como el entrenamiento grupal e individual de los padres para el egreso hospitalario.

Palabras clave: Prematuro, participación, unidad neonatal, asistencia neonatal.

ABSTRACT

Background: The preterm ones are vulnerable population, with the biotechnological advances they survive from very early gestational ages, with prolonged hospitalization that imply separation of the child and his family, which has given rise to application of programs with participation of the parents in the neonatal unit (NICU), when stating advantages in favorable clinical evolution, development, bond and attachment; competent parents in his care and reduction of days of hospitalization of the premature one. **Objectives:** 1) To describe the NICU according to the type of hospital in the city of San Luis Potosí to include understand the welfare scope in which the parents participate. 2) To characterize the participation of the parents in the care of their child. **Material and methods:** Descriptive study and survey in nine NICU with consent informed, information in 2004 was collected updating itself in 2008. **Results:** There were two big and seven small hospitals. Three were a III level, three were II level and the rest I level. The medical personnel and nurses approach the standard in the ratio professional: patient, the medical competition is sufficient and is important to elevate the nurse neonatal training. The participation of the parents are limited. The mother provides feeding and some hygiene activities and for the father, his visit is only as an observer. **Conclusions:** The visit to NICU, depends on several factors: human milk production, neonate clinical condition and medical treatment. The recommendation includes an institutional program with a definite philosophy and integral participation of the parents to be present and involved in the care of the child.

Key words: NICU, premature infants, neonatology.

INTRODUCCIÓN

Los neonatos enfermos y prematuros constituyen una población vulnerable; con los avances terapéuticos basados en la tecnología actualmente han logrado sobrevivir desde edades gestacionales muy tempranas, lo cual conlleva alta mortalidad o internamientos largos. Tal vulnerabilidad ha sido considerada relevante y por ello nació el cuidado especializado del neonato desde el siglo XIX; en el siguiente siglo ya se contaba con incubadoras y centros de prematuros en expansión, en los cuales los neonatos prematuros y de bajo peso recibían atención, aunque separados de sus madres con la justificación del control de infecciones.^{1,5} Estos centros aparecieron en México hacia la década de los 40, siguiendo las mismas normas, no obstante que desde 1947 la Asociación Americana de Pediatría había recomendado la participación de la madre en el cuidado.² En los 50, con la aparición del cuidado perinatal y concepto de riesgo,³ se abrió paso a la regionalización y unidades neonatales (UNs) de niveles I, II y III, con los estándares correspondientes.⁴ En los 70 y por espacio de tres décadas más, se conservaban las normas hospitalarias en el Estado de San Luis Potosí, México, que no permitían la presencia de la madre en los servicios neonatales, en función de la prevención y control de infecciones. No se consideraba la cuestión del vínculo madre-hijo para permitir el contacto, a pesar de que ya existían experiencias en otras instituciones de México, como el Instituto Nacional de Pediatría donde la madre o padre ya participaban en algunos cuidados al hijo, por ejemplo, dar alimentación o baño, insertándose en el Programa de Madre Participante. Recientemente aparece la iniciativa en San Luis Potosí, de permitir la visita de las madres al recién nacido hospitalizado, no necesariamente ligada a programas de cuidados que incluya a las madres o familia en la asistencia hospitalaria al neonato de riesgo, tales como Madre Canguro, Madre Participante, Cuidado Centrado en el Desarrollo o algún protocolo elaborado por el equipo que sistematice la asistencia con la inserción de la madre y la familia.⁵ En México son escasas las publicaciones que reportan las características de las unidades donde se proporciona la asistencia neonatal, si éstas cumplen con los estándares y recomendaciones y si desarrollan la práctica emergente de la participación de los padres en el cuidado del

neonato en la unidad neonatal (UN). La preocupación por la calidad asistencial, en el sentido de que existe exposición de los niños y padres a un medio hostil, como es la UN, que por una parte dificulta la organización del cerebro en desarrollo del niño y por otra, produce en los padres impacto emocional que puede modificar el proceso de crianza y de vida de los egresados de las UNs, nos lleva a plantearnos la necesidad de transformar la visión asistencial del paradigma biotecnológico complementándolo con el paradigma de holismo y humanización del cuidado en las UNs^{1,6} a través de modelos emergentes como el cuidado centrado en el desarrollo y modelo centrado en la familia, que tiene como objetivos dar soporte a la participación de los padres en el cuidado del hijo en la UN, promover la interacción padres-hijo y apoyar el crecimiento y neurodesarrollo del niño⁷⁻¹⁰ y que han mostrado resultados satisfactorios en establecimiento del vínculo madre-hijo, mejoramiento de la evolución clínica del neonato, reducción de los días-estancia, reducción de la mortalidad, entre otras ventajas.^{6,10-12} Esta situación y el conocimiento de la importancia de iniciar el contacto precoz entre la madre y el hijo, llevaron a reflexionar acerca de la naturaleza de la participación de los padres en la asistencia al hijo de riesgo, especialmente los prematuros y de bajo peso que permanecen internados por mucho tiempo y como ocurre en los diferentes tipos de instituciones.

OBJETIVOS

- 1) Describir las unidades neonatales de acuerdo al tipo de hospital de la ciudad de San Luis Potosí que permita comprender el ámbito de asistencia neonatal en el que participan los padres.
- 2) Caracterizar la participación de los padres en el cuidado del hijo prematuro en la UN.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo-exploratorio y transversal. Mediante muestreo por conveniencia se incluyeron 10 hospitales de maternidad que poseen UN de larga tradición y que otorgaron su consentimiento informado, excluyendo uno de ellos por no cumplir el requisito de otorgar consentimiento. Las variables de estudio correspondieron a tipo, nivel de

atención e índice de nacimientos del hospital;^{13,14} características de la UN; recursos humanos en la UN; participación de los padres y seguimiento posterior al alta. Con lo cual se construyó un cuestionario fundamentado en la literatura referente a estándares para las UN¹³⁻¹⁵ en programas que implican participación de los padres en la UN, tales como Cuidado Centrado en la Familia (Family-Centered Care),¹⁰ Cuidado Individualizado Centrado en el Desarrollo (NIDCAP),¹⁶ así como en resultados de investigación sobre el tópico.^{16,17-20} Fue validado en constructo y contenido por un juez experto, investigador sobre Cuidado Neonatal, adscrito a un Centro Colaborador de la OMS en Brasil. El cuestionario en su primera parte constó de preguntas cerradas para caracterizar el tipo de hospital según la clasificación del sistema de salud de acuerdo a su naturaleza jurídica y fuente de financiamiento (públicos: instituciones de salud del gobierno estatal, de la Secretaría de Salud; de seguridad social: IMSS, ISSSTE, SEDENA y privados).²¹ Preguntas sobre el número de camas censables del hospital, índice de nacimientos anuales y especialidades y subespecialidades para clasificar el tipo de los hospitales (tipo 1 con cerca de 500 camas, con especialidades y subespecialidades y que atiende más de 3,000 nacimientos anuales; tipo 2 con menos de 400 camas, con especialidades que atienden aproximadamente 3,000 nacimientos anuales; tipo 3 con menos de 200 camas y atienden entre 1,000 y 3,000 nacimientos anuales y tipo 4 con cerca de 100 camas y atiende menos de 1,000 nacimientos anuales). El cuestionario incluyó preguntas para identificar la misión y el nivel de atención de acuerdo a la autoclasificación de la propia institución. Preguntas sobre los cupos y secciones que componen la UN de acuerdo a la situación clínica, edad gestacional y peso del niño; adicionalmente alojamiento conjunto y la sala de atención inmediata u observación. Implicó preguntas sobre el equipo de salud que actúa en la UN (número, preparación profesional, razón profesional: paciente).

Las UNs se clasificaron en Tipo I: Cuidado básico. Atención a neonatos normales de mínimo riesgo. Capacidad de reanimación neonatal, de estabilización y cuidado de neonatos de 35 a 37 semanas de gestación fisiológicamente estables y proveen cuidado a menores de 35 semanas antes de su transferencia a nivel III. Accesibilidad compleja. Cuenta con al menos un cupo para UCIN y traslado.

Tipo II: Además de cuidado básico, provee cuidado especializado a neonatos con riesgo moderado o serias complicaciones relacionadas con prematurez, enfermedad o manejo. Se limita a mayores de 32 semanas y mayores de 1,500 g al nacer o a quienes están en recuperación previamente internados en nivel III.

Tipo III. Provee cuidado subespecializado a neonatos críticamente enfermos, que requieren cirugía y prematuros extremos.

La segunda parte del cuestionario constó de preguntas de opción múltiple para identificar la participación de las madres/padres en las UNs (entrada libre o restringida, clase de participación y en qué escenarios, la orientación para el cuidado del hijo prematuro que reciben y quién otorga esa orientación). Al final del cuestionario se ubicó una pregunta abierta acerca del seguimiento del prematuro al egreso de la UN.

Se estableció coordinación con jefatura médica y de enfermería para recabar la información mediante el cuestionario administrado a jefe de enfermería y responsable de la UN (enfermera y/o médico). Los datos se levantaron en 2004 y se actualizaron en 2008.

Las variables son categóricas, para su análisis se utilizó estadística descriptiva y se presentó mediante distribución de frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS

Tipos de hospitales. Las nueve unidades médicas de la ciudad de San Luis Potosí estudiadas y sus características se aprecian en el *cuadro I*.

Los hospitales/maternidades corresponden al sector público con subsidio gubernamental en el 55.5% de los casos y el resto al sector privado. Dos son hospitales grandes tipo II (11.2%) y el resto son pequeños, tipo IV, aunque entre ellos hay variabilidad en cuanto al número de camas censables e índice de nacimientos anuales. La mayoría de los hospitales son de referencia (88.8%). Solamente dos hospitales se encuentran certificados como Hospitales Amigos del Niño y de la Madre (HANM). El 44.4% tiene como misión la asistencia, enseñanza e investigación, otro 44.4% sólo asistencia y enseñanza y el 11.2% se enfoca a la asistencia e investigación. Un hospital público grande y dos hospitales privados se autoclasificaron en el tercer nivel de atención y se ubicaron los seis restantes en el segundo nivel.

Tipos de unidades neonatales y atención neonatal. En los hospitales estudiados la atención

Cuadro I. Características de los hospitales/maternidades del municipio de San Luis Potosí, México.

Hospital	Tipo (Subsidio)	Índice de nacimientos anuales	Misión	Nivel de atención	Camas censables
1	(2) Público (Gubernamental)	3,600	AEI	3º Referencia	254
2	(2) Seguridad Social (Gubernamental) HANM	8520	AEI	2º Referencia	230
3	(4) Seguridad Social (Gubernamental)	466	AE	2º Referencia	91
4	(4) Público (Gubernamental) HANM	3200	AEI	2º Referencia	70
5	(4) Privado	460	AE	3º Referencia	68
6	(4) Privado	600	AI	3º Referencia	60
7	(4) Seguridad Social (Gubernamental)	48	AE	2º Referencia	50
8	(4) Privado	600	AEI	2º Referencia	42
9	(4) Privado	636	AE	2º	
				Sin referencia	16
Total		18,130			881

Fuente: Cuestionario. HANM= Hospital Amigo del Niño y de la Madre. A = Asistencia. E = Enseñanza. I = Investigación.

de los neonatos de riesgo y prematuros, se otorga en UN tipo III (33.3%), tipo II (33.3%), tipo I de cuidados básicos (22.2%) y tipo I de accesibilidad compleja (11.2%). Las UNs se estructuran de diversas formas, con dos hasta seis subdivisiones del servicio con base en la clasificación que cada institución hace de los neonatos; no obstante, todas cuentan con terapia intensiva y terapia intermedia, algunas con salas de vigilancia de crecimiento (22.0%) y/o algún otro tipo, como puede ser sala de aislados (44.0%), de fototerapia, sala de prealta o método canguro. La suma de cupos hospitalarios para atención neonatal de toda condición clínica, edad gestacional y peso es de 239 lugares (26.2%), de los cuales 131 cupos son para atención del neonato sano (54.8%) y 108 para atención de neonatos de riesgo (45.2%) (Cuadro II).

Recursos humanos de la UN. El equipo de salud que atiende a los neonatos internados está conformado por médicos, enfermeras y otro tipo de profesionales y técnicos. La preparación y grado de especialización de los recursos humanos de la UN consiste en que los profesionales médicos poseen formación esencialmente en la Especialidad de Pediatría, en la Subespecialidad en Neonatología y con menor frecuencia en ciertos énfasis tales como neuroestimulación, cirugía pediátrica, cuidado intensivo o con nivel maestría. El personal de enfermería tiene una gama de preparación que incluye el nivel de

licenciatura, técnico superior universitario (enfermería general), auxiliares y en menor cantidad especialistas y grado de maestría. La distribución en función de su especialización, así como la de otros profesionales que participan en la asistencia se presenta en el cuadro III.

Los recursos humanos médicos son suficientes en el 66.6% de los casos, con la correspondiente razón profesional: paciente recomendada, especialmente en el sector privado y en dos públicos pequeños. El resto de hospitales públicos (33.3%) carecen de personal suficiente, cuyo déficit oscila entre el 50 al 70% en cuanto a cumplimiento del estándar por cada turno. Los recursos humanos de enfermería son suficientes en el 88.8% de los casos, a excepción de un hospital privado. Se cumple con el estándar de acuerdo a la distribución recomendada por turnos.

La participación de los padres en el cuidado del prematuro hospitalizado en la UN. En los nueve hospitales/maternidades se afirmó que hay participación de la madre/padre en el cuidado del hijo prematuro en la UN, la participación obedece a las políticas y normas institucionales; no obstante, difiere entre madre o padre. Se refirió entrada liberada en el 88.8% de las instituciones y en el resto de forma restringida como visita por horario. En la terapia intensiva, se reduce a 10 ó 15 minutos por la mañana y por la tarde no entran o solamente se les permite

15 minutos. En la terapia intermedia y en el resto de las salas de la UN la permanencia es mayor que en la terapia intensiva, puede llegar a ser de una hora. Los días permitidos para la permanencia son de lunes a viernes y disminuye en sábado y domingo. La entrada no es permitida cuando el estado del paciente es grave o cuando el equipo realiza procedimientos médicos o de enfermería. En todos los casos la justificación es que depende de la gravedad del bebé y en cuanto disminuya, la madre puede ayudar para alimentar al bebé, comenzar o continuar la lactancia materna. En 7 instituciones (77.7%) se requiere que las madres soliciten autorización de enfermería para entrar a las UNs, en un hospital a trabajo social y en un hospital privado al médico. La permanencia de los padres es determinada por enfermería en todos los casos.

Respecto a la participación paterna se manifestó que los padres tienen permitida la entrada

a la UN, su proceso de permanencia se lleva bajo similares reglas y condiciones que la madre; sin embargo, no tiene participación en el cuidado del hijo. Su entrada consiste en quedarse en el pasillo o en incursiones rápidas a observar a su hijo. El resto de la familia no tiene permitida la entrada, excepto en los casos que el bebé no tenga la visita de la madre o del padre.

Los cuidados en los que se participa. La madre es quien participa de los cuidados del hijo prematuro, con diferencias dependientes de las normas. En todos los hospitales, los cuidados que la madre realiza al hijo son de alimentación, principalmente lactancia materna, dependiendo del peso y estado de salud del hijo; sin embargo, esa participación no es permitida cuando aún no aparecen los reflejos de succión y deglución, y cuando no sean horarios de lactancia, el bebé esté más grave o cuando no

Cuadro II. Cupos para atención neonatal en los hospitales/maternidades del municipio de San Luis Potosí, México.

Hospital	No. cupos RN normal			No. Cupos Unidad Neonatal					Total RN (Total UN)
	Alojamiento conjunto	Cunero	Cunero transición/recuperación (*)	Tipo de UN	UCIN (CE%)	Terapia intermedia (CE%)	Crecimiento desarrollo/incremento peso (CE%)	Otro	
1	30	–	4	III	6 (150)	8 (90)	6 (100)	–	54 (20)
2 HANM	32	–	–	III	8 (100)	4 (16)	8 (50)	2 (Aislados) 6 (Fototerapia) 8 (Pre-alta)	68 (36)
3	–	2	–	I Acc. Compleja	2 (100)	2 (100)	3 (Método canguro) (100)	–	9 (7)
4 HANM	32	–	–	III	6 (150)	6 (75)	6 (100)	–	50 (18)
5	–	–	6	II	4 (100)	2 (100)	(0.0)	2 (Aislados)	14 (8)
6	PP	11	–	II	2 (50)	3 (100)	(0.0)	2 (Aislados)	18 (7)
7	5	–	–	I C. Básicos	1 (100)	1 (50)	(0.0)	–	7 (2)
8	PMT	14	–	II	2 (50)	5 (150)	(0.0)	1 (Aislados)	22 (8)
9	–	5	–	I C. Básicos	1 (100)	1 (50)	(0.0)	–	7 (2)
Total	99	32	10		32	32	23	21	239 (108)

Fuente: Cuestionario. (*) Cupos no contabilizados en el total por ser de transición.

Acc.: Accesibilidad

C.: Cuidados

PP: Petición por la paciente

PMT: Petición por el médico tratante

CE%: Cumplimiento de estándares de cupo. Número de cupos por cada 1,000 nacimientos anuales.

está de prealta. Participan con lactancia exclusiva en los 2 Hospitales Amigos del Niño y de la Madre. (Figura 1).

En el caso de dar baño al bebé, en el 33.3% de los hospitales lo permiten solamente cuando para la madre es el primer hijo o la madre primípara lo pide para aprender; el cambio de ropa se permite en el 55% de los hospitales. En el 55.5% se indica o se estimula a la madre para acariciar, tocar o hablar a su hijo en lo que denominan estimulación temprana.

En caso de procedimientos más complejos que se requerirán para continuar el cuidado especializado en el hogar, se permite la medicación con especificaciones; por ejemplo, en un hospital (11.1%) se manifestó que permite a la madre administrar medicación al recién nacido cuando es por vía oral y

solamente después de la orientación de enfermería. El resto de instituciones no permiten que las madres ministren medicamentos, excepto cuando el recién nacido egresa con medicación. Entre los cuidados especializados en los que se capacita a la madre se encuentra la alimentación asistida por sonda orogástrica, cambios de posición y otros cuidados derivados de su situación clínica. La participación en el cuidado del hijo prematuro conlleva también entrenamiento para el alta, lo cual fue manifestado por todos los hospitales, ese entrenamiento ocurre durante todo el periodo de internación en el 22.2% de los casos, en otro 22.2% la madre es entrenada en la semana previa al egreso y en el 55.5%, el entrenamiento ocurre dos o tres días antes del egreso, que apunta mayormente hacia la lactancia materna y alimentación con biberón, baño, cambio de pañal

Cuadro III. Recursos humanos de las unidades neonatales de los hospitales/maternidades de la ciudad de San Luis Potosí, México

Hospital	Nacimientos anuales	Tipo de UN	Médicos						Enfermeras				Otro
			JM	NE	Pe	Re	Int	Otro	RS	LE/EG	Esp.	AE	-
1	3,600	III	1 (NE)	3	2	3	2	1 (NET) 1 (CP)	1 (EG)	9	-	16	1 TS
2	8,520	III	1 (NE)	1	4	3	1	-	1(Esp)	28	14	-	2 TS
3	466	I Acc. Compleja	1(Pe)	-	8	-	1	-	1 (Esp)	3	4	2	2 TS, 1 D
4	3,200	III	1 (NE)	1	4	-	-	1 (OP)	2 (EG)	15	1	4	2 TS, 1 OP, 1 N, 1 EBL
5	460	II	-	6 + (Inv)	-	-	-	-	1 (Esp)	4	-	1	4 IT
6	600	II	-	8	4	-	-	1 (NET)	1 (LE)	8	-	2	1 LEIT, 4 IT
7	48	I C. Básicos	1 (Pe)	-	-	-	2	-	1 (EG)	3	-	1	-
8	600	II	1 (Pe)	5	(Inv 120)	-	-	1 (NI)	1 (LE)	7	-	-	1 IT
9	636	I C. Básicos	-	4 base + (Inv)	x	-	-	-	1 (EG)	-	-	4	-

Fuente: Cuestionario.

Clave: JM = Jefe médico, UN NE = Neonatólogo, Inv = De lista de invitados, Pe = Pediatra, Re = Residente, Int = Interno, Otros = médicos no adscritos a la UN e intervienen en la asistencia de los neonatos internados: NET = Neonatólogos/neuroestimulación temprana; NI = Neonatólogo intensivista CP = Cirujano pediatra.

RS = Responsable Servicio UN, LE = Licenciada en enfermería, EG = Enfermera general, Esp = Enfermera especialista (Pediatria), AE = Auxiliar de enfermería

Otro = Profesionales o técnicos no adscritos a la UN y participan: TS = Trabajadora Social; Ps= Psicólogo; LEIT = Lic. Enf. e Inhaloterapeuta; EBL = Enfermera del banco de leche, IT = Técnico en Inhaloterapia; N = Nutrióloga; OP = Odontopediatra, D = Dietista.

y ropa y en menor proporción hacia la medicación. Respecto a otros temas de entrenamiento que se implementan se enfocan en la estimulación temprana en cinco instituciones (55.5%), al cuidado en casa y cuidados en casos específicos dependiendo del estado del recién nacido en dos hospitales. El 44.4% entrena a la madre para algunos procedimientos especializados y necesarios para el cuidado en casa tales como gastroclisis, colostomía, oxigenoterapia, cuidados del cordón umbilical, alivio de cólicos y medicación. Adicionalmente, en el sistema privado en ocasiones se otorga orientación por teléfono. El entrenamiento es realizado en todos los hospitales por profesionales y auxiliares de enfermería y algunas veces por el médico y en un hospital privado también por los servicios hospitalarios al cliente; todo ello mediante orientaciones verbales, demostración y ejecución de los cuidados bajo supervisión. En un hospital público, adicionalmente las enfermeras utilizan material visual para apoyo del entrenamiento, tales como folletos, impresos y revistas.

Seguimiento posterior al egreso hospitalario. Después del alta hospitalaria el seguimiento de los niños en el 100% de los casos se hace a través de la consulta externa donde es atendido por el médico, se marca la primera consulta en la primera semana y subsecuentemente cada mes, si el paciente cursó con situaciones clínicas complicadas la consulta es más frecuente, por ejemplo, cuando no tiene buena

succión, cuando fue tratado con oxígeno o en caso de cirugía. No obstante, no se cuenta con registros del seguimiento, no se realiza visita domiciliaria y el personal refiere que ha observado que existen reingresos de los pacientes egresados de la UN a otros servicios de pediatría con cierta frecuencia, por morbilidad propia de su condición de vida y salud y por complicaciones derivadas de la situación como neonato de riesgo.

DISCUSIÓN

Características de las Unidades Neonatales.

Los hospitales responden a la clasificación del sistema de salud de acuerdo a su naturaleza jurídica y fuente de financiamiento, los hay públicos y privados que brindan servicios médicos subrogados o no.²¹ Así mismo de acuerdo al número de camas censables, especialidades, subespecialidades e índice de nacimientos anuales se cumple con los tipos 2 y 4 que corresponden a grandes y pequeños. Los hospitales certificados como HANM, han cumplido la regulación requerida tales como el desarrollo de los programas de lactancia materna exclusiva e inmediata al nacimiento, planeación familiar, tamizaje neonatal para detección de hipotiroidismo, programa de vacunación con Sabin y BCG entre otros.

La atención neonatal se otorga de acuerdo a la situación clínica, edad gestacional y peso del niño,

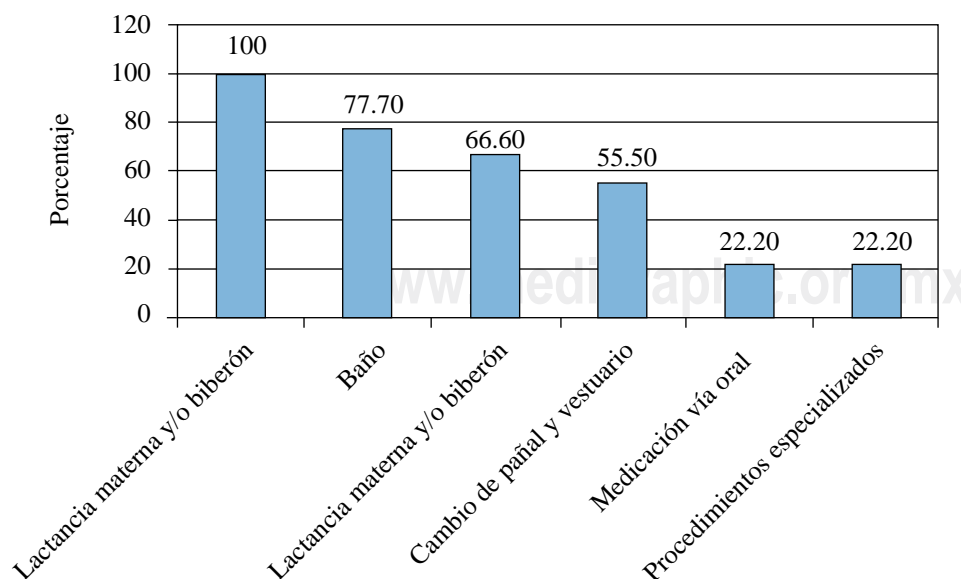


Figura 1. Cuidados del prematuro mediante participación materna en las UN de la ciudad de San Luis Potosí.

implica las diversas secciones de la UN, alojamiento conjunto y la sección de atención inmediata u observación.¹⁴ Las UNs de acuerdo a su nivel pueden concordar o no con la tipología del hospital, así los de tipo 4 o pequeños poseen UN nivel I de cuidados básicos que requiere de dos a tres cupos por cada 1,000 nacidos, UN nivel I de accesibilidad compleja que cumple con el estándar de cuatro a cinco cupos por 1,000 nacimientos anuales y al menos un cupo para cuidado crítico. Inclusive pueden contar con UN de nivel II que cumplen con cinco a seis cupos y uno más para estabilización por cada 1,000 nacimientos, en el sentido estricto^{10,14,15} habrían de tener más de 1,000 nacimientos anuales; sin embargo, por las demás características señaladas, se cumplen los criterios del nivel II. Algunos de los hospitales pequeños tipo 4 poseen UN tipo II. Los dos públicos grandes tipo 2 cuentan con UN de nivel III, significa que cuenta con atención al paciente crítico a través de la Unidad de Cuidados Intensivos (un cupo por 1,000 nacimientos anuales) y cuidados intermedios (tres a cuatro cupos por 1,000 nacimientos anuales), además de la sección de cuidados básicos (cuatro a cinco cupos por 1,000 nacimientos). Ello no necesariamente responde con exactitud a la clasificación que desde 1976 se ha establecido por la Asociación Americana de Pediatría, Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología y la Asociación Española de Neonatología, entre otros, de acuerdo al tipo de hospital e índice de nacimientos anuales.^{10,14} El índice de cupo global entre las nueve instituciones es de 5.5 cupos promedio por cada 1,000 nacimientos anuales.

Con respecto al equipo de salud que actúa en la UN presentan una distribución aproximada al estándar internacional de tal manera que las UN nivel III cuentan con un médico formado en neonatología como responsable del Servicio, y la mayoría con una cuota similar a las recomendaciones de pediatras/neonatólogos en una razón médico-paciente de 1:4-5. Se cuenta con una enfermera profesional responsable de la UN, una razón enfermera-paciente de 1:2-3 neonatos, eminentemente de formación universitaria, algunas con especialidad y/o con experiencia en cuidado neonatal.¹⁴

Las UNs de nivel II no cumplen el estándar de contar con un médico de base responsable del Servicio, cabe la posibilidad de una administración diferente por tratarse de hospitales privados. Sin embargo, se cumple el estándar de contar con pediatras las 24 horas

a través de algunos médicos de guardia e invitados con subespecialización. Se cuenta con enfermeras responsables del Servicio y se asigna una enfermera por 4-5 pacientes, aunque la formación dista del estándar en función de que actúan auxiliares de enfermería.^{13,14} La UN de nivel I de accesibilidad compleja cuenta con un pediatra responsable del Servicio y pediatras para la atención neonatal, así como una responsable de enfermería, profesionales de enfermería, especialistas y algunas auxiliares de enfermería, lo cual se acerca al estándar. Las UNs de nivel I de cuidado básico cuentan con el mínimo necesario, un pediatra, una enfermera y auxiliares de enfermería.¹³

Participación de la madre/padre en el cuidado del hijo prematuro. Se ha constatado en estudios que las experiencias vividas por las madres de neonatos prematuros o enfermos les significa sufrimiento y estrés²² que requieren apoyo para afrontamiento, se reconocen los resultados benéficos de los modelos de cuidado neonatal propuestos en los cuales participa la madre y/o la familia, así como la legitimidad y efectividad de la participación dentro de la UN.^{6,23-25} Tal es el caso de Brasil, país donde se implantó el Método Canguro en la UN, mediante decreto del Ministerio de Salud (Portaria no. 693 del 5 de julio de 2000) en un ideario de humanización de la asistencia neonatal.²⁶

La permanencia liberada significa que la madre/padre debieran tener acceso a la UN las 24 horas del día, no así en las instituciones estudiadas donde se enfoca en que las madres realicen la visita sólo con horarios predefinidos y no permanecen dentro de la unidad neonatal las 24 horas del día por diferentes justificantes, aunado a que no se cuenta con respaldo normativo e institucional para que pudiera implantarse esta modalidad.

La madre es quien entra a la UN y es a quien se le permite participar en el cuidado de su hijo, no así al padre quien preponderantemente sólo tiene el papel de observador. En estudios cualitativos y cuantitativos se reporta tal situación, sobre todo en aquellas instituciones que carecen de una filosofía, políticas o programas de participación familiar en el cuidado del prematuro en la UN a pesar de la importancia que ello representa.^{6,27,28} Las madres participan principalmente en cuidado de maternaje, es decir, alimentación e higiene, sin embargo puede tomárselas como fuerza de trabajo y no como sujeto de atención.⁶ Los cuidados proporcionados por las

madres que participan y la orientación que reciben principalmente de enfermería y con menor frecuencia del resto del equipo de salud, de forma similar a lo que ocurre en algunos hospitales estudiados en Brasil, Estados Unidos, Suecia, Sudáfrica y otros, es una manera de ampliar la prestación de la asistencia neonatal implicando a la familia.^{7,11,17,28-32}

Las recomendaciones actuales se focalizan en la participación en el cuidado del hijo prematuro o enfermo en la UN, además de la información y entrenamiento de los padres desde el cuidado intensivo hasta el alta hospitalaria.^{22,33-36} Los neonatos aún tienen riesgo de morir o quedar con secuelas cuando egresan de la UN, pueden precisar de cuidados especiales que deben ser aprendidos por los padres para ser competentes en casa, por ejemplo, el manejo dependientes de tecnología para apoyar la respiración, para alimentarse por sonda, entre otras.

El seguimiento posterior al egreso de la UN forma parte de la asistencia neonatal de calidad y es un estándar sobre todo para las UN de nivel III,¹³ lo cual no se encuentra sistematizado ni tiene como paño de fondo las redes de apoyo formales del sistema de salud, lo cual prácticamente no se observa en la realidad sanitaria del lugar de estudio.

CONCLUSIONES

Existe una heterogeneidad en la asistencia neonatal en San Luis Potosí, posiblemente atribuible a la variabilidad en estructura y organización de las UNs dentro de los hospitales. Lo cual hace necesario implementar un sistema de calidad en donde sea posible apreciar un mínimo de requisitos para cada una de estas UN a través de la búsqueda del cumplimiento de estándares que incrementen el fomento del crecimiento y desarrollo de los niños que atienden, disminuya el tiempo de estancia, eviten el reinternamiento, agravamiento de secuelas o fallecimientos.

Por otro lado, se plantea que el sistema de gobierno pudiera considerar la pertinencia de contar con un centro regional público de cuidado neonatal de distribución estratégica por distancia y complejidad, que reduciría los costos de atención neonatal bajo la premisa de contar con instalaciones con cumplimiento de requerimientos de calidad de atención de acuerdo a estándares, de aglutinar los

mejores recursos físicos y humanos con competencia para brindar cuidado especializado. La necesidad del centro se sustenta en que se atienden más de 18,000 nacimientos anuales, siendo más de 10,000 nacimientos anuales el criterio que priva para la implantación de un centro de este tipo; necesario para la zona centro del país y circunvecinos. La asignación de recursos humanos en las UNs estudiadas se acercan al estándar internacional, ello denota que existe una preocupación por la calidad de la asistencia neonatal. Es necesario que se revisen las asignaciones de pediatras y neonatólogos para incrementar la suficiencia de recursos, sobre todo en el sector público. En lo que compete al personal de enfermería, a pesar de ser suficiente en la mayoría de los casos, requiere de elevar su nivel académico y de la sustitución del personal auxiliar por profesionistas de formación universitaria y especializada en pediatría, perinatología o neonatología.

En relación a la participación de los padres, ya en los inicios del siglo XXI se reconoce ampliamente que los padres de los neonatos prematuros y enfermos se encuentran en situaciones especiales también, y que deben ser incluidos como sujetos de atención y que en el cuidado se requiere la participación de ambos padres. A pesar de ello, la participación en el cuidado dentro de la UN está mediada por el género, siendo exclusivo de la progenitora y supeditado a su capacidad de producción de leche, a la situación clínica del bebé y a los procedimientos del equipo de salud.

La inserción de los padres en el cuidado hospitalario del neonato prematuro implica planeamiento de estrategias y acciones para lograr el establecimiento y continuidad del vínculo madre/padre-hijo como base del crecimiento y desarrollo óptimos de acuerdo a la situación particular de cada niño. Los prototipos de cuidado se deben apoyar en la comunicación entre padres, con el equipo de salud, con la administración hospitalaria, en la sistematización y evaluación de resultados, que pueda llevar a la permanencia liberada las 24 horas del día con evaluación sistemática.

Se visualiza la necesidad de transformaciones en la filosofía y política institucional para favorecer la participación de los padres en las UNs, incluye la reorganización del trabajo del equipo y sus relaciones con los otros sectores de apoyo, el aumento en la duración de los horarios de entrada de los padres, implementar programas de participación por ejem-

plo el método canguro, a pesar de las limitaciones de la estructura física de la UN y enseñanza grupal e individual de los padres como preparación para el alta a partir del ingreso, con apoyo de métodos y material educativo pertinente, aprovechando la suficiencia de recursos en enfermería, quienes son las principales educadoras de los padres; sin embargo, cabe señalar que es conveniente analizar a conciencia la carga laboral que se tiene y se requiere de incrementar la cantidad de enfermeras o reorganizar el cuidado.

El seguimiento al egreso hospitalario se convierte en un área de oportunidad para optimizar la calidad de la asistencia neonatal y evaluar la calidad asistencial y enseñanza otorgada a los padres.

RECOMENDACIONES

El estudio puede ampliarse con una muestra mayor recuperada de los hospitales de maternidad del Estado de San Luis Potosí, que muestre la situación de la atención actual y las necesidades derivadas en cuanto a cumplimiento de estándares y participación de los padres en la Unidad Neonatal. Así mismo, evaluar la infraestructura, material, equipo, sistema de transporte neonatal y organización para que sea una evaluación integral y permita reconocer con mayor puntualidad la clasificación de las unidades, a la luz de estándares más finos.¹⁵

AGRADECIMIENTOS

Programa de Mejoramiento del Profesorado-SEP/Apoyo a Ex Becarios. Proyecto: PROMEP/103.5/08/1124.

REFERENCIAS

1. Silvan-Scochi CG. A humanização da assistência hospitalar ao bebê prematuro: bases teóricas para o cuidado de enfermagem. 2000. 245 f. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
2. American Academy of Pediatrics. A program to develop and improve facilities for the care of newborn infants—full term and premature. Panel discussion from the Annual Meeting of the AAP. Dec. 1947.
3. Díaz CCE. Notas sobre la evolución de la Neonatología en México. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1987; 25: 199-206.
4. American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Guidelines for perinatal care. 3rd ed. Washington: American Academy of Pediatrics; 1992.
5. Gallegos-Martínez J. Participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em unidade neonatal: significados atribuídos pela equipe de saúde em hospital de San Luis Potosí [tese doutorado] Universidade de São Paulo, Brasil, 2004 <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-03052005-090339/>
6. Gallegos-Martínez J, Monti-de Fonseca LM, Silvan-Scochi CG. The participation of parents in the care of premature children in a neonatal unit: meanings attributed by the health team. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2007; 15: 239-46.
7. Heermann JA, Wilson ME, Wilhelm PA. Mothers in the NICU: outsider to partner. Posted: 07/06/2005. *Pediatr Nurs* 2005; 31: 176-81. © 2005 Jannetti Publications, Inc. <http://www.medscape.com/viewarticle/507386>
8. Hawthorne J. Using the neonatal behavioural assessment scale to support parent-infant relationships. *Infant* 2005; 1: 213-18.
9. Perapoch LJ, Pallás ACR, Linde SMA, López MM, Caserío CS, Cruz BJ. Cuidados centrados en el desarrollo. Situación en las unidades de neonatología de España. *An Pediatr (Barcelona)* 2006; 64: 132-9.
10. American Academy of Pediatrics. Family-Centered Care and the pediatrician's role. *Pediatrics* 2003; 112: 691-96.
11. Sasidharan K, Gokul E, Anoop P, Vijayakumar M. Benefits of maternal participation in newborn nurseries. *Indian J Pediatr* 2005; 72: 829-33. DOI 10.1007/BF02731108. <http://www.springerlink.com/content/m44836832w225m41/>
12. Conz CA, Merighi MAB, Pinto de Jesus MC. Promoting affective attachment at the neonatal intensive care unit: a challenge for nurses. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43: 846-51 www.ee.usp.br/reeusp/
13. Novoa PJM, Milad AM, Vivanco GG, Fabres BJ, Ramírez FR. Recomendaciones de organización, características y funcionamiento en Servicios o Unidades de Neonatología. *Rev Chil Pediatr* 2009; 80: 168-87.
14. Castillo-González S, Jiménez-Belmar C. Estudio descriptivo de las unidades de neonatología de los hospitales de los servicios de salud metropolitanos. Universidad de Chile Facultad de Medicina Escuela de Kinesiología. Tesis para optar al grado de Licenciado en Kinesiología. 2005.
15. American Academy of Pediatrics-Committee on Fetus and Newborn. Levels of Neonatal Care. *Pediatrics* 2004; 114: 1341-47.
16. Als H, Lawhon G, Duffy FH, McAnulty GB, Gibes GR, Blickman JG. Individualized developmental care for the very low birthweight preterm infant: medical and neurofunctional effects. *JAMA* 1994; 272:853-8.
17. Cooper LG, Gooding JS, Gallagher J, Sternesky L, Ledsky R, Berns SD. Impact of a family-centered care initiative on NICU care, staff and families. *J Perinatol* 2007; 27 (Suppl 2):S32-7.
18. Browne JV, Talmi. Family-based intervention to enhance infant-parent relationships in the Neonatal Intensive Care Unit. *J Pediatr Psychol* 2005; 30: 667-77.
19. Hentschel R, Lindner K, Krueger M, Reiter-Theil S. Restriction of ongoing intensive care in neonates: A prospective study. *Pediatrics* 2006; 563-69. DOI: 10.1542/peds.2005-1615. Downloaded from www.pediatrics.org by on April 24, 2010.
20. Molina RCM, Fonseca EL, Waidman MAP, Marcon SS. The family's perception of its presence at the pediatric and neonatal

- intensive care unit. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43: 627-34. www.ee.usp.br/reeusp/
21. INEGI. Clasificación de instituciones de salud (CIS). México, 2004.
 22. Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, Tieszen M, Kon AA, Shepard E, et al. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Crit Care Med* 2007; 35: 605-22. DOI: 0.1097/01.CCM.0000254067.14607.EB Special Articles
 23. Belli MAJ, Silva IA. A constatação do filho real: representações de mães sobre o filho internado em UTI neonatal. *Revista Enfermagem (UERJ)* 2002; 10: 165-70.
 24. Reichert APS, Costa SFG. Refletindo a assistência de enfermagem ao binômio mãe e recém-nascido prematuro na unidade neonatal. *Nursing (São Paulo)* 2001; 4: 25-9.
 25. Loo KK. Using knowledge to cope with stress in the NICU: how parents integrate learning to read to physiologic and behavioral cues of the infant. *Neonatal Netw* 2004; 22: 76-82.
 26. Brasil. Ministerio de Saúde. Portaria no. 693 del 5 de Julio de 2000. Brasilia. Disponible en: <http://saude.gov.com.br>.
 27. Davis L, Mohay H, Edwards H. Mothers' involvement in caring for their premature infants: an historical overview. *J Adv Nurs* 2003; 42: 578-86.
 28. Souza SSF de, Oliveira IC dos S. A participação da mãe nos cuidados ao seu filho hospitalizado: uma perspectiva da equipe de enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* 2003; 7: 379-87.
 29. Rossato-Abéde LM, Angelo M. Crenças determinantes da intenção da enfermagem acerca da presença dos pais em unidades neonatais de alto risco. *Rev Latino-Am de Enfermagem Jan* 2002; 10: 48-54.
 30. Wigert H, Helström AL, Berg AL. Conditions for parents' participation in the care of their child in neonatal intensive care- a field study. *BMC Pediatr* 2008; 8: 1-9.
 31. Leonard A, Mayers P. Parents' lived experience of providing kangaroo care to their preterm Infants. *Health SA Gesondheid* 2008; 13: 16-28.
 32. Rabelo MZ da S, Chaves AMC, Cardoso MVLML, Sherlock MSM. Feelings and expectations of mothers of preterm babies at discharge. *Acta Paul Enferm* 2007; 20: 333-7.
 33. Klaus MH, Kennell HJ. Assistência aos pais. In: Klaus MH, Fanaroff AA. *Alto risco em Neonatologia*. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 1995: 139-55.
 34. Rikli JM. Parenting the premature infant: potential iatrogenesis from the neonatal intensive care experience. *Online J Knowl Synth Nurs* 1996; 3: 23.
 35. Robison LD. An organizational guide for an effective developmental program in the NICU. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2003; 32: 379-86.
 36. Latva R, Lehtonen L, Salmelin RK, Tamminen T. Visits by the family to the neonatal intensive care unit. *Acta Pædiatr* 2007; 215-220.

Correspondencia:

Dra. Josefina Gallegos Martínez

Unidad de Postgrado

Facultad de Enfermería, UASLP

Correo electrónico: jgallego@uaslp.mx